

Université de Montréal

**Pratiques traditionnelles chez les sages-femmes
autochtones du Nunavik et programme de formation**

Par

Peggy Bedon

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en santé communautaire

Décembre, 2008

© Peggy Bedon, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Pratiques traditionnelles chez les sages-femmes autochtones du Nunavik et programme de
formation

présenté par :

Peggy Bedon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais, président-rapporteur
Jean-Marc Brodeur, directeur de recherche
Marie Hatem, membre du jury

Résumé

Les communautés inuites de la Baie d'Hudson au Nunavik (Québec) se distinguent des autres communautés autochtones par leur réappropriation des naissances depuis 1986 et par la création d'un programme de formation de sages-femmes locales. Cela a permis de mettre un terme à une longue période de transfert des femmes pour accouchement en structure hospitalière, à des kilomètres de leur village. De plus, ce programme a pour objectif de réintégrer les pratiques traditionnelles au sein d'une obstétrique moderne afin d'offrir aux femmes des services de qualité et culturellement appropriés.

Le but de notre étude était d'établir si le programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik a permis de concilier ces deux approches d'enseignement différentes : l'une axée sur le savoir traditionnel, et l'autre concernant les normes de qualité de soins à respecter.

Une méthode de recherche qualitative a été adoptée et les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues réalisées auprès de cinq sages-femmes inuites et de six étudiantes sages-femmes du programme de formation du Nunavik, au sein des trois villages de la Baie d'Hudson pourvus de centre de naissances.

L'analyse qualitative des données ne permet pas de confirmer la réintégration du savoir traditionnel dans la pratique des sages-femmes autochtones. Les résultats révèlent, en effet, une rareté des pratiques traditionnelles connues et/ou utilisées par celles-ci (notamment l'utilisation de plantes ou de remèdes médicinaux, les postures d'accouchement, les manœuvres obstétricales, etc) en relation avec la période périnatale. Les croyances ou codes de conduite à respecter pendant la grossesse semblent bénéficier d'une meilleure transmission, mais ne font plus l'unanimité au sein des communautés.

Concernant le volet de l'obstétrique moderne, le programme de formation semble conforme aux exigences actuelles occidentales, étant reconnu par l'Ordre des sages-femmes du Québec depuis septembre 2008. De plus, les sages-femmes et les étudiantes sont conscientes de la nécessité de recevoir une formation de qualité. Elles aimeraient bénéficier

d'une plus grande rigueur dans l'enseignement théorique ainsi que d'une meilleure continuité du processus d'apprentissage.

La difficulté retrouvée dans la mixité de l'enseignement de ces deux savoirs (traditionnel et moderne) semble donc être liée plus particulièrement au savoir traditionnel. Les sages-femmes et étudiantes inuites souhaitent protéger et promouvoir leur patrimoine culturel, mais plus dans une optique de responsabilité communautaire que dans le cadre d'un programme de formation. Une collaboration entre les volontés des communautés concernant la réintégration de ce patrimoine et la réalité actuelle de la biomédecine demeure primordiale pour continuer à garantir la sécurité et la qualité des services dispensés.

Mots-clés : sage-femme, services de périnatalité, autochtone du Nunavik, savoir traditionnel, programme de formation, méthode qualitative

Abstract

The Inuit of Hudson's Bay in Nunavik (Quebec) have distinguished themselves from other indigenous communities by re-asserting their autonomy over the care of pregnant women within their community. A strong sense of self-determination led to the abandonment of the practice of transferring pregnant women for delivery at hospitals far from their village and, in 1986, to the creation of a program to train midwives locally. In addition, this program tries to reinstate traditional practices alongside the teaching of modern obstetrics in order to offer women services which are both of high quality and culturally suitable.

The aim of our study was to determine whether the training of indigenous midwives in Nunavik has helped to reconcile these two different approaches to teaching: one being the focus on traditional practices, and the other on standards of care.

A qualitative research method was used with data collected by means of interviews. Respondents included five Inuit midwives from within the three Hudson's Bay communities having local birthing centres, as well as six student midwives from the Nunavik midwifery program.

Analysis of the data does not allow for confirmation of the reintegration of traditional knowledge in the practise of indigenous midwives. The results of this research reveal, in effect, a rarity of traditional practices being applied throughout the perinatal period (E.g. use of medicinal plants, positions used during delivery, various delivery manoeuvres). The beliefs or codes of conduct in respect to pregnancy seem to profit from a better transmission, but are not utilized equally within the communities.

In regards to the modern obstetrics component, the program appears to be in conformity with current Western requirements, having been recognized by the Order of the Midwives of Quebec since September, 2008. Moreover, both midwives and students are conscious of the need to receive quality training in their field. They would like to profit from a greater rigor in the teaching of theory, as well as more continuity in the process of apprenticeship.

The difficulty found in the teaching of these dual types of knowledge (traditional and modern) thus seems to relate more particularly to the area of traditional practices. Inuit midwives and students wish to protect and promote their cultural inheritance, but more within the perspective of community responsibility than within the framework of a training scheme. A collaboration between the wishes of the communities, concerning the rehabilitation of their cultural inheritance, and the current reality of bio-medicine, remains paramount in order to continue to guarantee the safety and the quality of the services provided.

Keywords: midwifery, perinatal care, Inuit from Nunavik, traditional beliefs and practices, training program, qualitative method

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1 - Les sages-femmes autochtones du Nunavik : mise en contexte et problématique de recherche.....	3
1. Domaine de recherche et mise en contexte.....	3
1.1 Le Nunavik.....	3
1.1.1 Caractéristiques géographiques et sociales	3
1.1.2 Description sommaire du système de santé en place	4
1.2 Les services sage-femme	4
1.2.1 L’historique au Québec	4
1.2.2 L’historique et la mise en contexte au Nunavik	5
1.2.3 Quelques données sur les services sages-femmes au Nunavik.....	8
2. Recension des écrits.....	10
2.1 L’accouchement chez les autochtones inuits : culture et savoir traditionnel..	11
2.1.1 Fonctionnement de la société inuite : quelques concepts généraux.....	11
2.1.2 Dimensions culturelles concernant les naissances.....	12
2.1.3 Le savoir traditionnel	14
2.2 Formation professionnelle de sages-femmes autochtones communautaires : alliance du savoir traditionnel et des nouvelles technologies	19
2.2.1 Les services sages-femmes communautaires au Nunavik : des soins de qualité, correspondant aux normes de l’obstétrique actuelle.....	20
2.2.2 Programme d’enseignement de la profession de sage-femme autochtone au Nunavik	20
2.2.3 Autres modèles de formation de sages-femmes autochtones	22
2.2.4 Moyens pédagogiques	23
3. Cadre de référence et objectifs de recherche	29
3.1 Cadre de référence : conceptuel	29
3.2 Objectifs de recherche	30
4. Méthodologie.....	30
4.1 Population à l’étude.....	31
4.2 Procédure de collecte des données	33
4.3 Méthodes d’analyse	34

Chapitre 2 - Présentation des résultats	37
Première partie : Le savoir traditionnel chez les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes autochtones du Nunavik.....	37
1. Bilan des connaissances des participantes du savoir traditionnel.....	37
1.1 Prédominance du savoir traditionnel objectif : les croyances et les codes de conduite.....	38
1.1.1 Description de ces croyances/codes de conduite	38
1.1.2 Finalités de ce savoir : prévention de certaines complications de l'accouchement	39
1.2 Le savoir traditionnel subjectif : les pratiques	40
2. Apprentissage de ce savoir traditionnel (par nos participantes).....	44
2.1 Modalités d'apprentissage	45
2.1.1 De la transmission orale aux techniques modernes	45
2.1.2 Circonstances d'apprentissage.....	45
2.2 Volonté d'apprendre plus.....	46
3. Transmission du savoir traditionnel (par nos participantes)	48
3.1 Volonté de transmission.....	48
3.2 Modalités de transmission.....	49
3.2.1 Aux femmes enceintes	49
3.2.2 Aux étudiantes	49
3.3 Considérations communautaires affectant cette transmission	50
3.3.1 Le rôle des aînés	50
3.3.2 La nouvelle génération.....	51
3.3.3 Divergence d'opinions autour des croyances.....	52
3.3.4 La santé communautaire.....	52
Deuxième partie : Programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik	53
1. Motivations des étudiantes à suivre un tel programme.....	53
2. La vision du programme de formation par les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes.....	55
2.1 Concernant les objectifs de ce programme d'allier les croyances/pratiques traditionnelles et les nouvelles technologies	55
2.1.1 Approche traditionnelle.....	56
2.1.2 Approche moderne.....	57
2.2 Concernant les facteurs facilitants et les obstacles à leur apprentissage du savoir traditionnel et des techniques/normes de soins modernes.....	60
2.1.1 Facteurs facilitants de cette formation	60

2.2.2 Obstacles à cette formation	62
Chapitre 3 - Discussion.....	66
1. Les fondements de notre étude	66
2. Principaux résultats de l'étude : mise en contexte par rapport à ce qui existe dans la littérature.....	67
2.1 Le savoir traditionnel.....	68
2.1.1 Évolution historique : les effets des transferts sur la transmission du savoir subjectif	68
2.1.2 Les « pratiques » d'accouchement : une vision occidentale?.....	70
2.1.3 Le savoir traditionnel objectif encore présent	71
2.2 Enseignement mixte (traditionnel et moderne) au sein d'un programme de formation destiné aux autochtones.....	71
2.2.1 Le savoir traditionnel : une responsabilité communautaire.....	72
2.2.2 L'évolution de la société inuite.....	73
2.2.3 Conclusion	74
3. Considérations méthodologiques.....	75
3.1 Originalité de ce travail au niveau méthodologique.....	75
3.1.1 Volonté de n'inclure que des participants autochtones pour les besoins de cette recherche.....	75
3.1.2 Taux de participation à l'étude très satisfaisant.....	75
3.1.3 Richesse des entrevues	76
3.2 Limites et biais de l'étude.....	76
3.2.1 Le rapport des données au réel (fidélité).....	76
3.2.2 Le rapport des données au concept (validité).....	77
3.2.3 La consistance programmatique (validité interne).....	78
3.2.4 Le rapport des conclusions à la réalité (validité externe).....	78
4. Implications et recommandations pour la formation des sages-femmes autochtones et la santé publique	79
4.1 Implications pour la formation des sages-femmes autochtones au Nunavik et la santé publique	79
4.1.1 Le bilan concernant le savoir traditionnel.....	79
4.1.2 Le programme de formation des sages-femmes autochtones au Nunavik.....	80
4.2 Recommandations pour la formation des sages-femmes autochtones au Nunavik et la santé publique.....	81
4.2.1 Des soins culturellement appropriés à	81
4.2.2 ...une réintégration des pratiques traditionnelles	82
4.3 Recommandations pour le programme de formation des sages-femmes autochtones au Nunavik.....	83

4.3.1 Conformité du programme de formation sage-femme du Nunavik en regard des recommandations du SMIAG.....	84
4.3.2 Recommandations suggérées tenant compte de ces critères et des commentaires des participantes à l'étude	86
4.4 Pistes de recherche suggérées pour poursuivre l'avancement des connaissances sur le sujet.....	88
Conclusion.....	90
Bibliographie.....	92
Annexe 1 : Le formulaire de consentement	x iii
Annexe 2 : Les grilles d'entrevue.....	x vii
Annexe 3 : Le rapport d'entrevue.....	x x iii
Annexe 4 : La grille de codage.....	x x iv

Liste des abréviations

CLSC : Centre local de services communautaires

OLO : Programme œuf, lait, orange, vitamines

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone

OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec

RRSSSN : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

SF : Sage-femme

SMIAG : Safe motherhood inter-agency group (Fonds des nations unies pour l'enfance, Fonds des nations unies pour la population, Fédération internationale pour la planification familiale, Confédération internationale des sages-femmes, Safe Motherhood Network of Nepal, Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, Population Council, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, Réseau de prévention régionale de mortalité maternelle)

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de recherche, le docteur Jean-Marc Brodeur, pour sa disponibilité, son aide, ses conseils éclairés et éclairants, tout au long de mes études de maîtrise. La docteure Marie Hatem a été d'un grand soutien dans le processus de correction de ce mémoire de maîtrise. Je l'en remercie.

La bourse Jacqueline Avard m'a permis de concrétiser ce projet. Je remercie grandement le comité permanent sur le statut de la femme pour leur aide financière.

Je souhaite aussi remercier Isabelle qui a participé à cette étude en acceptant de me suivre pour diriger les entrevues, et ce avec grand succès grâce à son amour du Nunavik et de ses habitants.

Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes du Nunavik ont été formidables de par leur participation et leur intérêt pour ce travail de recherche. Merci à elles!

Merci aussi à mon conjoint, ma famille, Robin et ses enfants qui m'ont été d'une aide très précieuse.

Introduction

Les communautés autochtones au Canada, dont la population représente 3,8 % de l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2006), ont dû s'adapter à une évolution majeure de leur mode de vie traditionnel, suite à plusieurs évènements tels que le colonialisme imposant ses lois et ses politiques et l'imposition de la médecine moderne. La profession de sage-femme traditionnelle a progressivement disparu et les femmes enceintes ont perdu tout pouvoir décisionnel concernant leur accouchement, devant se plier à une politique d'évacuation systématique en centre hospitalier secondaire ou tertiaire, loin de leur communauté, pour accoucher (Van Wagner, Epoo, Nastapoka, & Harney, 2007). Toutefois, une réflexion politique émergente vise à soutenir « le retour de l'accouchement au sein de toutes les communautés autochtones rurales et éloignées » (Couchie & Sanderson, 2007, pour la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, SOGC) afin d'améliorer la santé maternelle et infantile de ces communautés, dont les indicateurs de santé demeurent nettement inférieurs à ceux de la population canadienne non autochtone (Santé Canada, 2000).

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) (2008) indique que :

la maternité sans risque et des soins culturellement significatifs et efficaces pour les nouveau-nés constituent un droit humain fondamental et doivent présenter une priorité pour le Canada en ce qui concerne les peuples autochtones.

Plusieurs communautés ont donc entrepris, depuis 1986 pour le premier projet, la démarche de reconceptualisation de leur définition de la sage-femme autochtone, et ce, en élaborant de nouveaux modèles de formation de sage-femme. Ceux-ci avaient pour objectifs communs, d'une part, de satisfaire les besoins d'un contexte culturel particulier en réintégrant les pratiques traditionnelles, et, d'autre part, de satisfaire les exigences d'une

pratique de qualité en respectant les normes de l'obstétrique moderne (Carroll & Benoit, 2004; Epoo & Van Wagner, 2005; Van Wagner et al., 2007; ONSA, 2008; Peters, 2009).

Ce sont deux concepts très prometteurs, mais peu développés dans le domaine de la recherche, ce qui a motivé l'orientation actuelle de notre étude. Nous prévoyons, en effet, prendre comme référence le programme de formation de sages-femmes autochtones au Nunavik (Québec), instauré en 1986, pionnier dans la réintégration des naissances dans les communautés, et consulter les sages-femmes et les étudiantes autochtones aux sujets :

- a) de leurs connaissances et/ou de leurs utilisations des pratiques traditionnelles ainsi que sur le mode de leur apprentissage et/ou de leur transmission; et,
- b) des éléments facilitants et des obstacles à leur apprentissage des deux types de savoirs : traditionnel et obstétrique moderne.

Cette démarche permettrait d'établir si le programme a effectivement permis de concilier deux approches d'enseignement différentes; l'une axée sur le savoir traditionnel n'ayant jamais fait l'objet d'un quelconque encadrement et l'autre concernant les normes canadiennes de qualité de soins à respecter.

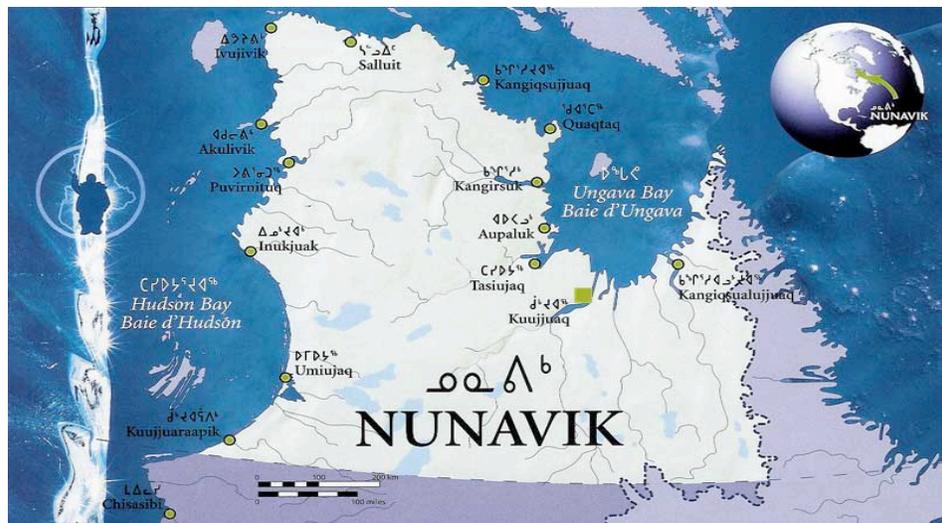
Chapitre 1 - Les sages-femmes autochtones du Nunavik : mise en contexte et problématique de recherche

1. Domaine de recherche et mise en contexte

1.1 Le Nunavik

1.1.1 Caractéristiques géographiques et sociales

Le Nunavik, « l'endroit où vivre », se trouve dans la région arctique du Québec. C'est un vaste territoire de plus de 500 000 kilomètres carrés de toundra, situé au nord du 55ème parallèle et bordé à l'ouest par la Baie d' Hudson et à l'est par la Baie d' Ungava et le Labrador. La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux (2001) dénombre 9732 habitants, principalement inuits, répartis entre les sept villages de la Baie d'Hudson et les sept villages de la côte de l'Ungava. La population est jeune, 50% de celle-ci ayant moins de vingt ans, et le taux de natalité étant deux fois plus élevé que dans les autres régions du Québec (Institut de la Statistique du Québec, 2006).



Carte 1: Le Nunavik

(Société Makivik, Division de cartographie, Centre de recherche du Nunavik)

1.1.2 Description sommaire du système de santé en place

Deux centres hospitaliers desservent la région du Nunavik : le centre de santé Inuulitsivik situé à Puvirnituk (Hudson) et le centre de santé Tullatavik situé à Kuujjuaq (Ungava). Dans les autres villages, des Centres locaux de services communautaires (CLSC) permettent, grâce à la présence d'infirmier(ères) et éventuellement de médecins, de dispenser les soins de base.

Trois maisons de naissances sont situées du côté de la Baie d'Hudson, dans les villages les plus importants en terme de population : Salluit (population : 1241), Puvirnituk (population : 1457) et Inukjuak (population : 1597) (Statistique Canada, 2006).

1.2 Les services sage-femme

Traditionnellement, la sage-femme est une femme qui aide à l'accouchement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), la définit en 1992 comme étant

une personne, qui ayant été régulièrement admise dans un programme éducatif de sage-femme, dûment reconnu dans le pays où il est donné, a fini avec succès le programme d'étude requis pour la profession de sage-femme et a acquis les compétences requises pour être agréée et/ou autorisée légalement à exercer ce métier. (OMS, 1996a)

1.2.1 L'historique au Québec

Au Québec, la profession de sage-femme a vécu un déclin à partir de la fin du 19^{ième} siècle, suite au contrôle progressif des maternités par les médecins. Au début du 20^{ième} siècle, il ne restait qu'une trentaine de sages-femmes et les programmes de formation se faisaient de plus en plus rares. Ce n'est qu'à la fin des années 1970, suite à des mouvements de femmes demandant plus d'humanisation pour mieux vivre leur grossesse et leur accouchement, que l'on voit réapparaître cette profession (Blais & Joubert, 1997). Elle ne possède, à ce

moment-là, aucune reconnaissance juridique et il faut attendre la Loi 4 de 1990 (Institut canadien d'information juridique, Loi sur la Pratique des sages-femmes dans le cadre des projets pilotes), pour un début de légalisation de cette pratique et l'ouverture de huit maisons de naissances à titre de projets pilotes. Cette loi visait à déterminer la possibilité de réintégrer la pratique sage-femme au Québec et à identifier le mode d'organisation professionnelle de celle-ci. Puis, cette profession a été entièrement reconnue en juin 1999 et réglementée par la Loi sur les sages-femmes du Québec (Ordre des sages-femmes du Québec, OSFQ, lois et réglementations) qui a entériné la continuité des maisons de naissances et la création d'un baccalauréat en pratique sage-femme composé de 130 crédits, d'une durée de quatre ans, offert à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

1.2.2 L'historique et la mise en contexte au Nunavik

a) Des accouchements traditionnels aux transferts systématiques des femmes enceintes au début des années 1980

Dans la région du Nunavik, et ce jusqu'aux années 1950, les femmes inuites accouchaient idéalement en présence d'accoucheuses expérimentées et au sein de leur groupe familial.

Pendant les périodes de transit et dans les camps de chasse, ces conditions optimales n'étaient pas souvent rencontrées et elles devaient être aidées soit par leur conjoint, soit par toute personne disponible (homme ou femme) ou encore accoucher sans aucune assistance (Douglas, 2006). Chaque communauté avait une responsabilité envers la femme enceinte et son accouchement, et devait œuvrer, pour assurer au mieux son bien-être ainsi que celui du nouveau-né.

Le gouvernement fédéral, depuis les années 1930, était préoccupé par des statistiques révélant un taux très élevé de mortalité infantile au sein des populations inuites. En 1962, suite à une étude réalisée par le *Medical Services Branch of Health and Welfare* (in Jasen, 1997) révélant, là encore, des statistiques préoccupantes concernant cet indicateur, il avait été conclu que cela devait être imputé aux sages-femmes traditionnelles et aux lieux de naissance. Des dispensaires de soins avaient alors été implantés dans tous les villages de plus de 100 habitants et des infirmières d'Angleterre ont été recrutées pour leur compétence en obstétrique (Fletcher, 1993; Douglas, 2006). Elles avaient pour mandat de supplanter progressivement les sages-femmes traditionnelles pour les accouchements à bas risque et de transférer dans des centres hospitaliers du Sud les femmes présentant des risques plus élevés. Puis, en 1980, le gouvernement a adopté une politique de transfert systématique pour tous les accouchements, justifiée par les nouvelles disponibilités technologiques en centre hospitalier secondaire ou tertiaire (Jasen, 1997). Les femmes de la Baie d'Hudson étaient majoritairement transférées à Moose Factory (Ontario) et occasionnellement à Québec ou à Montréal (Fletcher, 1993).

b) Les effets de cette politique d'évacuation sur les femmes enceintes et les familles

Chamberlain et Barclay (2000) ont étudié la population des femmes inuites canadiennes et leur étude qualitative révèle plusieurs problématiques psychosociales engendrées par les transferts de ces femmes pour un accouchement à plus de 1500 kilomètres de leurs communautés. Elles subissent un stress émotionnel causé par la séparation de leur famille et de leur communauté, un stress économique généré par la nécessité de faire garder leurs enfants, et un stress physique au moment de l'accouchement dans un lieu inconnu et dans

une langue et une culture différentes. De plus, elles n'y peuvent bénéficier du support de leur famille ou de leur communauté et n'ont plus de pouvoir décisionnel, quant au lieu et au déroulement de leur accouchement.

Par ailleurs, de par la perte momentanée de la figure maternelle, la structure familiale connaît une coupure dont les effets se font ressentir à long terme. Les enfants doivent non seulement gérer l'absence de leur mère mais aussi s'adapter à une famille d'accueil, si le père ne peut assurer cette période de transition. De plus, le nouveau-né est à risque de faire l'objet de discrimination par son père et/ou par sa fratrie, s'il est considéré comme la cause de cette instabilité familiale (Chamberlain & Barclay, 2000).

c) Des transferts à la réhabilitation des naissances au Nunavik en 1986

Il faut attendre le milieu des années 1980 pour que les naissances fassent de nouveau partie du quotidien des communautés inuites. Les habitants de Puvirnituk ont voulu saisir l'opportunité de la construction d'un hôpital régional dans leur village pour y faire intégrer un service de soins périnataux adaptés à leurs besoins et permettant aux femmes, familles et communautés de ne plus avoir à vivre avec les conséquences sociales négatives des transferts. Cela s'est concrétisé en 1986 par l'ouverture d'une maison de naissances (Epo & Van Wagner, 2005). Le retour des naissances dans cette communauté nordique a été rendu possible grâce à une pression locale très forte, menée essentiellement par l'*Association des femmes de Puvirnituk* et supportée par différents professionnels de santé autochtones travaillant sur place. Des étudiantes sages-femmes inuites ont été choisies par la communauté et ce sont elles qui, ayant complété leur formation à Puvirnituk, ont ainsi assuré le fonctionnement de la maternité (Van Wagner et al., 2007). Toujours avec la

même philosophie de réintégrer les naissances dans les communautés, deux autres centres de naissances ont été ouverts en 1998 et en 2002, au sein respectivement des dispensaires des villages d’Inukjuak et de Salluit, les plus importants en terme de population (ONSA, 2008).

1.2.3 Quelques données sur les services sages-femmes au Nunavik

a) Fonctionnement de ces services en ce qui concerne la Baie d’Hudson

Il est important de souligner que depuis la création des trois maisons de naissances de l’Hudson, 75 % des habitants de cette région ont accès à des services périnataux dans leur propre village. Les femmes des autres villages (population entre 300 et 700 habitants) reçoivent des soins prénataux des infirmier(ères) dans les CLSC et sont transférées, autour de 36/37 semaines d’aménorrhée, pour accoucher dans un des trois points de services (Epoo & Van Wagner, 2005). Malgré leur transfert, elles bénéficient d’une continuité culturelle rassurante.

Au total, ces trois maisons de naissances assurent entre 130 et 150 accouchements par année (Centre de Santé Inuulitsivik, archives). Chaque dossier de femme enceinte est revu à 34 semaines d’aménorrhée par un comité périnatal multidisciplinaire qui, en fonction des facteurs médicaux et sociaux, soumet des recommandations concernant les soins et le lieu de l’accouchement (Couchie & Sanderson, 2007). Les femmes présentant des grossesses ou des accouchements à risque sont, de façon préventive, transférées soit au centre hospitalier de Puvirnituk, soit à un centre hospitalier de référence à Montréal.

b) Formation, diplôme et reconnaissance légale des sages-femmes communautaires

Le baccalauréat sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières est difficilement accessible pour ces personnes vivant en régions très éloignées et ne maîtrisant pas, pour la plupart, la langue française. Le Nunavik (Baie d'Hudson) a donc continué, après 1999, d'avoir son propre programme d'enseignement de la profession de sage-femme. Neuf sages-femmes autochtones ont été diplômées dans le cadre de ce programme (Epoo & Van Wagner, 2005). La réglementation de la profession de sage-femme au Québec en juin 1999, par la Loi sur les sages-femmes du Québec (OSFQ, lois et réglementations), et la création d'un ordre professionnel, implique que toute sage-femme soit membre de l'OSFQ pour exercer sa profession. Les sages-femmes diplômées de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ainsi que les sages-femmes reconnues par l'OSFQ comme ayant une équivalence de diplôme et/ou de formation, peuvent obtenir un permis de pratique.

Cinq sages-femmes inuites diplômées par le Nunavik avant la Loi sur les sages-femmes du Québec (OSFQ, lois et réglementations) ont obtenu exceptionnellement, en 1999, un permis de pratique restrictif pour leur région, car cette loi ne reconnaissait pas la conformité de leur programme de formation. Le programme d'éducation a été poursuivi malgré tout et quatre autres sages-femmes autochtones ont été diplômées depuis 1999. Elles étaient reconnues par leur région, employées par le centre de santé Inuulitsivik et utilisaient le titre de sage-femme communautaire (Van Wagner et al., 2007). Elles ont vécu cette situation de précarité et de non reconnaissance de leurs compétences au niveau provincial pendant plusieurs années (Carroll & Benoit, 2004), avant que des négociations entreprises par la région n'aboutissent à une décision en leur faveur. Depuis septembre 2008, les sages-

femmes inuites nouvellement diplômées au Nunavik bénéficient finalement d'une reconnaissance de leur formation au niveau provincial, ce qui leur accorde, comme toutes sages-femmes québécoises, un permis de pratique délivré par l'OSFQ (OSFQ, 2008).

2. Recension des écrits

Plusieurs événements qui se sont produits au cours de l'histoire tels que le colonialisme, l'imposition de la médecine occidentale et le transfert des femmes autochtones pour accouchement en structure hospitalière ont mené, nous l'avons vu, à la dévalorisation du rôle des sages-femmes traditionnelles et, peu à peu, à la perte des droits qu'avaient les sages-femmes de participer au processus d'accouchement sur leurs territoires traditionnels (Carroll & Benoit, 2004). Le savoir traditionnel ainsi que les compétences cliniques en matière d'accouchement qui se transmettaient entre sages-femmes, à travers les générations, en ont été grandement affectés (Van Wagner & Rochon Ford, 2004).

Certaines approches autochtones émergentes dans le domaine de la périnatalité tentent de réunir les approches traditionnelles et modernes afin de générer des modèles novateurs axés sur des soins culturellement pertinents et sur les besoins de la communauté. Le centre de santé Inuulitsivik, depuis 1986, a choisi l'option de former des sages-femmes autochtones et ce modèle est considéré comme un modèle de soins pour plusieurs autres communautés autochtones, qui cherchent à rétablir leurs pratiques traditionnelles d'accouchement tout en offrant une pratique sécuritaire, inspirée des nouvelles technologies. Couchie et Sanderson (2007), dans leur rapport approuvé par la SOGC mettent d'ailleurs l'emphase sur la

nécessité d'aider les communautés à conserver ou à restaurer l'essentiel de leurs propres traditions quant à l'accouchement sans perdre les avantages qu'offre la pratique obstétrique moderne

et insistent sur le fait que « les femmes ne devraient pas avoir à choisir entre leur culture et leur sûreté ».

Le but de notre étude étant, d'établir si le programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik a permis de concilier deux approches d'enseignement différentes (l'une axée sur le savoir traditionnel et l'autre concernant les normes de qualité de soins à respecter), il serait donc nécessaire d'approfondir l'état des connaissances sur :

- a) la culture inuite de l'accouchement ainsi que le savoir traditionnel qui l'accompagne, et
- b) la formation des sages-femmes autochtones, visant à fournir des soins de qualité et culturellement appropriés.

2.1 L'accouchement chez les autochtones inuits : culture et savoir traditionnel

2.1.1 Fonctionnement de la société inuite : quelques concepts généraux

La société inuite comprend ou comprenait plusieurs codes de conduite permettant de maintenir une certaine harmonie au sein de ses communautés. Ces codes sont représentés par un système complexe de valeurs, de croyances et de tabous qui définissent clairement les comportements à adopter ou à bannir. Les gardiens de ces pratiques sont les anciens, et ceux-ci ont le devoir de les transmettre aux enfants et aux jeunes adultes, par le biais de la transmission orale (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006). Les anciens sont

des personnes qui, par leurs connaissances, leur sagesse et leurs expériences acquises au long de nombreuses années, ont mérité le respect et l'affection de leurs communautés (Commission Royale sur les peuples autochtones, 1996).

L'âge, à lui seul, ne suffit pas à faire de quelqu'un un ancien. Chez les Inuits, les personnes âgées sont appelées des *inutuqak*, tandis que les anciens sont désignés par l'expression *angijkqauqatigiit* qui veut dire « union des chefs ». Ils font office de conseiller, de guide pour les nouvelles générations qui doivent respecter leur sagesse et leur savoir. Ce savoir est transmis oralement, ce qui permet l'établissement d'un lien privilégié entre l'orateur et l'interlocuteur qui partagent alors une expérience commune.

2.1.2 Dimensions culturelles concernant les naissances

a) La vision de l'accouchement

Rawling (2001 in Moffitt, 2004), a étudié les accouchements chez les autochtones des Territoires du Nord-Ouest avant le transfert des femmes et démontre que des éléments tels que

la préparation pour la naissance, la présence aidante et spirituelle des accompagnantes, l'expérience vécue de l'accouchement, et l'intégration de cette expérience comme expérience de vie,

revêtaient une importance encore plus grande pour les mères que l'acte d'accoucher. Ces valeurs, transmises de génération en génération, permettaient de préserver l'unité familiale et de développer la confiance de la future mère.

La communauté tout entière, et plus particulièrement les anciens, avaient une responsabilité envers la femme enceinte et son fœtus, afin d'assurer au mieux leur bien-être et leur sécurité. C'était un événement communautaire (Douglas, 2006).

b) Le nouveau-né : son statut au sein de la société inuite

Saladin d'Anglure (2006) explique la théorie inuite de l'âme et de la réincarnation. Une partie de l'âme d'une personne défunte va se réincarner dans un fœtus et cette personne entre donc dans un nouveau cycle de vie humaine. Le nouveau-né sera nommé d'après cette personne, et la réincarnation de celle-ci va se manifester chez l'enfant par certaines caractéristiques physiques ou traits de personnalité ou compétences. Le nouveau-né possédait/possède donc un statut particulier au sein des communautés inuites, au même titre que les anciens dont ils sont, en quelque sorte, la réincarnation (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006).

c) Le contexte de la naissance

L'enfant, dans la culture inuite, est affecté par le contexte entourant sa naissance. « A child is made by the midwife, an inuit person must be born in an inuit context » (Fletcher, 1993). Kaufert et O'Neil (1990) ont recueilli les témoignages de femmes inuites de la région de Kivalliq qui ont accouché de leur premier enfant dans leur communauté et des suivants à Churchill ou Winnipeg. Pour ces femmes, seuls les premiers enfants sont de vrais inuits, contrairement à ceux nés en structure hospitalière.

La sage-femme avait un rôle plus large que celui d'une accoucheuse. Saladin d'Anglure (2006) a pu recueillir certaines informations permettant de mieux appréhender ce rôle traditionnel. Sa fonction la plus importante était de nouer le cordon ombilical avec des tendons de caribous. Ce nœud était considéré comme « le premier marquage social de l'enfant qui le séparait de sa mère biologique et l'attachait au groupe et à ses règles ». De plus, il explique que la croyance est toujours vive chez les Inuits quant à un changement

possible du sexe du nouveau-né au cours de l'accouchement, le plus souvent de mâle à femelle, mais aussi de femelle à mâle. C'est pour cette raison que la sage-femme « devait tenter de fixer du regard le sexe du bébé naissant, de le toucher avec sa main, ou encore de le saisir entre deux doigts pour qu'il ne se résorbe pas ».

Enfin, Saladin d'Anglure (2006) nous indique aussi que tout individu inuit a la capacité mentale de se souvenir de sa vie intra-utérine et de sa naissance. Il s'agirait d'éléments clefs pour son développement ultérieur et sa considération future au sein de sa communauté.

2.1.3 Le savoir traditionnel

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) définit la guérison traditionnelle comme

des pratiques favorisant le mieux-être mental, physique et spirituel, fondées sur des croyances qui renvoient à l'époque où la biomédecine « scientifique » occidentale n'était pas répandue.

Il est aussi indiqué que les autochtones font la distinction entre d'une part, le savoir traditionnel objectif, qui est la source des lois et des codes de conduite et croyances qui régissent les relations au sein de la communauté et, d'autre part, le savoir traditionnel subjectif qui comprend les connaissances acquises avec la pratique. Celui-ci peut évoluer si d'autres méthodes plus efficaces sont trouvées, d'où la notion de subjectivité.

a) État actuel du savoir traditionnel entourant les naissances chez les autochtones inuits

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) dresse un bilan des effets de la colonisation sur les pratiques et les connaissances traditionnelles. Pendant de nombreuses

années, celles-ci ont été critiquées, dénigrées et même interdites par les non autochtones, si bien que beaucoup d'entre elles n'ont pas survécu. De plus, il est facile de sous-estimer leur importance, car les collectivités autochtones les ont souvent cachées pour les protéger. Peters (2009), dans son article concernant le programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des autochtones du Manitoba, impute à la politique d'évacuation des femmes et la naissance de leurs enfants à des kilomètres de leurs villages la « perte des connaissances traditionnelles en matière de naissance ». Fletcher (1993) souligne que les transferts ont engendré une diminution des contacts intergénérationnels, contacts indispensables aux échanges et aux apprentissages culturels. L'éducation des jeunes femmes pendant la période périnatale s'est donc progressivement appauvrie.

Dans son article relatant l'historique des naissances dans le Grand-Nord Canadien, Jasen (1997), soulève l'importance de certains rituels et de certaines pratiques traditionnelles ainsi que d'une diète alimentaire appropriée, pour minimiser la douleur et l'apparition d'éventuelles complications au cours de l'accouchement. Elle ne fournit malheureusement pas plus de détails et fait état de la pauvreté de la littérature de l'époque à ce sujet, comparativement à tous les clichés de la « femme sauvage » qui accouche sans douleur.

b) Protection des pratiques/croyances ayant survécu

Browne et Fiske (2001) insistent sur l'importance de préserver ces différents aspects culturels et suggèrent même une « sauvegarde culturelle » qui doit impliquer des transformations dans les politiques, les pratiques de santé et les attitudes du personnel soignant en place. L'organisme *Pauktuutit Inuit Women of Canada*, a entrepris, en 1992, une « sauvegarde culturelle » par l'intermédiaire d'un projet intitulé *Documentation des*

pratiques traditionnelles reliées à la grossesse et à l'accouchement, regroupant 77 entrevues enregistrées auprès des anciens de différents villages du Nunavut, du Labrador, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavik. Ces entrevues conduites en inuktitut seront transcrites et traduites en anglais prochainement afin de pouvoir les diffuser à plus large échelle (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006).

Des initiatives individuelles, dont le but est de préserver, là encore, ce patrimoine culturel méritent d'être soulignées, dont le recueil par Akinésie Qumaluk, sage-femme à la maternité de Puvirnituk et citée par Fletcher (1993), de 33 croyances/pratiques entourant la période périnatale. Ce sont des croyances/pratiques visant majoritairement à encourager ou à proscrire tel ou tel comportement pouvant influencer le déroulement de l'accouchement.

Rules and practices associated with pregnancy in the past

Collected by Akinesie Qumaluk, Puvirnituk, Quebec

Final report prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples.

C. Fletcher - November 1993

When a woman's belly began to swell with pregnancy the elders would explain certain rules to her:

- 1- On awakening in the morning she should immediately go outside. This made the labour period shorter.
- 2- She should not clean her hands by scraping them with an ulu (woman's knife) or knife. To do so would make the woman dry when the baby came and cause tears.
- 3-When stretching a seal skin on a frame, the rope should not be wound around the hands as this would cause the cord wrap around the baby's neck.
- 4- She should never place anything bowl-shaped on her head as this would make the placenta stick to the baby's head.
- 5- They were not to put their head or arm part way through a hole or doorway because this would cause the baby to be born arm first or retreat back and forth at the vagina before being born.

- 6- She should not walk backwards or the baby would be born in breech position.
- 7- The woman's bed should always be facing the entrance way, never sideways or the baby would be transverse inside her.
- 8- If something like sewing was started it should be finished in the same session so that the labour would not be long.
- 9- If she should lay around or take a nap, the labour would be long.
- 10- During her first labour, the woman should not scream or moan or she would do so for all subsequent labours.
- 11- The woman should never speak of or stare at other people's oddities, like a big nose or strange face. If she did, the baby would have an even bigger nose etc.
- 12- When eating, the woman should finish and then lick her plate so that the baby would be beautiful.
- 13- When labour began the elders were told to come. Once they were inside they would prepare the labouring bed quickly so the labour would be fast. People were happy and joyous labour had begun.
- 14- The best part of the meat was saved for the pregnant woman.
- 15- If the labour was difficult, then it was time for the male midwife to come.
- 16- Every newborn was greeted by everyone, even other children, with a handshake. The other children were told a new baby «had arrived».
- 17- Every newborn was given a piece of chewed meat as a symbol of welcoming. It was a joyful occasion.
- 18- A woman in labour should not wear a ring on her braids as that would cause the cord to be wrapped around the baby's neck.
- 19- To bring the placenta out, a woman would use her left ring finger to gag herself. The placenta will expel after.
- 20- The placenta was put in cloth and buried in rocks.
- 21- Sand, rocks or snow in a cloth were used to prevent haemorrhages.
- 22- Caribou or whale sinew was used to tie the cord. Never thread as it would become infected.

<p>23- Lightly burnt moss from the tundra would be used to care for the cord.</p> <p>24- When the baby was born it was held upside down and given a slap on the back to begin breathing.</p> <p>25- The woman was not to make bubbles with gum, blow up a balloon or inflate anything because this would prevent the membranes from rupturing.</p> <p>26- The woman should not chew gum or animal brains otherwise there would be vernix on the baby.</p> <p>27- If the labour was long, the woman should get up, go outside and return inside very quickly to make the baby come.</p> <p>28- Tears were not sutured, they would heal on their own.</p> <p>29- To make contractions easier, the woman was given a box to lean over and ropes to pull on.</p> <p>30- During pregnancy the woman should never have cold legs because this causes haemorrhaging.</p> <p>31- The woman's breasts were to be kept warm so the nipples would not crack and the breast would be kept healthier.</p> <p>32- When women breastfed it helped to space the children from 2 to 3 years.</p> <p>33- Even if the woman was not hungry she was to drink broth when she was breastfeeding.</p>
--

Tableau 1: Rules and practices associated with pregnancy in the past (1993)

Saladin d'Anglure (2006) corrobore la première des croyances décrites ci-dessus, grâce aux témoignages qu'il a recueilli d'anciens d'Igloodik. Ceux-ci expliquent qu'une de leurs coutumes

prescrit à chaque femme en âge de procréer de sortir rapidement de l'habitation chaque matin au réveil, afin d'inciter le fœtus qu'elle porte ou qu'elle portera à sortir vite, lorsque la grossesse arrivera à son terme.

Cela leur permettra d'avoir soit des fils (réputés naître plus vite que les filles), soit des filles possédant de nombreuses qualités domestiques et une grande fertilité.

Une autre croyance semble, selon Saladin d'Anglure (2006), être très véhiculée : la femme enceinte ne doit pas attacher le cordon servant à serrer le haut de ses kamiks (bottes traditionnelles féminines) ou autre ceinture afin d'éviter que le cordon ombilical ne s'enroule autour du cou du fœtus au moment de la naissance.

2.2 Formation professionnelle de sages-femmes autochtones communautaires : alliance du savoir traditionnel et des nouvelles technologies

Il existe une grande variété de modèles d'apprentissage de la formation de sage-femme à travers le monde (Van Wagner & Rochond Ford, 2004). Ces différences se retrouvent notamment dans les pré-requis nécessaires à l'intégration de l'étudiant(e) dans un programme, à la durée de la formation, aux sites d'apprentissage (hôpital, école indépendante, université) et aux modalités d'apprentissage. Benoit et Davis-Floyd (2004) détaillent les trois principales voies de formation des sages-femmes au Canada : l'apprentissage sur le terrain, les programmes d'études professionnelles et les programmes de diplômes universitaires. Les programmes d'études professionnelles sont de plus en plus délaissés au profit des formations universitaires permettant aux sages-femmes de bénéficier d'une meilleure reconnaissance sociale de leurs compétences et leur donnant accès au domaine de la recherche. L'apprentissage sur le terrain demeure par le biais du système de mentorat un des piliers de la formation sage-femme.

Dans le contexte de la profession de sage-femme autochtone au Canada, la formation de ces sages-femmes permet aux communautés concernées d'être en mesure de bénéficier de pratiques d'accouchement qui soient appropriées sur le plan culturel et de permettre aux femmes d'accoucher en sécurité et dans la dignité (ONSA, 2008). Beaucoup de

communautés cherchent donc à développer cette formation et à l'adapter au contexte de leur propre milieu, de leurs capacités et de leurs infrastructures communautaires.

2.2.1 Les services sages-femmes communautaires au Nunavik : des soins de qualité, correspondant aux normes de l'obstétrique actuelle

Blais et Joubert (1997), dans leur *Rapport final et recommandations sur la pratique sage-femme dans le cadre des projets pilotes* produit par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, établissent que les statistiques périnatales du centre de naissances de Puvirnituk sont tout à fait satisfaisantes, comparées à la moyenne québécoise. Les résultats obtenus, d'après les données disponibles, montrent une amélioration par rapport aux données de 1987/1988, en termes de transferts pour accouchement dans le sud (17.2% versus 9.4%), et de certains indicateurs de morbidité (ex. diminution du taux de césariennes passant de 22% à 3%). Ce rapport souligne aussi que « les soins périnataux sont excellents et adaptés à la population ». Houd, Qinuajuak et Epoo (2003) ont effectué une étude rétrospective sur cinq ans portant sur les services obstétricaux dispensés à Inukjuak, de 1998 à 2002, et ont conclu que ces services sont sécuritaires et mettent de plus l'emphase sur la promotion de la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.

De nombreux auteurs (Baskett, 1978; Houd et al., 2003; Couchie & Sanderson, 2007; ONSA, 2008) supportent les accouchements dans les communautés pour les femmes dont les grossesses sont à faible risque, en présence de professionnels de santé qualifiés.

2.2.2 Programme d'enseignement de la profession de sage-femme autochtone au Nunavik

a) Description académique

« Nous voulions une formation qui soit utile, facile à comprendre et réelle pour nos gens». (Tulugak, in ONSA, 2008)

Benoit et Davis-Floyd (2004) indiquent qu'au centre de santé Inuulitsivik, c'est essentiellement par le biais de l'apprentissage sur le terrain au sein de leurs communautés, dispensé au début par des sages-femmes allochtones et, depuis 1990, à la fois par les sages-femmes autochtones et allochtones, que les étudiantes sages-femmes ont débuté leur formation. Des cours théoriques ont permis de compléter cet apprentissage pratique.

Ce programme, instauré en 1986, comprend quatre niveaux de formation, chacun devant être complété sur une période d'une ou deux années (Centre de santé Inuulitsivik, programme de formation des sages-femmes autochtones). Les objectifs à atteindre sont clairement définis et encadrés par un nombre d'heures d'enseignement théorique, variant entre 210 et 270 heures par niveau et concernant différentes matières (anatomie, physiologie, nutrition, suivi prénatal, santé communautaire, etc.). L'enseignement de la pratique sur le terrain, supervisé par une sage-femme diplômée, comprend entre 400 et 440 heures par session et se solde par l'évaluation de l'apprentissage, grâce au système de notation suivant : observé, fait et acquis. Il met en application des principes qui valorisent l'approche par compétence pour l'acquisition et l'évaluation des aptitudes.

La définition de la pratique sage-femme au Nunavik est basée sur la définition de la pratique sage-femme au Québec, telle que décrite par l'OSFQ, et sur la définition de la pratique sage-femme en Ontario, telle que décrite par l'Association des sages-femmes de l'Ontario. De plus, un volet lié à la pratique en région éloignée a dû être ajouté, afin de

couvrir tous les aspects de cette profession au Nunavik (Centre de santé Inuulitsivik, programme de formation des sages-femmes autochtones).

b) Philosophie d'enseignement de ce programme de formation au Nunavik

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) et le Groupe de travail des sages-femmes du Nunavik (2002) définissent cette formation comme étant un « modèle reliant la tradition culturelle aux connaissances et aux techniques modernes ». Benoit et Carroll (2004) corroborent ces propos en soulignant que la présence de sages-femmes autochtones au centre de santé Inuulitsivik permet de préserver la culture inuite de l'accouchement ainsi que les pratiques traditionnelles tout en dispensant des soins de qualité et sécuritaires pour les femmes.

2.2.3 Autres modèles de formation de sages-femmes autochtones

Différents projets d'enseignement de la profession de sage-femme autochtone communautaire méritent notre attention, de par leurs similarités avec le programme qui suscite notre intérêt. Nous allons donc présenter brièvement les objectifs d'enseignement des trois autres principaux programmes de formation de sages-femmes autochtones au Canada.

a) Tsi Non:we lonnakeratstha Ona:grahsta', Ontario

Ce programme, d'une durée de quatre ans, a été le premier programme de formation de sages-femmes autochtones créé au Canada et a pour vision

d'offrir aux femmes autochtones les possibilités d'éducation et d'acquisition des habiletés et des connaissances pour devenir sage-femme et de participer à la renaissance des pratiques traditionnelles de sage-femme autochtone dans leur communauté (Miller, 2006 in ONSA, 2008).

Les pratiques et les normes en obstétrique occidentale de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario sont intégrées aux pratiques et aux normes traditionnelles autochtones.

b) Kanaci otinawawasowin, baccalauréat, nord du Manitoba

Kanaci otinawawasowin signifie en langue crie « pratique sacrée des sages-femmes ». Ce programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des autochtones est un programme de premier cycle actuellement offert par le University College of the North à The Pas et Norway House, Manitoba. Le comité directeur qui a développé le programme s'est donné comme objectif

d'établir un programme complet et durable de la profession de sage-femme au Manitoba qui reflète un mélange de méthodes de pratiques traditionnelles autochtones et de l'Ouest, et les systèmes de soutien nécessaires, à l'intention des personnes d'ascendance autochtone (Peters, 2009).

c) Formation des sages-femmes, Rankin Inlet, Nunavut

Le centre d'accouchement de Rankin Inlet, au Nunavut, offre ses services aux femmes autochtones résidant dans la région centrale de l'Arctique. En 1995, son statut est passé d'un programme pilote à un programme reconnu qui attache beaucoup d'importance aux services culturellement appropriés et aux connaissances Inuites traditionnelles d'accouchement et de soins maternels (ONSA, 2008).

2.2.4 Moyens pédagogiques

La nouvelle définition de la sage-femme autochtone, traditionnelle et moderne, nécessite une formation professionnelle qui garantisse les besoins d'un contexte socioculturel et les besoins de soins de qualité. Nous allons donc nous pencher sur les recommandations

provenant de la littérature concernant l'intégration de ces deux concepts au sein d'un programme d'enseignement.

a) Recommandations du Safe Motherhood Inter-Agency Group (SMIAG)

Le SMIAG est un partenariat d'organismes nationaux et internationaux qui travaillent ensemble sur un même objectif : la maternité sans risque. Cet organisme encourage, dans sa vision d'amélioration des services périnataux, le partenariat entre le système de santé et les communautés qui sont une « force puissante pour répondre aux besoins locaux » (SMIAG, 2002). La formation en obstétrique moderne des accoucheuses traditionnelles communautaires qui deviendraient des accoucheuses qualifiées et diplômées, permettrait selon eux, de prévenir ou de traiter une grande partie des complications périnatales tout en fournissant des soins culturellement appropriés. En effet, par accoucheuse traditionnelle, on entend une personne

qui assiste les femmes de sa communauté au cours de leur grossesse et de leur accouchement sans avoir reçue la formation requise pour gérer les accouchements compliqués (Fonds des Nations Unies pour la population, 2004).

Plusieurs composantes de base d'un programme éducatif destiné à leur formation sont décrites dans un document concernant *les soins qualifiés lors de l'accouchement* (SMIAG, 2002). Nous allons les décrire ci-dessous.

Recommandations du
Safe Motherhood Inter-Agency Group (2002)
Programmes devraient recevoir soutien et financement suffisant de la part des administrateurs du système de santé
Programme devrait refléter les réalités du système de soins dans lequel travailleront les accoucheurs (euses) qualifiés et tenir compte des connaissances dont disposent déjà ces accoucheurs (euses)

Sites de formation devraient permettre aux étudiants d'acquérir des compétences en matière d'accouchement normal et compliqué
Approche devrait être axée sur la compétence pour l'acquisition et l'évaluation des aptitudes nécessaires
Sites de formation devraient être basés au niveau de la communauté
Apprentissage théorique devrait être intégré à la pratique avec la place qui convient à la réflexion critique et à la résolution de problèmes pas seulement au rappel de faits
Emphase à mettre sur l'acquisition de compétences en matière de counselling et de communication ainsi que sur l'importance de la satisfaction du client
Enseignants des parties didactiques devraient avoir une bonne préparation pédagogique
Moniteurs cliniques devraient être des praticiens compétents
Matériel pédagogique à jour, complet et pertinent dans le contexte local
Diplômes et certifications ne devraient être remis qu'aux étudiants qui démontrent qu'ils possèdent des compétences d'un niveau acceptable
Possibilité de formation continue et de recyclage pour les praticiens (dont urgences obstétricales et réanimation néonatale)
Normes et protocoles rigoureux et en adéquation avec le contexte local

Tableau 2 : Un contexte favorisant les soins qualifiés- Programmes de formation- Éléments permettant d'améliorer la qualité des soins. SMIAG. (2002)

Le SMIAG (2002) met donc l'emphase sur l'importance de prendre en compte le contexte local pour la formation des accoucheuses traditionnelles ainsi que sur « l'établissement de normes et de protocoles rigoureux ». L'expression « contexte local » n'est pas détaillée, à savoir si cela englobe la prise en considération des méthodes de guérison traditionnelle. De plus, aucune recommandation n'est émise quant à l'attitude à adopter vis à vis de celles-ci et de leur place au sein de l'encadrement de ces formations par des «normes et protocoles».

Couchie et Sanderson (2007) dans leur rapport pour la SOGC, insistent sur la « nécessité d'aider les communautés inuites à conserver ou à restaurer l'essentiel de leurs propres traditions quant à l'accouchement sans perdre les avantages qu'offre la pratique obstétricale moderne », mais n'élaborent pas sur les façons d'initier ce processus.

Dans son rapport concernant *les soins liés à un accouchement normal*, l'OMS (1996b) recense les pratiques les plus courantes utilisées pendant toute la durée du travail et tente de fixer certaines normes de bonne pratique pour la conduite d'un travail et d'un accouchement exempts de complications. Les arguments pour ou contre certaines des pratiques courantes ont été examinés sur la base des preuves disponibles les plus fiables, afin de classer toute pratique d'accouchement, en quatre catégories et émettre des recommandations concernant leur place dans les soins pour un accouchement normal.

A. Pratiques d'une utilité avérée et devant être encouragées
B. Pratiques à l'évidence nuisibles ou inefficaces et devant être éliminées
C. Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander franchement et devant être utilisées avec précaution pendant que les recherches se poursuivent
D. Pratiques fréquemment utilisées de façon inappropriée

Tableau 3 : Les soins liés à un accouchement normal. Classification des pratiques d'accouchement en quatre catégories

Nous pouvons citer comme exemple l'encouragement de la position debout ou allongée sur le côté pendant le travail afin d'augmenter l'efficacité des contractions dans leur action de dilatation du col, contrairement à la position couchée sur le dos. Le but de ce travail semble être motivé par la volonté de l'OMS de proscrire certaines pratiques d'accouchement

exagérées, mais dérivant de l'hyper médicalisation des naissances et du modèle occidental plus que de se pencher sur la question des méthodes de guérison traditionnelle. Ils indiquent néanmoins que les méthodes non pharmacologiques de traitement de la douleur, « devraient être soumises au même processus d'examen critique que celui qui est exigé pour les interventions pharmacologiques » (OMS, 1996b).

b) Recommandations provenant des programmes de formation de sages-femmes autochtones au Canada

Les programmes précités de formation de sages-femmes autochtones au Canada aspirent à combiner dans leur modèle d'enseignement un cadre culturel intégrant les connaissances et les pratiques traditionnelles des communautés concernées avec ce qui est considéré comme des soins de qualité selon les normes occidentales. Malgré les articles décrivant ces deux aspects comme les points forts de la formation de sages-femmes autochtones (Peters, 2009; ONSA, 2008; Epoo & Van Wagner, 2005; Van Wagner et al., 2007; Carroll et Benoît, 2004), très peu de principes théoriques ou pédagogiques sont détaillés dans la littérature sur la façon de développer une telle formation.

Les quelques principes directeurs quant au premier concept du programme concernant l'intégration du savoir traditionnel sont les suivants : a) la consultation d'experts en éducation autochtone, b) la consultation des aînés sur les traditions et les pratiques qui devraient s'intégrer au programme, et c) les rencontres communautaires pour promouvoir la transmission des pratiques traditionnelles (Peters, 2009; McNiven, 2007; Van Wagner et al., 2007).

Le deuxième aspect du programme est de fournir des soins de qualité et sécuritaires pour les femmes en s'appuyant sur les normes, les protocoles et les données probantes du système occidental. En effet, les

les sages-femmes canadiennes doivent s'assurer d'être au fait de l'évolution des connaissances liées à la recherche portant sur les questions de soins de maternité, d'être en mesure d'évaluer critiqueusement la recherche et d'incorporer tous résultats pertinents à leur pratique (Consortium canadien des ordres de sages-femmes, CCOSF 2008).

De plus, le CCOSF a entrepris, depuis 2005, l'élaboration d'un examen canadien de reconnaissance visant l'inscription des sages-femmes pour évaluer les candidates à l'inscription en pratique sage-femme au Canada afin de s'assurer qu'elles satisfont aux normes de compétences de base que le CCOSF a établi dans le document concernant *Les compétences canadiennes pour les sages-femmes*. Celui-ci a pour but d'assurer l'uniformité des compétences et des normes de pratique des sages-femmes partout au Canada et ce, pour la protection du public.

c) Conclusion

Etant donné : a) qu'il y a autant de pratiques traditionnelles d'accouchement chez les autochtones qu'il y a de nations autochtones, et étant donné, b) le peu de directives dans les programmes de formation destinés aux sages-femmes autochtones concernant l'enseignement mixte (savoir traditionnel et obstétrique moderne) dans un cadre de normes canadiennes de qualité de soins de plus en plus présent, nous sommes en mesure de nous interroger sur le succès de l'enseignement conjoint de ces deux types de pratique et sur les modalités de leur cohabitation.

3. Cadre de référence et objectifs de recherche

3.1 Cadre de référence : conceptuel

Il est souvent indiqué, dans les articles précités, que le domaine de la périnatalité chez les autochtones inuits est sous-étudié. Par exemple, Douglas (2006) souligne le besoin pressant de recherches à la fois quantitatives et qualitatives sur ce sujet et l'ONSA (2008) déclare qu'« il n'y a pas assez de recherche sur la profession de sage-femme autochtone » et reconnaît la nécessité de plus de travailleuses en soins de maternité et de programmes de formation de sages-femmes autochtones.

Nous avons donc décidé, à la lumière de notre revue de littérature, d'orienter notre recherche sur le savoir traditionnel propre aux communautés inuites du Nunavik et sa relation avec le programme de formation des sages-femmes autochtones au Nunavik. Le cadre conceptuel que nous proposons va être centré sur les deux concepts principaux encadrant ce programme de formation : la volonté de promotion des pratiques traditionnelles et la volonté de qualité des soins et pratiques enseignés, en accord avec les normes occidentales. Nous allons donc, plus de vingt ans après la mise en place d'un tel programme, explorer avec les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes autochtones, ce contexte peu documenté dans la littérature et suscitant, de ce fait, beaucoup de questionnements.

Ce programme a-t-il véritablement permis d'aider au maintien et/ou à la réintégration des pratiques traditionnelles? Quels sont les éléments facilitants et les obstacles, selon les utilisatrices d'un tel programme, à l'apprentissage de ces deux savoirs (traditionnel et obstétrique moderne) provenant de deux sphères d'apprentissage différentes? Est-ce que ce

programme a pu effectivement faire le lien entre les besoins d'une formation professionnelle d'assurer l'enseignement de soins de qualité et les besoins culturels des communautés concernées?

3.2 Objectifs de recherche

Afin d'essayer d'apporter certains éclaircissements à notre problématique de recherche, tout en respectant notre cadre conceptuel, nous avons élaboré deux objectifs de recherche que nous allons présenter ci-dessous. Ainsi, nous prévoyons :

- a) dresser le bilan des pratiques et des croyances traditionnelles connues et/ou utilisées par les sages-femmes et par les étudiantes sages-femmes participantes, leur mode d'apprentissage, leur place dans leur formation professionnelle et préciser l'importance qu'elles accordent à leur maintien et/ou à leur réintégration, et
- b) décrire les éléments facilitants et les obstacles, perçus par les participantes, quant à leur apprentissage au sein de leur formation professionnelle de sage-femme, du savoir traditionnel et/ou des techniques et des normes de soins modernes.

4. Méthodologie

Nous avons choisi une méthodologie qualitative afin, selon Denzin et Lincoln (1994) de « comprendre de façon riche les phénomènes à l'étude à partir des significations que les acteurs leur donnent dans leur milieu naturel », et plus spécifiquement une approche phénoménologique. La phénoménologie a été développée par Giorgi (1997). Elle se caractérise par l'importance accordée au retour à l'expérience vécue, en demeurant fidèle à celle-ci et à la perspective des participantes; pour le chercheur, elle consiste à tendre à

suspendre toute préconception du phénomène dans le but de le saisir tel qu'il se présente (Deschamps, 1993). Nous allons donc essayer de cerner les perceptions des sages-femmes et des étudiantes sages-femmes participantes sur nos deux sujets de recherche.

4.1 Population à l'étude

Afin que notre échantillon soit le plus représentatif possible du faible effectif de sages-femmes et d'étudiantes sages-femmes inuites au Nunavik, nous avons recruté nos participantes au sein des trois villages pourvus de centre de naissances. Il était important aussi qu'il comprenne des sages-femmes diplômées avant 1999 et reconnues par l'OSFQ et des sages-femmes diplômées après cette date et ayant porté le titre de sage-femme communautaire pour le Nunavik. Au moment de notre cueillette de données, les sages-femmes communautaires n'étaient pas encore reconnues par l'OSFQ. Concernant les étudiantes, nous avons essayé de les recruter à des niveaux différents de leur apprentissage, afin de cibler des cas riches. Notre échantillon comprend quatre sages-femmes reconnues par l'Ordre des sages-femmes du Québec, une sage-femme communautaire, six étudiantes sages-femmes; il est composé de la façon suivante :

<u>Villages</u>	<u>Composition échantillon</u>		
	Sages-femmes reconnues par l'OSFQ	Sages-femmes communautaires	Étudiantes sages-femmes
Puvirnituq	4 sur un total de 5	1 sur un total de 1	2 sur un total de 3
Inukjuak	0 sur un total de 0	0 sur un total de 2	2 sur un total de 3
Salluit	0 sur un total de 0	0 sur un total de 0	2 sur un total de 3
total	4	1	6

Tableau 4 : Composition de notre échantillon en fonction des trois villages à l'étude

Dans le but de respecter la confidentialité des données, des noms fictifs ont été assignés à nos participantes. De plus, les deux sous-groupes de sages-femmes ont été réunis afin que les propos de la sage-femme communautaire ne puissent pas être identifiés.

Sages-femmes (reconnues par l'OSFQ et communautaires)	Emilie, Sofia, Anna, Elisapi, Maria
Etudiantes sages-femmes	Julie, Kelly, Megane, Naomie, Elaisa, Kyala

Tableau 5: Noms fictifs assignés aux participantes à l'étude

Les sages-femmes certifiées par l'OSFQ sont âgées de 42 à 48 ans et possèdent toutes entre 11 et 17 années d'expérience de pratique. La sage-femme communautaire est dans la trentaine et a une expérience de travail de 2 ans et demie. La moyenne d'âge des étudiantes sages-femmes est de 29 ans, la plus âgée ayant 38 ans et la plus jeune 24 ans. Quatre d'entre elles étudient depuis un an ou un an et demi, une depuis 3 ans et la dernière depuis 6 ans.

Nous aurions souhaité que les sages-femmes communautaires d'Inukjuak soient mieux représentées. Malheureusement, l'une d'entre elles était en congé maladie, une autre partie en voyage de pêche et la dernière a refusé de participer à l'étude. Nous avons eu trois refus de participation à l'étude. Ces trois refus faisaient suite à une mauvaise expérience vécue par les personnes concernées au cours de leur participation à une étude qui s'était tenue quelques mois plus tôt au Nunavik.

4.2 Procédure de collecte des données

Nous avons reçu l'approbation éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et un formulaire de consentement (annexe 1) a été signé par chacune des participantes à notre étude.

La cueillette des données s'est faite à l'aide d'entrevues semi structurées à questions ouvertes. La personne en charge des entrevues possédait, bien entendu, toutes les qualités professionnelles requises pour les mener à bien, en plus d'une connaissance du milieu, ayant pratiqué pendant plusieurs années au centre de santé Inuulitsivik. Ainsi, nous avons réalisé un entretien face à face, enregistré au moyen d'un magnétophone et conduit par cette même personne, auprès des 11 participantes à notre étude. Deux grilles d'entrevue (annexe 2) ont été utilisées à cet effet, une pour les sages-femmes diplômées et une pour les étudiantes. Ces grilles ont été bâties en fonction de nos objectifs de recherche, auxquels nous avons ajouté quelques questions concernant des déterminants socio démographiques. Elles ont été pré testées auprès d'une sage-femme ayant travaillé à Puvirnituk pendant plusieurs années et possédant donc les habiletés nécessaires, de par sa connaissance du milieu, pour évaluer la clarté et la compréhension des questions. Nous nous sommes servie aussi de l'expertise pertinente d'autres lecteurs (sages-femmes ou individus familiers avec le Nunavik) pour y apporter quelques modifications.

Au cours des entrevues, les questions concernaient essentiellement les pratiques/croyances traditionnelles et devaient permettre d'identifier celles connues et/ou utilisées par nos participantes, leur source d'apprentissage et comment, selon elles et si jugé pertinent, les intégrer dans leur pratique et en améliorer la transmission. Puis, le programme de formation

était abordé, avec des questions concernant notamment les difficultés rencontrées, les facteurs qui ont été favorables et les points éventuels à modifier. Les entrevues ont duré entre 30 et 60 minutes, ce qui correspondait à nos prévisions. Elles se sont déroulées soit à la maternité, soit au domicile de la personne qui faisait les entrevues, selon la volonté des participantes. En premier lieu, l'étude était présentée par la chercheuse principale afin d'expliquer le but de celle-ci et de répondre aux questions. Puis, la participante était invitée à lire le formulaire de consentement et à demander des éclaircissements au besoin. Avant de signer celui-ci, on rassurait la participante à propos de la confidentialité des données et du fait qu'elle pouvait, en tout temps, interrompre l'entretien. On lui demandait aussi la permission d'enregistrer l'entrevue. A la suite de l'entrevue, un rapport (annexe 3) était rempli par la personne l'ayant conduite. Cela permettait à la chercheuse principale, malgré son absence pendant l'entretien, d'avoir une brève synthèse des points clefs abordés et de connaître les éventuelles difficultés rencontrées (gêne causée par le magnétophone, climat de l'entrevue, problèmes méthodologiques, etc.).

4.3 Méthodes d'analyse

Les enregistrements ont été transcrits et les transcriptions verbatim ont été vérifiées, afin de s'assurer de leur exhaustivité, exclusivité et validité. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel ATLAS.ti.

Nous avons utilisé la méthode de codage proposée par Van der Maren (1996) et nous avons choisi une façon de coder monothématique, pour que notre unité d'analyse représente une idée. La façon dont notre questionnaire d'entrevue était construit, nous a permis d'identifier les rubriques principales pour lesquelles les textes devaient nous fournir de l'information.

Par la suite, nous avons procédé à une lecture d'un premier matériel, soit deux entrevues (une sage-femme, une étudiante), afin d'extraire les passages significatifs pour construire nos différentes catégories à l'intérieur d'une même rubrique. Puis, nous avons associé des valeurs à certains codes afin d'établir notre grille de codage préliminaire. Avec cette grille, nous avons procédé au codage de deux autres entrevues, ce qui a permis un nouvel ajustement de la liste de codes, puis nous avons procédé au codage du reste du matériel et à la correction du premier matériel codé.

Concernant les pratiques traditionnelles et leur codage, nous nous sommes basée sur la liste établie par une des sages-femmes inuite, Akinésie Qumaluk (in Fletcher, 1993) qui en a répertorié 33 (voir plus haut). C'était une liste initiale qui s'est modifiée en cours d'analyse, ce que Van der Maren (1996) qualifie de codage mixte. Cette liste a été portée à 49, après lecture des 11 entrevues. Nous avons codé une pratique traditionnelle une seule fois, même si elle était mentionnée plusieurs fois dans un texte, afin d'éviter des redondances pouvant fausser notre analyse. Par la suite, nous avons réalisé un contre-codage sur deux des entrevues et l'accord inter-juges était de 92 %, ce qui indiquait l'adéquation de notre grille (annexe 4). Nous n'avons donc pas dû faire d'autres ajustements.

Nous avons entrepris plusieurs démarches d'analyse de nos données avec le logiciel ATLAS.ti. Nous avons tout d'abord séparé les sages-femmes diplômées des étudiantes, afin de voir la différence de résultats entre ces deux groupes, et nous avons créé des catégories d'âge pour les mêmes raisons. Nous avons regroupé aussi toutes les pratiques traditionnelles sous un terme générique, afin d'avoir une idée plus globale de la fréquence de citations d'une de ces pratiques pour une participante ou pour les groupes cités ci-

dessus. Par la suite, nous nous sommes basée sur la lecture des différents tableaux de fréquence trouvés pertinents pour notre analyse. Nous avons essayé de mettre en évidence des relations de différents ordres entre nos codes, ce qui n'a malheureusement pas été très fructueux.

Chapitre 2 - Présentation des résultats

Ce chapitre présentera deux sections de résultats correspondant à nos deux questions de recherche. La première partie, centrée sur le savoir traditionnel, va nous permettre d'établir un bilan des pratiques et des croyances traditionnelles connues et/ou utilisées par les sages-femmes et par les étudiantes sages-femmes participantes ainsi que le mode de leur apprentissage et de leur transmission.

Puis, le programme de formation sera plus particulièrement abordé, avec les facteurs facilitants et les obstacles encourus par les participantes à notre étude dans leur apprentissage du savoir traditionnel et/ou des techniques et des normes de soins modernes au sein de leur formation professionnelle de sage-femme.

Première partie : Le savoir traditionnel chez les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes autochtones du Nunavik

1. Bilan des connaissances des participantes du savoir traditionnel

Les résultats de notre recherche nous indiquent une nette prédominance de la conservation du savoir traditionnel objectif, c'est à dire des croyances et des codes de conduite comparativement au savoir traditionnel subjectif regroupant les pratiques traditionnelles. Le savoir subjectif, nous l'avons vu, s'apprend avec la pratique. L'absence d'accouchement dans les communautés, suite à la politique gouvernementale de transfert, semble comme le suggère notre revue de littérature, avoir affecté la transmission de ce savoir. En effet, les témoignages des sages-femmes et des étudiantes inuites révèlent que les croyances

traditionnelles sont encore très présentes dans leur société, comparativement aux pratiques traditionnelles.

« My mother and grandmother used to tell our young pregnant women on how to cope a pregnancy. Like they had the traditional ways or traditional rules, I should say, throughout pregnancy » (Elisapi, sage-femme).

1.1 Prédominance du savoir traditionnel objectif : les croyances et les codes de conduite

1.1.1 Description de ces croyances/codes de conduite

Les croyances sont irrationnelles pour ceux qui ne les partagent pas. Celles que nous avons recueillies dans le cadre de notre étude font majoritairement appel à un procédé métaphorique (ex. la femme enceinte ne doit pas rester dans le cadre d'une porte sinon le travail sera long car le fœtus va rester « dans le cadre » du bassin) et à la superstition (ex. si la femme enceinte se comporte de cette façon alors le travail sera long). La superstition est une attitude faisant intervenir la croyance que certains comportements ou faits observés sont en liaison avec le déroulement de l'avenir, sans qu'aucune explication de cause à effet ne soit donnée.

Ce sont des gestes de la vie quotidienne, pouvant se retrouver par mimétisme imagé dans certaines complications de l'accouchement, que la femme enceinte doit adopter ou au contraire éviter. Par exemple, quand une femme enceinte installe une peau de phoque sur un support pour la faire sécher, elle ne doit pas enrouler la corde autour de ses mains. C'est pour éviter que le cordon ne s'enroule autour du cou du fœtus.

Certaines croyances sont encore très reliées à leur style de vie ancestral alors que d'autres ont été influencées par l'apport des colons. On peut citer cette dernière : « la femme enceinte ne doit pas mâcher de cervelle d'animal », qui s'est transformée en « la femme enceinte ne doit pas mâcher de gomme ». Cela démontre le dynamisme d'une société, en constante évolution.

1.1.2 Finalités de ce savoir : prévention de certaines complications de l'accouchement

Le fait de respecter ces croyances/codes de conduite est supposé faciliter les différentes phases de l'accouchement et prévenir certaines complications.

« They [the elders] were saying that whenever they found out a woman is pregnant that she should always finish what she is doing, so when she will be in labour, her labour will go faster » (Maria, sage-femme).

« Megane (étudiante sage-femme): One of the traditions was to go out as soon as you wake up. Like to go out and take a walk. Small walk. Not the lazy way. Don't be lazy.

Question: What will happen?

Megane: Slow long labour ».

Caractérisé par son nomadisme, ce peuple semblait avoir comme préoccupation principale d'éviter que la femme ne présente un travail trop long ou dystocique pouvant éventuellement ralentir sa progression. Saladin d'Anglure (2006) nous fournit une explication moins rationnelle, fondée sur la croyance des peuples inuits de l'association entre un travail rapide et la naissance de garçons, utiles pour leur survie, ou de « filles qui seront d'habiles et rapides couseuses et qui donneront naissance à de nombreux garçons ».

Leur seconde préoccupation était d'éviter que le fœtus ne présente une circulaire du cordon, ce que l'on ne considère pourtant pas comme étant une complication dans l'obstétrique actuelle. Cela pourrait être encore relié au fait qu'une circulaire du cordon peut ralentir le travail ou alors augmenter la morbidité fœtale.

« Making hats or knitting [during the pregnancy] could cause the cord around the neck » (Kelly, étudiante sage-femme).

1.2 Le savoir traditionnel subjectif : les pratiques

a) Nutrition prénatale

C'est dans ce domaine que ce savoir traditionnel s'est le plus transmis aux générations suivantes, et ce malgré l'arrivée massive de la mode alimentaire qu'est la « malbouffe ». Les femmes inuites sont incitées à manger des « aliments du terroir » (caribou, poisson, perdrix des neiges, phoque, beluga, etc.) pendant leur grossesse.

« My grand-mother told me to eat well [during my pregnancy], eat a lot of country food with blood » (Elaisa, étudiante sage-femme).

Cela a été et c'est toujours une responsabilité de la communauté que de fournir une nourriture appropriée aux femmes enceintes.

« The good food is prevention of haemorrhage, or prevention of anything that could go wrong during labour or birth. Especially with ptarmigan... When there is ptarmigan, some men would still go to the pregnant woman's house and say : 'Here is your ptarmigan, enjoy' » (Anna, sage-femme).

Des pêcheurs et des chasseurs sont rémunérés par des organismes communautaires, afin d'approvisionner des congélateurs communautaires d'« aliments du terroir », accessibles aux femmes enceintes et aux familles les plus démunies. Certaines femmes bénéficient, en

plus de l'accès à ces congélateurs, de la possibilité de recevoir, au besoin, des ombles de l'arctique par le programme de nutrition prénatale de l'Hudson.

Les sages-femmes, quant à elles, mettent l'emphase pendant les visites prénatales ou les cours prénataux sur l'importance des « aliments du terroir » pour avoir un bébé en santé. L'information se transmet, mais la tendance alimentaire des jeunes de 15 à 20 ans semble néanmoins plus inclinée vers la « malbouffe ».

« [Midwifery], has helped me open up my eyes so much. [...] How you should take care of your pregnancy. How you shouldn't just live on junk food. When young people are today so much into junk food, like Pepsi, Coke, chocolate and candies and junk food. Like they think they have to have that every day now. Everyday, everyday, everyday, everyday. It's to help young mother how to eat right and how to have healthy pregnancy » (Elisapi, sage-femme).

b) Utilisation des plantes ou de produits du terroir

Les peuples autochtones possèdent souvent une grande connaissance des propriétés pharmacologiques des plantes de leur région (Commission Royale sur les peuples autochtones, 1996). Les sages-femmes étaient réputées, comme le souligne Jasen (1997), pour leur utilisation de certaines plantes médicinales qui, utilisées en combinaison avec d'autres techniques, permettaient de calmer la parturiente, de faciliter l'accouchement et de gérer certaines complications. Nous n'avons toutefois pu recueillir aucune information à ce sujet, de la part de nos participantes.

« Question: Is there any use of any plants that you know?

Kyala: I don't really know about that. Only the red berries for the sore throat » (étudiante sage-femme).

« Question: Have you ever heard of any plants?

Emilie: I don't know much about the plants » (sage-femme).

Deux d'entre elles ont mentionné l'utilisation probable du thé du Labrador, sans pouvoir élaborer sur les circonstances de son utilisation. Par contre, l'utilisation du gras de phoque pour aider à la cicatrisation des mamelons gercés pendant l'allaitement a été cité, mais n'est plus utilisé. Les sages-femmes traditionnelles avaient aussi pour habitude, en prévention des hémorragies de la délivrance, de poser un sac de roches chaudes sur l'utérus après la naissance de l'enfant.

c) Gestion du travail et de l'accouchement

« I would have to be with an elder in a birth to really know what the traditions are »
(Maria, sage-femme).

« I would like an elder leading a birth. Not a senior midwife, not us, but watching an elder what they used to do » (Julie, étudiante sage-femme).

Il semble que les aînées, anciennes sages-femmes ou aidantes traditionnelles, n'ont pas pu retrouver leur place auprès des femmes en travail, malgré le retour des naissances au Nord. Par contre, à la maternité de Salluit, une aînée se présentait souvent au moment des accouchements et a pu ainsi transmettre une partie de son savoir aux sages-femmes en formation.

- Le travail

Nous n'avons recueilli aucun renseignement sur des pratiques permettant éventuellement de déclencher, faciliter, accélérer ou surveiller l'évolution du travail de la parturiente.

- L'accouchement

Nous n'avons recueilli qu'une pratique pouvant s'appliquer pendant la phase d'expulsion, afin de faciliter la naissance du bébé. Cette manœuvre a été enseignée à Julie par l'ancienne sage-femme traditionnelle de Salluit. Julie explique qu'elle souhaite appliquer cette manœuvre quand elle-même sera sage-femme.

« Like if a woman is not giving birth for a long time, like in labour. When they notice that it's because of the bones. They would give force on the woman's back to make a space for the baby » (Julie, étudiante sage-femme).

Julie nous indique aussi que, pour permettre la délivrance placentaire en cas d'hémorragie, la femme doit utiliser son annulaire gauche pour engendrer des mouvements vomitifs qui vont contracter son abdomen et permettre ainsi l'expulsion de son placenta.

A Puvirnitug, une pratique très proche de l'accupression semble s'être répandue après avoir été mentionnée par une femme travaillant à la maternité comme aide-natale. L'annulaire de la main de la femme doit être replié sur lui-même et maintenu de cette façon avec une attache en cas d'hémorragie importante lors de la délivrance.

« We have a practice here where some Inuit have a specialty in areas of pressure points. So one of them used to have the ring finger wrapped with a ribbon to prevent you from haemorrhaging to death » (Anna, sage-femme).

d) Positions d'accouchement

Concernant les positions d'accouchement, nous n'avons là encore que peu d'informations à ce sujet. Les anciens semblent déplorer que les accouchements soient de plus en plus

médicalisés, et que cette médicalisation implique que les femmes doivent donner naissance en étant couchées sur le dos.

« They always say it's too medical. Even the positions are more like... Birth is lying down...They always say that » (Naomie, étudiante sage-femme).

Quelques sages-femmes/étudiantes nous indiquent que, selon elles, les anciens encourageaient les femmes à accoucher à genoux pour s'aider de la gravité ou simplement à suivre leur instinct afin de trouver la ou les positions les plus favorables.

« When the elders are at the birth, they just go: Just follow your body. Be how you want to be » (Sofia, sage-femme).

e) Présences à l'accouchement

Nous étions intéressée aussi à savoir qui était traditionnellement présent aux accouchements, en dehors de la sage-femme ou de la personne aidante. Les opinions diffèrent quant à la présence ou non du père et des autres membres de la famille et quant à la présence ou non des enfants. Il semblerait que les enfants jouent davantage le rôle de messenger.

« I don't think children were allowed...They would be the ones doing the running around to go find a midwife or go find their families saying somebody is in labour » (Anna, sage-femme).

2. Apprentissage de ce savoir traditionnel (par nos participantes)

Nous nous sommes intéressée au mode d'apprentissage de ce savoir par les participantes à notre étude, afin de mieux appréhender le rôle réel joué par le programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik sur ce sujet. Ensuite, la façon dont les sages-

femmes transmettent ce même savoir sera abordée, dans le but de cerner comment celles-ci envisagent la place de leur savoir traditionnel dans leur pratique de sage-femme autochtone; et pour les sages-femmes diplômées, dans leur enseignement aux étudiantes.

2.1 Modalités d'apprentissage

2.1.1 De la transmission orale aux techniques modernes

Tout ce qui doit être retenu doit être exprimé verbalement, selon la tradition inuite. La première génération de sages-femmes a été exposée uniquement à cette façon traditionnelle de partage des connaissances. Actuellement, les méthodes et les enseignements des anciens cohabitent avec les apports des techniques modernes, suite à l'influence grandissante de la société occidentale. Les écrits et les supports audio-visuels relatant leurs témoignages sont une autre façon, pour les étudiantes sages-femmes, d'aller chercher de l'information concernant leurs traditions. Néanmoins, la transmission orale traditionnelle reste prédominante pour nos participantes.

2.1.2 Circonstances d'apprentissage

a) Parcours personnel

C'est principalement lors de leur parcours personnel que les sages-femmes ou les étudiantes ont pris connaissance de certains codes de conduite à respecter pendant la période prénatale. Enfants, elles ont entendu des membres de leur famille donner des conseils à des femmes enceintes ou alors, elles se faisaient raconter des histoires dans lesquelles ces croyances étaient mentionnées.

« She [my grandmother] didn't really teach me, she was telling us as a child »
(Megane, étudiante sage-femme).

Enceintes, elles ont reçu des conseils de la part des aîné(e)s et c'est ce mode de transmission qui prédomine majoritairement.

« I learned them [traditional beliefs and practices] when I was starting to have babies, you know, pregnant » (Emilie, sage-femme).

b) Lors d'initiatives communautaires

Une des sages-femmes d'Inukjuak, en 2005, a organisé avec la collaboration de sa communauté une rencontre axée sur les croyances/pratiques traditionnelles entourant les naissances (McNiven, final report, 2007). Toute la communauté y était conviée et les sages-femmes ou étudiantes nous indiquent avoir appris beaucoup au cours de cette conférence. Celle-ci a été filmée et l'enregistrement est conservé au sein de la maternité.

c) Place du programme de formation

Celui-ci n'est jamais cité comme une source d'apprentissage directe d'un quelconque patrimoine culturel.

2.2 Volonté d'apprendre plus

Les sociétés qui s'appuient sur la tradition orale comptent sur la mémoire collective. On a l'impression que les sages-femmes et les étudiantes souhaitent réveiller cette mémoire collective, afin de reprendre possession de leur savoir traditionnel. Ce sont plus en tant que membres d'une communauté qu'elles vont essayer de promouvoir ce savoir qu'en tant que sage-femme ou étudiante encadrée par un programme.

« I am modern, but I didn't want to lose our traditional rules or certain rules that happen during pregnancy ». (Elisapi, sage-femme)

Chaque village a donc trouvé sa propre méthode de sauvegarde de ce savoir. A Puvirnituq, Elisapi a organisé des entrevues avec deux aînées afin de conserver par écrit leurs connaissances. A Inukjuak, c'est par le biais de cette conférence filmée de 2005 (McNiven, final report, 2007) que les aînés ont pu se faire entendre. A Salluit, les anciennes sages-femmes sont invitées pendant les accouchements ou les visites prénatales.

« Some elders come in when we do prenatal. Well, not all the time, but they used to come in some times, and they tell that [traditional beliefs] to women » (Naomie, étudiante sage-femme).

Malgré toutes ces initiatives, les sages-femmes ou étudiantes ont la volonté d'apprendre encore plus.

« A lot [of traditions] exist, but I haven't heard a lot of them and I would like to learn more about them » (Kelly, étudiante sage-femme).

« What I would want more too, is get trained from elders. Learn their history or past. Let them pass on their knowledge before we loose them » (Emilie, sage-femme).

Nous pouvons cependant constater que les actions qu'elles ont entreprises pour sauvegarder leur patrimoine culturel sont essentiellement des actions sporadiques. Aucun suivi ne semble avoir été assuré par la suite afin de faire fructifier leurs initiatives ou afin de développer une continuité dans la création d'un modèle d'interventions des aînés ou de diffusions des informations recueillies.

3. Transmission du savoir traditionnel (par nos participantes)

3.1 Volonté de transmission

Les sages-femmes qui ont aidé à construire la maternité de Puvirnituk et qui approchent de la cinquantaine vont bientôt prendre la relève des *angijukqauqatigiit* [aînés]. Elles insistent sur le fait qu'elles sentent la responsabilité, maintenant, de transmettre leurs connaissances aux générations futures.

« I already passed it on, even to my daughters and other people » (Maria, sage-femme).

« I keep it alive myself, what my mother used to tell me » (Elisapi, sage-femme).

Les étudiantes ne semblent pas avoir la même aisance vis à vis de leurs capacités à transmettre ce patrimoine culturel. Elles souhaitent bénéficier encore de l'expérience de leurs aînés ou même des sages-femmes inuites, ce qui corrobore le fait que celles-ci commencent à être perçues comme des *angijukqauqatigiit*.

« Invite more elders to teach us » (Naomie, étudiante sage-femme).

« Question: Is there any of those practices that you would feel comfortable to include in your work?

Julie: If elders would lead a birth » (étudiante sage-femme).

« Question: You said earlier that you would like to learn more about traditional practices. Who would you think would teach you that?

Elaisa: The midwives here. Because they have lots of experience » (étudiante sage-femme).

3.2 Modalités de transmission

3.2.1 Aux femmes enceintes

Les sages-femmes ou étudiantes n'incluent pas de façon routinière, au cours de leurs consultations prénatales, la transmission de ces croyances traditionnelles. Cela ne semble pas faire partie de leurs tâches comme professionnelle de santé, mais être plus une préoccupation communautaire dépassant le cadre imposé par les soins prénataux.

« These are woman to woman, not in a formal way » (Anna, sage-femme).

En effet, c'est indifféremment du lieu de rencontre d'une femme enceinte qu'elles vont lui enseigner certains codes de conduite. Cela se produit de façon informelle comme elles ont pu elles-mêmes en bénéficier.

« In our tradition, when we see them in the spot, we tell them, but not all the time [...]. Sometimes we tell them, when we see what they're doing » (Emilie, sage-femme).

3.2.2 Aux étudiantes

Anna pense que les étudiantes doivent continuer d'apprendre par leurs façons traditionnelles les pratiques/croyances entourant les naissances.

« Question: And what suggestion would you make to pass on those practices/beliefs to the next generation?

Anna: The way we learned it I guess. To pass it on » (sage-femme).

Il n'y a effectivement pas de structure, selon les participantes à notre étude, au niveau du programme de formation, concernant ce sujet. Les étudiantes y sont toutefois exposées

pendant leur pratique, de par leur mentorat et leur apprentissage sur le terrain avec les sages-femmes inuites.

« When I was pregnant, I heard some of this stuff [traditional beliefs]. But sometimes I hear this stuff at work too, when people are talking about it » (Kelly, étudiante sage-femme).

Maria, quant à elle, souhaite s'investir plus auprès des étudiantes, afin que celles-ci puissent trouver un équilibre entre les méthodes traditionnelles et modernes, de sorte que la sage-femme puisse préserver son identité culturelle au sein de sa communauté. Redonner à la sage-femme cette identité permettrait, selon Maria, que les étudiantes se sentent plus impliquées.

« Question: Do you wish there would be more of these traditional practices that would be taught to the student midwives?

Maria: Yes. That would really help them to open their mind, to learn more about what they are doing. And if they would know these traditional things, they would be more interested ... Like, even you know those traditional and modern ways when they are mixed they're ok so... I would like those students to learn more about those traditional things, so they could teach more to younger generations. That's what I'm trying to say. And use them at work.

Question : And what would be the best way for them to know?

Maria : By talking to them and teaching them what we've learned from hearing people » (sage-femme).

3.3 Considérations communautaires affectant cette transmission

3.3.1 Le rôle des aînés

Comme le souligne Emilie, ci-dessous, les aînés sont les gardiens et les vecteurs principaux du patrimoine culturel. Elisapi nous confie que selon elles, ceux-ci jouent de moins en moins leur rôle traditionnel auprès des générations suivantes.

« I think elders should speak out more. Because, I feel that my own elders are not speaking out. I keep asking myself : What's happening here, that they don't have the power to speak out? » (Elisapi, sage-femme).

Même la transmission au sein du noyau familial semble s'estomper, les filles et petites-filles bénéficiant de moins en moins des conseils de leurs grands-parents.

« Only maybe a rare, rare few, few more [are passing the information to their daughter]. Not too much, I don't think so » (Elisapi, sage-femme).

Plusieurs de nos participantes sentent l'urgence de profiter de la sagesse et des connaissances de leurs aînés. En effet, ceux-ci sont les derniers à avoir connu un mode de vie nomade et traditionnel. Ils sont de moins en moins nombreux, les communautés ayant perdu dans les dernières années plusieurs de leurs *angijukqauqatigiit*.

« I don't know if I am going to see it [include traditional practices in her work], because the elders are fading away. There is less teaching to their children and grandchildren » (Megane, étudiante sage-femme).

3.3.2 La nouvelle génération

Pour qu'il y ait transmission orale, il faut une écoute attentive de la part de celui qui reçoit. Or, il semble que la nouvelle génération n'ait plus le même comportement d'écoute et de considération vis-à-vis des aînés et de leurs expériences de vie. L'information et les conseils qu'Elisapi transmet aux jeunes mamans, concernant leur santé et la grossesse, n'ont plus la même portée qu'auparavant.

« The young people of today? Like the 15-20 age? Very hard. I find them very hard. I believe they are not listening. The information that we are trying to give is just going in and out » (Elisapi, sage-femme).

3.3.3 Divergence d'opinions autour des croyances

Une communauté est censée partager un même univers de croyances. On s'aperçoit, néanmoins, qu'il existe une certaine divergence à ce sujet au sein des communautés inuites. Kelly déplore que certaines personnes ne croient pas ou plus en ces valeurs ancestrales.

« Kelly : Some believe in them [traditional beliefs] and some really don't. So I would like to see that happening more, the believing.

Question: The believing, you find it important to keep it?

Kelly: Yes » (étudiante sage-femme).

3.3.4 La santé communautaire

Les sages-femmes semblent très préoccupées par les problèmes de santé publique de leurs communautés. « Informer pour prévenir » occupe une grande partie de leur temps durant les consultations prénatales, et ce, peut-être, au détriment de la transmission de leur patrimoine culturel. Le seul moment où la santé communautaire rejoint les pratiques/croyances traditionnelles concerne la nutrition prénatale avec l'accent mis sur l'importance d'une nourriture saine, riche en « aliments du terroir » .

« What we have been taught about teaching, how to teach prevention. It's what we tell them. Like we teach them ...nutrition, I mean all these things » (Emilie, sage-femme).

Deuxième partie : Programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik

1. Motivations des étudiantes à suivre un tel programme

Les femmes autochtones, suite à toutes les décisions politiques de santé materno-foetale les concernant depuis 1970, avaient perdu beaucoup d'estime d'elles-mêmes et de contrôle sur leur maternité (Jasen, 1997). C'est pour contribuer à permettre aux femmes inuites de se réapproprier leurs accouchements qu'Anna a décidé de s'impliquer, avec d'autres membres de sa communauté, dans l'ouverture d'une maison de naissances à Puvirnituq et qu'elle est devenue, par la suite, l'une des étudiantes du programme de formation sage-femme du Nunavik.

« Question: But your first goal as you were saying was more to bring the rights of women to be able to deliver in their...

Anna : Yeah, for the women to be served the way they wanted to be served, instead of being having the government impose their will on our communities » (sage-femme).

Les sages-femmes de la génération d'Anna (Elisapi, Maria et Emilie) ont connu les transferts pour leurs propres accouchements. Elisapi et Maria ont été les premières étudiantes du programme de formation sages-femmes de leur région, choisies par leur communauté. Leur motivation principale était de soutenir le retour des naissances au Nord et d'aider leur communauté.

« I want to see healthy inuit in our future » (Elisapi, sage-femme).

« I used to say I would like to work there [maternity] as a midwife and help people » (Maria, sage-femme).

Emilie, quant à elle, a accouché à Moose Factory, puis elle a mis au monde ses deux derniers enfants dans le centre de naissance de Puvirnituk avec les sages-femmes inuites.

« I had two babies in Moose Factory and I had my last two in Puvirnituk. There was a big difference » (Emilie, sage-femme).

Emilie nous explique qu'elle n'a reçu que très peu de soutien et d'informations du personnel infirmier et médical en charge à Moose Factory, comparativement aux soins reçus dans son village. Elle a décidé un peu plus tard, de s'investir comme étudiante puis sage-femme communautaire, afin d'aider à son tour les siens.

« Question: Why did you become a midwife?

Emilie: I wanted to help the women and the family » (sage-femme).

Les nouvelles étudiantes, qui n'ont pas connu les transferts, ont répondu à des préoccupations plus personnelles que communautaires en faisant partie du programme de formation sage-femme. Dans la plupart des cas, elles ont été attirées par l'opportunité d'avoir un travail rémunéré.

« Question: Why did you become a midwife?

Elaisa: I applied because I needed a job » (étudiante sage-femme).

« Question: Why did you become a midwife?

Kelly: My only first reason was I wanted to try something new. I was a daycare educator » (étudiante sage-femme).

2. La vision du programme de formation par les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes

Quand nous avons abordé le thème des pratiques traditionnelles avec Anna, celle-ci a tout de suite fait le lien avec leur programme de formation. Elle explique que celui-ci conserve leur façon traditionnelle d'apprentissage sur le terrain, par le biais du système de mentorat avec d'autres sages-femmes. En effet, les sages-femmes (ou aidantes) traditionnelles se transmettaient leur savoir les unes aux autres, au moment des accouchements.

« They [traditional midwives or helper] were not trained as midwives. They learned hands-on with their grandmothers or.... That is the only tradition of things that I can tell you, that's how. [...] This is what I would call traditional because it was done by our elder midwives back then and it's still like that today. But you get a piece of paper that you hang on the wall that says you completed that course » (Anna, sage-femme).

2.1 Concernant les objectifs de ce programme d'allier les croyances/pratiques traditionnelles et les nouvelles technologies

Afin d'assurer au mieux la sécurité de la mère et du nouveau-né, les sages-femmes et les étudiantes inuites ont la préoccupation d'allier, au sein de leur métier, leurs croyances et pratiques traditionnelles aux techniques et technologies modernes, ce qui s'accorde avec les objectifs principaux en matière d'éducation de leur programme de formation. Six des participantes ont mentionné l'importance pour elles de cette mixité.

« Like you cannot just do a traditional midwifery, or just do a modern midwifery. But when you mix them, it works well » (Maria, sage-femme).

« I would mix old ways with how we do the work. I would mix it up » (Julie, étudiante sage-femme).

Elles sont aussi très motivées à améliorer leurs compétences et leurs connaissances dans le domaine professionnel qu'elles ont choisi, toujours dans le respect de ces deux approches (traditionnelle et moderne) de leur apprentissage.

2.1.1 Approche traditionnelle

La plupart des participantes de notre étude, et indifféremment de leur statut de sage-femme ou d'étudiante, ont le souci de préserver les connaissances, traditions et croyances locales entourant l'accouchement.

« Both qallunaat [non inuit] ways and Inuk ways are okay to do it. Both. So the tradition will continue to go on with our way. The Inuit way. Because you have your own reference, Chinese have their own way and we have our own way » (Elaisa, étudiante sage-femme).

Elaisa, a appris d'une des anciennes de son village une pratique traditionnelle permettant, selon elle, de diminuer voire d'arrêter les saignements, en cas d'hémorragie de la délivrance. On peut sentir sa fierté à renouer avec les anciennes connaissances de son peuple.

« Traditional tying a finger, when a woman is bleeding a lot. I did that maybe three times now. Helps a lot. I believe it now. It stops the bleeding » (Elaisa, étudiante sage-femme).

Néanmoins, elles expriment toutes une certaine déception à ne pas être plus familières avec leurs traditions. Elles souhaitent continuer d'apprendre de leurs aîné(e)s.

« A lot (of traditions) exist, but I haven't heard a lot of them and I would like to learn more about them » (Kelly, étudiante sage-femme).

« What I would want more too, is get trained from elders. Learn their history or past. Let them pass on their knowledge before we loose them » (Emilie, sage-femme).

2.1.2 Approche moderne

a) Des soins périnataux à la gestion médicale des urgences obstétricales

Les étudiantes sages-femmes inuites reçoivent de la formation dans différentes sphères du domaine de la périnatalité et de la santé des femmes : anatomie, physiologie, gynécologie, soins pré, per et postnataux, santé communautaire, etc. Elles veulent avoir une formation adéquate. Sofia souhaiterait continuer à évoluer dans son cursus d'apprentissage :

« I would go for a higher one [diploma] to be able to help others in any parts of the world. To learn from them, like how they are » (Sofia, sage-femme).

Plusieurs d'entre elles, afin d'améliorer leurs connaissances théoriques, suggèrent un nombre plus important et une meilleure planification des cours qu'elles reçoivent, que ce soit en pré, per et post natal.

« I just wish we could do more prenatal classes. But we don't always do that » (Julie, étudiante sage-femme).

« Question: What are your expectations for your training?

Naomie: Hum... more classes. Because we don't have it much, a lot here. That's the most thing that I'm expecting more » (étudiante sage-femme).

« More courses would be nice. Prenatal and postnatal. And for birth » (Megane, étudiante sage-femme).

Elles sont aussi conscientes de la nécessité de savoir gérer les situations d'urgence. Des cours de réanimation néonatale, ainsi que sur les urgences obstétricales leur sont prodigués à une fréquence plus importante que recommandé par l'OSFQ, en raison de leur contexte d'éloignement.

« Question: What in all the training that you received did you find was the most helpful to you in your daily practice?

Emilie : Having the midwives teaching us complications and all that. And when it happens in real life, what I was taught is really helpful » (sage-femme).

Elles semblent donc très responsables dans leur rôle de professionnelle de santé, se devant d'assurer des soins de qualité et sécuritaires.

b) Emergence de la santé communautaire

Elisapi paraît déçue de devoir s'atteler à d'autres sujets plus préoccupants pour la santé de sa communauté que la transmission du patrimoine culturel. En effet, « le culturellement approprié » semble englober maintenant la prévention de nouvelles problématiques de santé retrouvées chez les populations autochtones dont les Inuits.

« I keep it alive myself what my mother used to tell me. I'm not sure though. I'm not sure if I'm doing a good job. Maybe I'm not. I'm just telling women stop drinking alcohol throughout your pregnancy. That's one main thing I'm going after now » (Elisapi, sage-femme).

Elle s'implique beaucoup dans la lutte contre le syndrome d'alcoolisme fœtal, contre les mauvaises habitudes alimentaires avec l'apparition de la « malbouffe » au détriment des « aliments du terroir », contre l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles et dans d'autres sphères de santé publique.

« Each time, I learned something new and it really got into my heart, then I want to notify the community about it. Anything to do with community health » (Elisapi, sage-femme).

Anna, quant à elle, s'est penchée aussi sur certaines pratiques préventives, notamment le programme de nutrition prénatale propre au Nunavik. C'est un programme comparable au programme oeuf-lait-orange (OLO) dans le reste du Québec, mais un peu plus large et axé sur les « aliments du terroir ». Il est financé par des organismes communautaires.

« And the training is... a lot of it is preventative... but I think that's what made it interesting for me too » (Anna, sage-femme).

« When a woman is pregnant, the whole community would make sure that the pregnant woman is well fed. And we still practice those. Good food [country food] is prevention of anything that could go wrong during labour or birth » (Anna, sage-femme).

C'est par le biais de cours prénataux de groupe, de visites pré et post-natales à la maison, d'interventions dans les écoles et à la radio communautaire qu'Elisapi, Anna, et les autres sages-femmes peuvent assurer la promotion de la santé des femmes et des enfants dans leur communauté. Elles ont ces facilités linguistiques, culturelles et d'appartenance à la communauté pour que les messages soient entendus et acceptés. Elisapi, déplore néanmoins que les professionnels de santé allochtones n'accordent pas plus de priorité à des pratiques préventives et de promotion de la santé.

« How come doctors come here and they just come here and not teach the community what they've learned? » (Elisapi, sage-femme).

2.2 Concernant les facteurs facilitants et les obstacles à leur apprentissage du savoir traditionnel et des techniques/normes de soins modernes

Le programme de formation, nous l'avons vu, n'est pas la voie majoritaire d'apprentissage du savoir traditionnel par les sages-femmes et les étudiantes inuites, à part de temps à autre pour les étudiantes, grâce au système de mentorat. Ce chapitre est de ce fait, beaucoup plus axé sur les facteurs facilitants et les obstacles associés à leur apprentissage des techniques et normes de soins de l'obstétrique moderne mais, néanmoins, dans un contexte culturel spécifique.

2.2.1 Facteurs facilitants de cette formation

a) Apprentissage sur le terrain

D'après les citations précédentes, il semble que l'enseignement sur le terrain à l'aide du système de mentorat soit apprécié par les étudiantes, en raison de son adéquation culturelle. Les autres entrevues nous donnent la même information : que ce soit en pré, per ou post natal, ce qui a aidé le plus les étudiantes dans leur apprentissage sage-femme a été la pratique « hands-on ».

« Question: And what was the more informative to you? Where did you find that you learned the most?

Kelly: The hands-on learning » (étudiante sage-femme).

Le fait d'être de garde fréquemment avec des sages-femmes diplômées leur a permis, par une plus grande exposition à différentes situations, d'apprendre sur le terrain plus vite. En effet, leur système de garde (1 semaine de garde pour chaque sage-femme, jumelée avec une étudiante et une autre sage-femme) implique un système de mentorat où l'étudiante

bénéficie d'une exclusivité, en dehors des heures routinières de consultation où d'autres étudiantes sont présentes.

« Being on-call, and as a student it was very helpful. Like, it was only me and a teacher. So I had my chance of learning » (Julie, étudiante sage-femme).

b) Respect de leur culture : philosophie d'enseignement

Le programme de formation sage-femme du centre de santé Inuulitsivik comprend une philosophie d'enseignement adaptée à la culture inuite. Les sages-femmes et les étudiantes apprécient certains aspects de cette philosophie que nous allons détailler ci-dessous.

- Flexibilité du programme

Les sages-femmes ont complété leur formation sur une période variant de deux à six ans. Les étudiantes, quant à elles, n'ont pas de plan précis concernant la durée de leurs études, en moyenne quatre à six ans. Elles veulent se sentir prêtes à être autonomes dans l'exercice de leur profession, avant de recevoir leur diplôme. Anna a apprécié avoir cette liberté de temps quant au déroulement de ses études et des objectifs à atteindre. De plus, elle se sentait respectée dans son rythme d'apprentissage.

« There was no set date for me to complete my course. There was no set date like the formal course, or... There was no grading of pass or fail, so therefore, you're a failure. Blah, blah, go away... But it wasn't anything like that » (Anna, sage-femme).

- Formation continue

Les sages-femmes travaillent en collaboration avec une équipe multidisciplinaire (médecins de famille et spécialistes, travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers). Cette exposition à d'autres corps de métier constitue une ressource importante, quant à la possibilité d'élargir

ou de mettre à jour leurs connaissances. De plus, elles bénéficient de formations variées concernant le domaine de la périnatalité. C'est une des facettes de leur métier qu'elles apprécient en général beaucoup.

« I am still learning today. Even though I have been working. When I got my diploma it didn't stop me from learning more things » (Emilie, sage-femme).

- Partage des connaissances

Au sein de leur équipe, elles valorisent beaucoup le partage des connaissances et des expériences qu'elles ont pu vivre. La transmission orale joue un rôle clef dans la transmission de ce savoir subjectif traditionnel ou moderne.

« I mean, if I learn something new. It happens during my work, I would share with others » (Emilie, sage-femme).

2.2.2 Obstacles à cette formation

Elles nous ont indiqué dans les entrevues les difficultés qu'elles vivent ou ont vécues pendant leur cursus d'apprentissage, difficultés majoritairement reliées à leurs spécificités culturelles ou géographiques. Nous allons les détailler ci-dessous.

a) Obstacles culturels

Nouveau mode d'apprentissage

Dans la tradition intellectuelle occidentale, l'expression écrite est utilisée pour consigner objectivement des concepts ou autres réalités dans des livres, et la lecture pour l'apprentissage de ces mêmes concepts. Les sages-femmes et les étudiantes ont dû s'adapter à ce nouveau mode d'apprentissage, loin de leur tradition de transmission orale.

« Going through by books. This one I tell you: going through by books. That was hard » (Sofia, sage-femme).

Barrière linguistique

- Absence de bilinguisme

Toutes les sages-femmes ou étudiantes inuites ne maîtrisent pas parfaitement une langue seconde et peuvent éprouver de la difficulté à recevoir un enseignement dans une langue autre que leur langue maternelle. Par contre, les nouvelles étudiantes bénéficient du soutien et de l'expérience de leurs aînées dans ce domaine.

- Vocabulaire médical

Se familiariser avec le vocabulaire médical semble avoir été un défi important durant leurs études, étant donné l'absence fréquente de traduction inuite pour des termes médicaux spécifiques. Maria avoue avoir même eu de la difficulté à se familiariser avec le vocabulaire inuktitut d'anatomie. Le dictionnaire d'anatomie anglais-inuktitut élaboré par un des résidents inuits de Puvirnituk ne lui a donc pas été d'une grande aide.

« Like first I started reading about the anatomy which I didn't really understand. I would get lost what this meant and...the other words, Like I kept saying: why can't they just use simple English words for this? » (Maria, sage-femme).

Absence de référence médicale inuite

Les données retrouvées dans la plupart des manuels ou des revues d'obstétrique sont basées sur des études de population non inuite et peuvent ne pas correspondre, comme le souligne Anna, à leur réalité en tant que groupe ethnique spécifique. Cela complique d'autant plus

leur apprentissage, parce qu'elles doivent elles-mêmes adapter certaines connaissances obstétricales aux besoins de leurs communautés.

« The difficulties about learning are that obstetrician books [...] is based on research of another race, which is different. Because a qallunaat [non inuit] woman, when she loses 500 millilitre of blood, she's going to feel very weak, but for us we can stand to loose a lot more. A woman could loose 800 millilitres [...] and she'll still help you make the bed if you need help. And these are the things that they don't learn in books. So if I lost like 600 millilitres, that would be considered post-partum haemorrhage. But in our anatomy, as Inuit, I'm still very alert,... you know » (Anna, sage-femme).

b) Obstacles liés à la situation géographique

Les régions éloignées connaissent une pénurie importante de personnel médical stable. Le Nunavik est fortement touché par cette situation et les autochtones doivent s'adapter à un roulement important de leurs professionnels de santé, notamment des sages-femmes allochtones. Les étudiantes se plaignent de devoir toujours s'adapter à de nouvelles personnes, ayant des aptitudes ou des volontés d'enseignement inégales. Cela entrave la régularité de leur apprentissage et peut même affecter leur motivation.

« It's really hard for me to have different teachers. They change like every 3-4 weeks. And some are very caring and wants to teach very much. But some are, like sort of not want to » (Naomie, étudiante sage-femme).

« We need a southern midwife here. Like permanent, not permanent, but someone there. To learn more. The southern midwives tend to go and come back » (Megane, étudiante sage-femme).

Les sages-femmes inuites s'impliquent de plus en plus avec les nouvelles recrues étudiantes, mais la tâche de l'enseignement théorique et le suivi de leur dossier incombent toujours majoritairement aux sages-femmes allochtones.

Chapitre 3 – Discussion

Notre recherche concerne le programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik en vigueur depuis 1986, et ses objectifs d'enseignement, plus particulièrement la mixité de l'enseignement de deux savoirs (traditionnel et moderne) afin d'offrir aux femmes enceintes des services de qualité et culturellement appropriés (Epoo & Van Wagner, 2005; Van Wagner et al., 2007). Néanmoins, les résultats de notre étude ne permettent pas de confirmer la réintégration du savoir traditionnel dans la pratique des sages-femmes autochtones. De plus, ceux-ci soulèvent certaines difficultés vécues par les étudiantes, majoritairement dans leur apprentissage de l'obstétrique moderne.

Nous allons donc, dans un premier temps, essayer de mieux comprendre la problématique reliée au savoir traditionnel et à l'adéquation du programme de formation quant à sa transmission. Puis, nous allons émettre quelques recommandations visant d'une part à mieux cerner les volontés des communautés face à leur patrimoine culturel et d'autre part, à bonifier ce programme dans l'atteinte de ses deux objectifs d'enseignement.

1. Les fondements de notre étude

La réintégration des naissances dans les communautés inuites du Nunavik (Baie d'Hudson), à partir de 1986, s'est accompagnée de la création d'un programme local de formation de sages-femmes autochtones. Le but d'un tel programme était que les femmes inuites puissent bénéficier de services sécuritaires et culturellement appropriés (RRSSSN & Groupe de travail des sages-femmes du Nunavik, 2002). Ce programme est, de ce fait, principalement axé sur deux types d'enseignement :

- a) l'enseignement de l'obstétrique moderne pour satisfaire les exigences de soins sécuritaires, et
- b) la réintégration des pratiques traditionnelles pour satisfaire le besoin de ces communautés en matière de soins culturellement appropriés (Van Wagner et al. 2007).

La reconnaissance récente des compétences professionnelles des sages-femmes autochtones par l'OSFQ, ainsi que par certains auteurs (Blais & Joubert, 1997; Houd et al., 2003), relatant les statistiques périnatales des maisons de naissance du Nunavik cautionne la qualité de l'enseignement prodigué, en termes d'adéquation avec les normes et protocoles de l'obstétrique moderne. Concernant la réintégration des pratiques traditionnelles, aucune étude ne permet d'entrevoir la place actuelle du savoir traditionnel dans les connaissances et/ou dans la pratique des sages-femmes inuites. De plus, aucune modalité pédagogique n'est détaillée dans la littérature, permettant de mieux appréhender comment, dans un programme de formation professionnelle, l'enseignement du savoir traditionnel peut être développé et trouver sa place au sein des normes et des protocoles de l'obstétrique moderne. Cette absence de donnée dans la littérature a donc suscité notre intérêt et motivé notre recherche telle qu'elle est présentée au premier chapitre.

2. Principaux résultats de l'étude : mise en contexte par rapport à ce qui existe dans la littérature

L'ONSA (2008) indique que le programme de formation de sages-femmes autochtones du Nunavik a permis de développer un modèle exemplaire de la profession de sage-femme autochtone au Canada et

qu'il demeure une source d'inspiration pour toutes les sages-femmes autochtones et pour toutes les communautés autochtones qui cherchent à rétablir les pratiques traditionnelles d'accouchement.

Néanmoins, les résultats de notre étude ne permettent pas de confirmer le rétablissement des pratiques traditionnelles par le biais des sages-femmes autochtones, au sein des communautés inuites concernées par ce programme. Nous allons essayer de mieux cerner l'évolution historique ainsi que le contexte actuel entourant le savoir traditionnel afin de comprendre pourquoi nos résultats ne concordent pas avec un des objectifs principal développé par ce programme. Le fait que la revue de la littérature à ce sujet ne soit pas développée nous incite à beaucoup de précautions dans les paragraphes suivants.

2.1 Le savoir traditionnel

Que ce soit par la recension des écrits ou par les données recueillies dans le cadre de notre étude chez les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes, nous n'avons pu répertorier que très peu de pratiques traditionnelles spécifiques à la région du Nunavik. Ces résultats sont surprenants si l'on se fie aux objectifs du programme de formation d'assurer une formation mixte (moderne et traditionnelle) (Van Wagner et al., 2007), et de la volonté des sages-femmes interrogées de cette mixité au sein de leur pratique.

2.1.1 Évolution historique : les effets des transferts sur la transmission du savoir subjectif

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) émet le constat que de nombreuses pratiques ou connaissances traditionnelles se sont perdues, suite à la colonisation des peuples autochtones. Les manœuvres ou remèdes utilisés par les Inuits pour résoudre des complications ou des urgences pendant la période périnatale ne sont pas

ou peu expliqués que ce soit dans la littérature ou dans notre recherche; même si Carroll et Benoit (2004) nous indiquent que les sages-femmes traditionnelles devaient être habiles avec certaines manœuvres obstétricales, et « devaient savoir précisément quand utiliser des remèdes naturels pour prévenir l'apparition de complications ». Plusieurs auteurs (Fletcher, 1993; Jasen, 1997; Douglas, 2006) attribuent cette situation aux effets des transferts des femmes et à l'absence complète d'accouchement dans les communautés dans les années 1980.

De plus, les anciens ayant perdu leur rôle pendant cette période ont, pour la plupart, refusé de s'investir à nouveau auprès des femmes enceintes, malgré l'ouverture de la maternité de Puvirnituk (Fletcher, 1993) en 1986. Pourtant, un des objectifs de ce projet était de renouer avec l'implication des aînés dans le processus de la naissance. Or, ceux-ci sont demeurés distants face à cette initiative et peu enclins à partager leurs savoirs. Fletcher (1993) invoque plusieurs raisons pour justifier ce manque de participation. Tout d'abord, la maternité est intégrée au centre hospitalier, institution que les anciens considèrent comme non inuite. De plus, pour eux, ce lieu est réservé aux personnes présentant des problèmes de santé, et n'est pas fait pour recevoir des femmes enceintes et leur nouveau-né. Ils ne ressentent pas non plus l'utilité de leur présence, étant donné le personnel médical allochtone sur place et les sages-femmes inuites en formation.

D'après les témoignages de nos participantes, cette situation de moindre investissement des aînés auprès des femmes enceintes perdure. Le retour des naissances au Nord n'a vraisemblablement pas pu réparer l'espace manqué de partage et de transmission du

patrimoine culturel, pendant les années 1980 et ce, malgré la volonté actuelle des sages-femmes et des étudiantes de protéger et de promouvoir ce patrimoine.

2.1.2 Les « pratiques » d'accouchement : une vision occidentale?

Sans vouloir remettre en question les effets des transferts, il semble néanmoins pertinent de se pencher sur une autre façon d'aborder ce sujet. En effet, les témoignages de nos participantes concernant les accouchements et les pratiques traditionnelles, laissent sous-entendre que les anciens ont une philosophie et une approche différentes de celles des sociétés occidentales. Nous allons tenter de comprendre ces différences en prenant comme exemple les postures recommandées pour l'accouchement. En effet, la pratique occidentale concernant les postures d'accouchement est majoritairement la suivante : les femmes accouchent en décubitus dorsal ou en demi-assise. La pratique inuite concernant les postures d'accouchement ne semble tout simplement pas exister; il n'y a pas de règle, il n'y a pas de pratique :

- Jasen (1997) indique que les femmes de l'Hudson faisaient simplement confiance à leur instinct pour mettre au monde leur enfant. C'était pour elles un acte naturel.
- Les témoignages des anciens d'Iqaluit (Nunavut), cités par Douglas (2006), mettaient l'emphase sur l'autonomie des parturientes, quant au choix des positions qu'elles souhaitaient adopter pour accoucher.
- Une sage-femme ayant participé à l'étude a tenu des propos identiques :
 - « When the elders are at the birth, they just go : Just follow your body. Be how you want to be ».

- Une étudiante sage-femme inuite explique que les anciens déplorent que les accouchements soient de plus en plus médicalisés, et que cette médicalisation contingente toutes les parturientes dans la même pratique de posture d'accouchement.

Cela pourrait suggérer que l'appellation « pratique » appartient au vocabulaire occidental tandis que les Inuits sont plus centrés sur l'écoute de leurs instincts et de leurs besoins corporels.

2.1.3 Le savoir traditionnel objectif : encore présent

Nous avons pu répertorier une trentaine de croyances ou codes de conduite, en relation avec la période prénatale et connues par les sages-femmes et les étudiantes inuites. Plusieurs de ces croyances sont citées dans la littérature (Fletcher, 1993; Saladin d'Anglure, 2006; McNiven, 2007). Se conformer à ces rituels permet de prévenir des complications pouvant survenir pendant l'accouchement. Il semble donc qu'il y ait une sauvegarde à ce niveau, même si certains rituels ont dû s'adapter aux nouvelles réalités de la société inuite. Les participantes à notre étude ont appris ces croyances lors de leur parcours personnel et non dans le cadre de leur formation professionnelle. C'est aussi vraisemblablement en tant que membre d'une communauté qu'elles souhaitent faire perdurer ces traditions et non en tant que professionnelle de santé.

2.2 Enseignement mixte (traditionnel et moderne) au sein d'un programme de formation destiné aux autochtones

Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, les objectifs principaux des programmes de formation des sages-femmes autochtones au Canada sont d'allier

l'enseignement des pratiques traditionnelles et l'enseignement des nouvelles technologies et normes de soins.

Or, les résultats de notre étude, concernant le programme au Nunavik en place depuis plus de vingt ans, ne démontrent pas une intégration réelle des pratiques traditionnelles, que ce soit dans les connaissances ou dans la pratique des sages-femmes et des étudiantes. De plus, le programme lui-même n'est jamais cité comme une source d'apprentissage d'un quelconque patrimoine culturel, à part très sporadiquement dans une circonstance particulière qu'est le mentorat.

Par contre, la conformité de la formation vis à vis de l'acquisition par les sages-femmes inuites de normes de compétences professionnelles de qualité, telles que reconnues par un ordre professionnel, semble tout à fait adéquate. En effet, l'OSFQ fournit, depuis septembre 2008, aux nouvelles sages-femmes diplômées par le Nunavik un permis de pratique, ce qui valide la qualité de leur formation. De plus, les résultats de notre étude indiquent que les sages-femmes et les étudiantes ont aussi cette volonté d'acquérir une formation de qualité, afin d'offrir aux femmes de leur communauté des services sécuritaires.

La difficulté retrouvée dans la mixité de l'enseignement de ces deux savoirs (traditionnel et moderne) semble donc être liée plus particulièrement au savoir traditionnel.

2.2.1 Le savoir traditionnel : une responsabilité communautaire

L'ONSA (2004), dans sa définition d'une sage-femme, reconnaît que « les meilleures sages-femmes sont celles qui ont une formation officielle, de même qu'une connaissance culturelle pertinente des pratiques sociales et rituelles ». L'ONSA ne nous indique pas que la formation doit nécessairement être responsable de l'acquisition par les sages-femmes

autochtones de ces pratiques. De plus, les résultats de notre étude démontrent une responsabilité communautaire dans la passation du savoir traditionnel, selon une méthode traditionnelle de transmission orale. C'est ainsi que les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes ont pris connaissance, comme les autres femmes de la communauté, de leurs traditions, essentiellement des croyances ou codes de conduite, dans le domaine de la périnatalité; et c'est ainsi qu'elles souhaitent elles-mêmes le transmettre.

2.2.2 L'évolution de la société inuite

La culture est un phénomène dynamique qui évolue pour s'adapter aux nouvelles données sociales, dans le respect de l'intégrité des valeurs fondamentales (Commission Royale sur les peuples autochtones, 1996).

La communauté, et plus particulièrement les anciens, nous l'avons vu, sont en charge de la transmission du patrimoine culturel aux nouvelles générations. Les témoignages de nos participantes nous indiquent l'évolution de deux données sociales pouvant altérer ce processus traditionnel de transmission.

a) Le rôle des anciens

Plusieurs participantes à notre étude sont préoccupées par le manque d'investissement des aînés au sein de leurs communautés. Les aînés permettraient de maintenir un équilibre, une harmonie dans la société inuite, de par leur soutien et leurs conseils empreints de sagesse qu'ils prodiguent aux personnes en demande et à la nouvelle génération. De plus, ils joueraient un rôle prépondérant dans l'éducation des enfants et des jeunes à qui ils transmettent leurs connaissances traditionnelles. Les *angijukqauqatigiit* bénéficient ainsi, de par ce statut privilégié, du respect des autres membres de leur communauté (Pauktuutit

Inuit Women of Canada, 2006). Selon les sages-femmes inuites, les anciens ne possèdent plus autant ces rôles traditionnels.

b) La nouvelle génération

Une des sages-femmes interrogées déplore que les jeunes n'aient plus le même comportement d'écoute et de considération vis-à-vis de leurs aînés. Les conseils et l'information qu'elle leur transmet, telle une *angijukqauqatigiit*, ne semblent pas retenir leur attention. Il se pourrait donc que la nouvelle génération ne soit plus très réceptive à ce mode de transmission traditionnelle de leur patrimoine culturel.

2.2.3 Conclusion

Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes font très nettement la distinction entre le besoin de rigueur d'une formation professionnelle devant respecter un enseignement de qualité, conforme à des normes de compétences professionnelles; et leurs besoins culturels de liberté quant à l'opportunité et aux modalités d'apprentissage de leurs traditions. En effet, concernant leur formation professionnelle, elles aspirent à une meilleure assise théorique de leurs compétences professionnelles et à plus d'expositions cliniques afin d'être plus performantes. Concernant leur patrimoine culturel, elles ont à cœur de le protéger et de le promouvoir par le biais d'initiatives individuelles ou communautaires, en respectant leur mode traditionnel de transmission, et leur rythme. Elles n'envisagent vraisemblablement pas d'encadrement par leur programme de formation.

3. Considérations méthodologiques

Nous avons décidé, dans cette étude, de n'inclure que des participantes inuites et de les écouter attentivement nous parler de leur formation, de leur vécu face à ce nouveau mode d'apprentissage et face à leur volonté de protéger et de promouvoir leur patrimoine culturel.

3.1 Originalité de ce travail au niveau méthodologique

3.1.1 Volonté de n'inclure que des participants autochtones pour les besoins de cette recherche

Nous voulions, dans cette étude, avoir un point de vue « inuit » concernant les sujets qui nous préoccupaient. Nous avons donc élaboré un questionnaire destiné uniquement aux sages-femmes et aux étudiantes autochtones et nous avons décidé de ne pas solliciter d'autres professionnels de santé allochtones dont la participation aurait néanmoins pu être pertinente (à cause de leur grande connaissance du milieu ou de leur participation à l'élaboration du programme de formation sage-femme du Nunavik ou de leur implication politique, etc.).

3.1.2 Taux de participation à l'étude très satisfaisant

Comme nous l'avons rappelé dans notre revue de littérature, peu d'études ont été réalisées dans les communautés autochtones inuites. Néanmoins, les études qualitatives que nous avons consultées révèlent systématiquement une sous participation des personnes sollicitées, entraînant un biais important en raison d'un échantillonnage par défaut ou sous représentatif. Pour notre recherche, nous avons pu recruter nos participantes au sein des trois villages concernés et, de plus, recruter les étudiantes sages-femmes à des niveaux

différents d'apprentissage, afin de cibler des cas riches. Nous pensons donc avoir un échantillonnage représentatif de la population à l'étude.

3.1.3 Richesse des entrevues

Nous avons été surprise de la richesse des entrevues et de la façon dont nos participantes ont pu se confier à la personne qui menait les entrevues.

La chercheuse principale, ayant travaillé avec la plupart des intervenantes, pouvait établir, en présentant l'étude, un premier contact permettant assez facilement d'établir un climat de confiance, d'intérêt et de respect. La personne en charge des entrevues avait travaillé, elle aussi, pendant plusieurs années au Nunavik, dans un autre secteur de santé. Elle était donc connue de nos participantes. Son implication passée dans les communautés, ainsi que sa bonne connaissance du milieu ont vraisemblablement favorisé le bon déroulement des entrevues (ainsi probablement que le taux de participation), comparativement à d'autres équipes de chercheurs qui n'ont pu être que de passage au Nunavik. Les données recueillies n'en sont que plus proches des réalités que nous souhaitions appréhender, d'où l'augmentation de la fidélité de notre étude.

3.2 Limites et biais de l'étude

Afin de mieux appréhender la validité méthodologique de notre étude, nous nous sommes penchée sur les «cinq critères de la rigueur méthodologique» décrits par Van der Maren (2004). Nous allons les détailler ci-dessous.

3.2.1 Le rapport des données au réel (fidélité)

a) Absence de triangulation

Une des limites de notre recherche, pouvant altérer la fidélité des données obtenues, concerne notre unique voie d'aller chercher celles-ci. Nous nous sommes effectivement concentrée sur un seul outil de recueil de données (entrevues semi-structurées). L'observation participative du comportement et de la pratique des sages-femmes inuites pendant les consultations prénatales et les accouchements aurait pu être un outil complémentaire.

b) Difficultés linguistiques

Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes possèdent généralement une bonne maîtrise de l'anglais. Néanmoins, une de nos participantes semble avoir éprouvé de la difficulté avec le fait de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue maternelle. Une autre participante nous a indiqué aussi que son entrevue aurait été certainement plus riche si elle avait été conduite en inuktitut. Il aurait donc été idéal que les participantes aient le choix entre l'anglais et l'inuktitut pour les entrevues, ce qui n'a pas été réalisable pour des raisons de budget. Cela aurait pu, néanmoins, augmenter la fidélité des données recueillies.

3.2.2 Le rapport des données au concept (validité)

Le peu d'écrits concernant nos sujets de recherche complique la vérification de la validité de nos données. En effet, nous ne pouvons obtenir « le consensus d'une communauté de chercheurs sur les inscriptions qui permettent de prononcer un concept dans un énoncé » (Van der Maren, 2004). Nous avons pu, malgré tout, bénéficier de certaines balises, provenant de données de la littérature autochtone, nous permettant d'encadrer nos résultats et d'en assurer au mieux la validité.

3.2.3 La consistance programmatique (validité interne)

Comme le soulignent Berg & Smith (1985), « le chercheur est un complexe de forces affectives et cognitives qui influence la conduite de l'enquête ». La chercheuse principale ayant travaillé pendant plusieurs années comme sage-femme au sein des communautés inuites du Nunavik pourrait avoir inconsciemment fait des choix méthodologiques, guidés par cette expérience nordique et par ses préconceptions du milieu à l'étude. Nous avons néanmoins été consciente de cette possible influence et nous avons essayé de la limiter dans la mesure du possible. Ainsi :

- a) Plusieurs personnes avec des parcours professionnels et personnels différents ont été consultées au moment de l'élaboration des questionnaires de recherche; et,
- b) la personne qui conduisait les entrevues n'était pas familière avec la pratique sage-femme.

3.2.4 Le rapport des conclusions à la réalité (validité externe)

Notre étude concerne les communautés inuites du Nunavik et, plus particulièrement, celles de la Baie d'Hudson. La plupart de nos données sont vraiment spécifiques à ces communautés, ce qui limite la validité externe de notre étude. Cela peut néanmoins suggérer des pistes de recherche permettant d'aller vérifier si certains de nos résultats sont valides chez les autres populations autochtones du Canada bénéficiant d'un programme de formation de sages-femmes autochtones.

4. Implications et recommandations pour la formation des sages-femmes autochtones et la santé publique

Dans cette section, nous allons tout d'abord mettre en parallèle les résultats de notre recherche et les implications qu'ils peuvent avoir pour la santé publique. Puis, nous allons émettre des recommandations concernant la formation des sages-femmes autochtones au Nunavik en tenant compte de nos objectifs de recherche et des données obtenues et présentées au deuxième chapitre.

4.1 Implications pour la formation des sages-femmes autochtones au Nunavik et la santé publique

4.1.1 Le bilan concernant le savoir traditionnel

Notre étude a permis de faire le bilan des pratiques traditionnelles connues et/ou utilisées par les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes inuites du Nunavik, plus de vingt ans après le retour des naissances dans les communautés. La promotion de ces pratiques faisait partie des objectifs principaux de leur programme de formation. Ces pratiques sont quasiment inexistantes, même si les sages-femmes et les étudiantes avaient/ont la volonté, comme nous l'avons vu au cours de nos entrevues, de protéger et de développer leurs connaissances en la matière. Les croyances ou codes de conduite, associés avec la période périnatale semblent bénéficier d'une meilleure transmission, et relèvent d'une responsabilité communautaire.

L'ONSA (2008) indique que « la perte des pratiques traditionnelles dans le domaine des naissances et de l'aide à l'accouchement est directement liée à la perte de l'identité

culturelle ». Certains auteurs (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996; Van Wagner et al., 2007) associent la réintégration du savoir traditionnel, et plus particulièrement au niveau de la périnatalité, à « un renouvellement de sens et d'identité culturelle pouvant servir à rétablir la santé dans les communautés » (RRSSSN & Groupe de travail des sages-femmes du Nunavik, 2002). Si les communautés inuites abondent dans ce sens, alors, il semble urgent de développer rapidement des outils pour remédier à cette situation et permettre aux communautés de retrouver leurs traditions.

4.1.2 Le programme de formation de sages-femmes autochtones au Nunavik

Le programme de formation de sages-femmes autochtones au Nunavik ne semble pas avoir pu atteindre son objectif d'allier deux concepts d'enseignement : la promotion des pratiques traditionnelles et le respect de qualité des soins et des pratiques enseignées, en accord avec les normes occidentales. Nous n'avons donc, malheureusement, pas pu avoir de réponse concernant la gestion de la réintégration des pratiques traditionnelles dans un système de normes et de protocoles à respecter. Il demeure néanmoins primordial que la formation au savoir traditionnel bénéficie d'une validation par les communautés et les praticiens de la biomédecine avant d'être recommandée dans une formation professionnelle pour garantir la qualité des services et la sécurité pour les bénéficiaires. D'autres études concernant, entre autres, les programmes de formation de sages-femmes autochtones au Canada seront donc nécessaires afin de mieux cerner cet intérêt de recherche.

4.2 Recommandations pour la formation des sages-femmes autochtones au Nunavik et la santé publique

L'accès rapide aux soins, la qualité des soins et les soins culturellement appropriés sont des thèmes abordés de façon récurrente dans le domaine de la santé en Amérique du Nord (Caron, 2006) quand il s'agit d'améliorer les services de santé.

Concernant le « culturellement approprié », il est nécessaire que les professionnels de santé et les communautés autochtones définissent un peu plus clairement leur vision à ce sujet. Ainsi, il serait possible de mieux cibler les stratégies à développer pour atteindre, particulièrement par des programmes de formation professionnelle, cet objectif culturel ayant un profond impact : de meilleurs services de santé.

4.2.1 Des soins culturellement appropriés à ...

La compétence professionnelle sur le plan culturel est un sujet d'intérêt important dans le domaine de la santé. Caron (2006) explique que

nos croyances, nos traditions et nos valeurs peuvent avoir un impact non seulement sur nos perceptions de la santé et de la maladie, mais également sur nos attentes et sur nos choix de santé.

La compétence sur le plan culturel est donc, selon elle, « un outil nécessaire à la gestion des situations médicales ». La SOGC, dans une déclaration de principe (2000), indique que les professionnels de santé devraient fournir aux autochtones « des soins de santé adéquats dans leur contexte culturel » et que ces derniers devraient « être traités dans leur propre langue autant que possible ». La formation de sages-femmes autochtones du Nunavik semble avoir satisfait les exigences pré citées en matière de soins culturellement appropriés.

Le regroupement de sages-femmes du Nunavik confirme, en 2007, que « la présence de sages-femmes autochtones permet que les femmes soient entourées de leur propre culture, nourritures et langage » (McNiven, final report, 2007).

Par ailleurs, la SOGC (2000) recommande de développer des ressources pour la santé des autochtones. Une des stratégies proposées concerne le soutien que devraient apporter les communautés et les professionnels de santé à « la création de programmes et de services de santé destinés aux peuples autochtones et gérés par la communauté ». Suite à ces considérations et dans une optique de santé publique, il semble donc important que de tels programmes de formation soit soutenus et développés afin d'élargir l'accès des femmes enceintes autochtones, vivant pour la plupart en région éloignée, à des services périnataux appropriés sur le plan culturel.

4.2.2 ... une réintégration des pratiques traditionnelles

La réintégration des pratiques traditionnelles dans la pratique sage-femme semble constituer une étape supplémentaire dans cette nécessité d'améliorer les connaissances culturellement appropriées qu'il faudrait acquérir pour soigner les autochtones. Le premier regroupement de sages-femmes au Nunavik, en 2007, s'est d'ailleurs penché sur cette question de la culture et du savoir traditionnel, comme moyen d'améliorer les soins périnataux communautaires (McNiven, final report, 2007). De plus, cela semble être associé pour les communautés, nous l'avons vu, à une volonté de redéfinir leur identité culturelle. Les communautés doivent donc être en mesure, elles-mêmes, de fixer leurs priorités concernant ce sujet de la réintégration du savoir traditionnel comme méthode de guérison. Une collaboration avec des praticiens de la biomédecine et de la santé publique

demeure néanmoins nécessaire afin de planifier des stratégies de développement en la matière qui permettent d'assurer la sécurité et la qualité des services dispensés. Plusieurs points mériteraient d'être soulevés :

a) Établir avec les membres des communautés inuites leur volonté face à cette situation. Sont-ils concernés par cette évolution de leur patrimoine culturel? Est-ce, selon eux, une évolution naturelle? Souhaitent-ils développer des outils permettant d'essayer de modifier les données actuelles? Ont-ils besoin d'aide?

b) Comprendre plus précisément et analyser les difficultés encourues quant à la réintégration des pratiques traditionnelles par le programme de formation des sages-femmes autochtones.

c) Déterminer l'adéquation d'un programme de formation professionnelle comme outil de transmission et de protection d'un savoir traditionnel. Si la pertinence est établie, quelles mesures pourraient être entreprises afin de rectifier l'atteinte de cet objectif? Si non, d'autres modalités possibles de transmission devraient être identifiées et développées.

Tous ces sujets méritent d'être approfondis par les défenseurs des pratiques traditionnelles ainsi que par les défenseurs de la biomédecine actuelle afin, d'une part, de pouvoir redéfinir le « culturellement approprié » pour leur région et, d'autre part, de concilier le respect de la culture et la sécurité des soins dispensés.

4.3 Recommandations pour le programme de formation des sages-femmes autochtones au Nunavik

Le SMIAG (2002), nous l'avons vu dans un chapitre précédent, décrit plusieurs composantes de base d'un programme éducatif destiné à former des accoucheuses

traditionnelles qualifiées, pour permettre à celles-ci, une fois diplômées, d'être en mesure de prodiguer des soins de qualité et culturellement appropriés. Nous allons évaluer la conformité du programme de formation sage-femme du Nunavik, en regard de ces composantes d'après les témoignages des participantes à notre étude et des données retrouvées dans la littérature sur ce programme. Enfin, nous émettrons certaines recommandations.

4.3.1 Conformité du programme de formation sage-femme du Nunavik en regard des recommandations du SMIAG

Recommandations du Safe Motherhood Inter-Agency Group (2002)	Programme de formation des sages-femmes du Nunavik	
	Répond favorablement à ces critères de qualité	Gagnerait à être amélioré (d'après les témoignages de nos participantes)
Programmes devraient recevoir soutien et financement suffisant de la part des administrateurs du système de santé		√
Programme devrait refléter les réalités du système de soins dans lequel travailleront les accoucheurs (euses) qualifiés et tenir compte des connaissances dont disposent déjà ces accoucheurs (euses)	Aucune information à ce sujet	
Sites de formation devraient permettre aux étudiants d'acquérir des compétences en matière d'accouchement normal et compliqué	√ A Puvirnituk et Inukjuak	Nécessité de plus d'exposition pour les étudiantes du village de Salluit
Approche devrait être axée sur la compétence pour l'acquisition et l'évaluation des aptitudes	√	

nécessaires		
Sites de formation devraient être basés au niveau de la communauté	√	
Apprentissage théorique devrait être intégré à la pratique avec la place qui convient à la réflexion critique et à la résolution de problèmes pas seulement au rappel de faits		√ - Nécessité de plus d'organisation au niveau des cours théoriques - Enseignement par résolution de problèmes à considérer
Emphase à mettre sur l'acquisition de compétences en matière de counselling et de communication ainsi que sur l'importance de la satisfaction du client	√	
Enseignants des parties didactiques devraient avoir une bonne préparation pédagogique		√ Roulement important des enseignants entraîne un éclectisme au niveau des compétences d'enseignement de chacun et une absence de continuité
Moniteurs cliniques devraient être des praticiens compétents	√	
Matériel pédagogique à jour, complet et pertinent dans le contexte local	Aucune information à ce sujet	
Diplômes et certifications ne devraient être remis qu'aux étudiants qui démontrent qu'ils possèdent des compétences d'un niveau acceptable	√	
Possibilité de formation continue et de recyclage pour les praticiens (dont urgences obstétricales et	√	

réanimation néonatale)		
Normes et protocoles rigoureux et en adéquation avec le contexte local	Aucune information à ce sujet	

L'absence de prise en considération de la problématique liée au savoir traditionnel propre à un « contexte local » et sa place dans un programme de formation « avec des normes et des protocoles rigoureux » ne permet pas d'établir des recommandations pour le programme de formation des sages-femmes autochtones du Nunavik sur ce sujet. Par contre, ce programme rencontre la plupart des autres critères définis ci-dessus, à part quelques difficultés organisationnelles que nous allons détailler ci-dessous.

4.3.2 Recommandations suggérées tenant compte de ces critères et des commentaires des participantes à l'étude

Les recommandations que nous allons émettre ci-dessous tiennent compte des difficultés rencontrées par les sages-femmes autochtones au cours de leur formation et des modifications qu'elles suggèrent pour y remédier.

a) Concernant l'apprentissage de l'obstétrique moderne

Les étudiantes souhaitent majoritairement bénéficier d'un meilleur encadrement ainsi que d'une meilleure planification de leurs cours théoriques. Ainsi :

- des outils pourraient donc être développés afin de permettre aux étudiantes d'éprouver plus de satisfaction dans leurs études et d'uniformiser leur formation;
- les sages-femmes autochtones diplômées pourraient s'impliquer davantage dans la prise en charge des étudiantes afin de leur offrir plus de stabilité. En effet, le roulement important

des sages-femmes allochtones génère fréquemment une absence de continuité dans la formation des étudiantes et la nécessité de l'adaptation constante de celles-ci à de nouvelles méthodes d'enseignement.

De plus, les étudiantes de Salluit souhaitent bénéficier d'une plus grande exposition clinique afin de remplir plus rapidement leurs objectifs d'apprentissage pratique :

- il serait idéal de planifier adéquatement leur cursus d'apprentissage et de prévoir des périodes de stages cliniques dans une maison de naissances avec un nombre plus important d'accouchements.

b) Concernant leur apprentissage des pratiques/croyances traditionnelles

Les sages-femmes et les étudiantes ont exprimé clairement leur désir de promouvoir et de protéger leur savoir traditionnel dans le domaine de la périnatalité. Certaines d'entre elles ont entrepris des actions communautaires afin de sauvegarder leur patrimoine culturel. Nous pouvons cependant constater que ce sont, pour la plupart, des actions sporadiques. Aucun suivi ne semble avoir été assuré par la suite afin de faire fructifier leurs initiatives ou afin de développer une continuité dans la création d'un modèle d'interventions des aînés ou de diffusions des informations recueillies. Est-ce un manque de soutien du reste de la communauté ou est-ce une façon culturelle de procéder? Dans ce contexte, nous considérons que :

- Un consensus concernant la place à accorder à la réintégration du savoir traditionnel comme méthode de guérison pour les communautés inuites devrait être établi au niveau de la Baie d'Hudson afin que les sages-femmes puissent être supportées dans leurs actions.

- Il pourrait être utile pour celles-ci de développer, via leurs communautés ou via leur programme de formation, une vision à plus long terme des actions qu'elles entreprennent.
- Il semble aussi nécessaire de s'interroger sur les moyens permettant de solliciter l'implication des aîné(e)s, sages-femmes ou aidantes traditionnelles, afin qu'elles puissent, sur une base régulière, et pas nécessairement au sein de la structure hospitalière ou de celle du dispensaire, transmettre leurs connaissances et retrouver ou jouer leur rôle traditionnel.
- La collaboration entre les aînés, les sages-femmes et les praticiens de la biomédecine sera nécessaire si des pratiques traditionnelles sont révélées ultérieurement. Ceci permettrait de définir comment les intégrer de façon sécuritaire dans la pratique professionnelle de sage-femme réglementée par l'OSFQ.

4.4 Pistes de recherche suggérées pour poursuivre l'avancement des connaissances sur le sujet

Les suggestions de recherche ultérieures pour poursuivre l'avancement des connaissances sur le sujet ont été évoquées dans les chapitres précédents. Nous allons néanmoins les résumer dans ce qui suit:

- les modalités d'inclusion du savoir traditionnel dans une formation professionnelle pour garantir la sécurité et la qualité des services pourraient être soumises à d'autres recherches, étant donné l'absence de données retrouvées dans la littérature ainsi que dans notre étude sur ce sujet. Dans cette optique, des études concernant les autres programmes de formation de sages-femmes autochtones au Canada pourraient s'avérer pertinentes.

- les difficultés reliées à la réintégration à la pratique sage-femme du savoir traditionnel concernant le domaine de la périnatalité, sont préoccupantes, d'autant plus dans le contexte actuel où la littérature met l'emphase sur l'importance

d'aider les communautés à conserver ou à restaurer l'essentiel de leurs propres traditions quant à l'accouchement (Couchie & Sanderson, 2007).

Il serait intéressant de mieux comprendre cette réalité en consultant les communautés à ce sujet afin de déterminer leur définition du «culturellement approprié » et leur volonté face à leur patrimoine culturel ainsi que les actions qu'ils souhaitent entreprendre pour le sauvegarder. Est ce que le programme de formation de sages-femmes autochtones serait, selon eux, un des moyens de protéger et de promouvoir leur savoir traditionnel?

Conclusion

Notre recherche est axée sur le savoir traditionnel propre aux communautés inuites du Nunavik et sa relation avec le programme de formation des sages-femmes autochtones au Nunavik, en vigueur depuis 1986. En effet, ce programme comprend un objectif mixte d'enseignement : la réintégration des pratiques traditionnelles et l'enseignement d'une obstétrique moderne; afin que « les femmes n'aient pas à choisir entre leur culture et leur sûreté » (Couchie & Sanderson, 2007).

Les résultats de notre étude ne permettent pas, néanmoins, de confirmer la réintégration du savoir traditionnel dans la pratique actuelle des sages-femmes autochtones. En effet, nous pouvons émettre le constat du peu de pratiques traditionnelles connues et/ou utilisées par celles-ci (notamment l'utilisation de plantes et de remèdes traditionnels, les postures d'accouchement, les manœuvres obstétricales, etc.) en relation avec la période périnatale. Par contre, il semble y avoir une meilleure sauvegarde concernant les croyances ou les codes de conduite s'appliquant plus particulièrement en prénatal.

Nous avons pu constater l'évolution de certaines valeurs sociétales dans ces communautés pouvant affecter la transmission de ce savoir. En effet, les aînés et la génération des 15-20 ans ne semblent plus se conformer à certains aspects de leur rôle traditionnel respectif, soit, pour les aînés, la communication de leur culture et, pour les jeunes, le respect et un comportement d'écoute vis à vis de ces derniers et de leurs témoignages de vie. Par contre, les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes souhaitent protéger et promouvoir leur

patrimoine culturel, grâce à des actions communautaires et pas nécessairement dans le cadre de leur formation.

Concernant le volet de l'enseignement de l'obstétrique moderne, le programme semble satisfaire les exigences actuelles occidentales, étant validé par un ordre professionnel (OSFQ) depuis septembre 2008. De plus, les sages-femmes et les étudiantes sont conscientes de la nécessité de recevoir une formation de qualité. Elles aimeraient bénéficier d'un meilleur encadrement quant à leur formation théorique et reconnaissent l'importance d'être compétentes dans la gestion des urgences obstétricales et néonatales.

La difficulté retrouvée dans la mixité de l'enseignement des deux savoirs (traditionnel et moderne) semble donc être liée plus particulièrement au savoir traditionnel. D'autres études seront nécessaires afin d'établir avec les communautés, d'une part leur attachement face à leur patrimoine culturel, et d'autre part leur vision de la place d'un programme de formation professionnelle dans la transmission et la sauvegarde d'un tel patrimoine. Les communautés, les aînés et les praticiens de la biomédecine devront collaborer dans ce processus afin de garantir la sécurité et la qualité des services dispensés.

Bibliographie

- Baskett, F. (1978). Obstetric care in the central Canadian Arctic. *British Medical Journal*, 2, 1001-1004.
- Berg, D.N., & Smith, K.K. (1985). *Exploring clinical methods for social research*. Beverly Hill, CA : Sage Publications.
- Blais, R., & Joubert, P. (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Rapport final*. Ministère de la santé et des services sociaux.
- Benoit, C., & Davis-Floyd, R. (2004). Becoming a midwife in Canada : Models of midwifery education. In I.L. Bourgeault (Ed.), *Reconceiving midwifery* (pp. 169-186). Montréal : McGill Queen's University Press.
- Browne, A. J., & Fiske, J.O. (2001). First nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*, 23, 126-147.
- Caron, N., (2006). Soigner les patients autochtones : offrir des services culturellement appropriés. *Perspectives du collègue royal*, 3, 19-23.
- Carroll, D., & Benoit C. (2004). Aboriginal midwifery in Canada : Merging traditional practices and modern science. In I.L. Bourgeault (Ed.), *Reconceiving midwifery* (pp. 263-286). Montréal : McGill Queen's University Press.
- Chamberlain, M., & Barclay K. (2000). Psychosocial costs of transferring indigenous women from their community for birth. *Midwifery*, 16, 116-122.
- Commission Royale sur les peuples autochtones. Affaires indiennes et du Nord Canada. 1996. En ligne. <http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap> (page consultée en mars 2007)

Consortium canadien des ordres de sages-femmes. *Compétences canadiennes pour les sages-femmes*. En ligne. <http://cmrc-ccosf.ca/node/66> (page consultée en mars 2007)

Couchie, C., & Sanderson, S. (2007). Rapport sur les pratiques optimales en ce qui concerne le retour de l'accouchement au sein des communautés autochtones rurales et éloignées. Rapport approuvé par la SOGC. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 29, 255-260.

Denzin N.K., & Lincoln Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications

Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche : comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Montréal : Guérin universitaire.

Douglas, V.K. (2006). Childbirth among the canadian inuit : a review of the clinical and cultural literature. *International Journal of Circumpolar Health*, 65, 117-132.

Epoo, B. & Van Wagner V. (2005). *Retour des naissances au sein des communautés : La sage-femme dans les villages inuits du Nunavik*. International Confederation of Midwives 27th congress, Brisbane, Australie.

Fletcher, C. (1993). The Inuulitsivik Maternity : Issues around the return of Inuit midwifery and birth to Povungnituk, Quebec. *Final report submitted to The Royal Commission on Aboriginal People*, 1-116.

Fonds des Nations Unies pour la population. 2004. *Mise à jour sur la mortalité maternelle. Accoucher en de bonnes mains*. En ligne. <http://www.unfpa.org> (page consultée en mars 2009)

Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-260.

Houd, S., Qinuajuak J., Epoo B. (2003). The outcome of perinatal care in Inukjuak, Nunavik, Canada 1998-2002. *International Journal of Circumpolar Health*, 239-241.

Institut Canadien d'Information juridique. 1990. *Loi sur la Pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes*, L.R.Q. c. P-16.1. En ligne. <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-p-16.1/derniere> (page consultée le 2 mars 2009)

Institut de la Statistique du Québec. 2006. *Démographie. Naissances et décès : taux de natalité, de mortalité et de nuptialité, par région administrative, Québec, 1986-2006*. En ligne. <http://www.stat.gouv.qc.ca>. (page consultée le 14 avril 2006)

Jasen, P. (1997). Race, culture, and the colonization of childbirth in Northern Canada. *The Society for the Social History of Medicine*, 15, 383-400.

Kaufert, P., & O'Neil, J.D. (1990). Cooptation and control : The reconstruction of Inuit birth. *Medical Anthropology*, 4, 427-442.

McNiven, P., (2007). *First Nunavik midwifery gathering. A gathering of elders and midwives in Inukjuak, Nunavik*. November 2005. Final report.

Moffit, P.M. (2004). Colonialization : A health determinant for pregnant Dogrib women. *Journal of Transcultural Nursing*, 15, 323-330.

Ordre des sages-femmes du Québec, OSFQ. dernière version avril 2009. *Lois et réglementations. Loi sur les sages-femmes*. En ligne. http://www.osfq.org/loi_regle.php (page consultée le 2 mars 2009)

Organisation mondiale de la santé, OMS. 1996a. *Le dossier mère-enfant : Guide pour une maternité sans risque. Annexe 3-définitions*. En ligne. http://www.who.int/reproductivehealth/publications//French_MSM_94_11/contents.fr.html (page consultée le 20 avril 2006)

Organisation mondiale de la santé, OMS. 1996b. *Santé de la mère et du nouveau-né. Les soins liés à un accouchement normal*. En ligne. http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html (page consultée le 17 février 2009)

Organisation Nationale de Santé Autochtone, ONSA. 2004, mai. *La profession de sage-femme et la sage-femme autochtone au Canada*. En ligne. <http://www.naho.ca>. (page consultée le 3 mai 2006)

Organisation nationale de la santé autochtone, ONSA. 2008, décembre. *Célébrons la naissance - La profession de sage-femme et la sage-femme autochtone au Canada*. En ligne. <http://www.naho.ca>. (page consultée le 17 février 2009)

Pauktuutit Inuit Women of Canada. 2006. *The inuit way : a guide to inuit culture*. En ligne. <http://www.pauktuutit.ca> (page consultée le 8 novembre 2008)

Peters Y. 2009. *Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des autochtones*. Santé Canada. En ligne. <http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/phctf-fassp.nsf> (page consultée le 17 février 2009)

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS). 2001. *Les communautés du Nunavik, Le nunavik*. En ligne. <http://www.rrsss17.gouv.qc.ca/fr/main>. (page consultée le 14 avril 2006)

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN) - Groupe de travail des sages-femmes du Nunavik. (10 mai 2002). *Rétablir la naissance dans la communauté, c'est y rétablir la vie*. Centre de Santé Inuulitsivik, Puvirnituuq, Québec.

Safe Motherhood Inter-Agency Group. 2002. *Skilled care during childbirth, Information Kit, French Book*. En ligne. <http://www.safemotherhood.org>. (page consultée le 14 avril 2006)

Saladin d'Anglure B. (2006). *Etre et renaître inuit homme, femme ou chamane*. Editions Gallimard. Le langage des contes.

Santé Canada. 2000. *Profil statistique de la santé des premières nations au Canada*. En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca>. (page consultée le 6 avril 2007)

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (SOGC) (2000). Déclaration de principe. Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones. *Journal de la SOGC*, 100, 1-5.

Statistique Canada. *Profil de la population autochtone, Recensement de 2006*. En ligne. <http://www.statcanada.ca> (page consultée le 6 avril 2007)

Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : PUM; Bruxelles : De Boeck-Université

Van Wagner, V., Epoo, B., Nastapoka, U., & Harney, E. (2007). Reclaiming birth, health and community: Midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *Journal of midwifery and women's health*, 52, 384-391.

Van Wagner, V., & Rochon Ford, A. (2004). Access to Midwifery : Reflections on the Ontario Equity Committee Experience. In I.L. Bourgeault (Ed.), *Reconceiving midwifery* (pp. 244- 262). Montréal : McGill Queen's University Press.

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet : Pratiques traditionnelles chez les sages-femmes autochtones du Nunavik et programme de formation.

Nom du ou des chercheur(s) :

Étudiante chercheur : Bedon Peggy, étudiante en maîtrise au département de Médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Tél : 514 274 2264

Directeur de recherche : Jean-Marc Brodeur, professeur titulaire, Faculté de Médecine – Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).

Pavillon 1420 Boulevard Mont-Royal, bureau 2116.

Tél : 514 343 5888

Description du projet : L'objectif de ce projet est de décrire comment les pratiques traditionnelles sont intégrées dans vos activités professionnelles et comment vous les avez acquises. De plus, on aimerait connaître votre point de vue concernant votre programme de formation sage-femme.

Procédures : Nous vous invitons à participer à une entrevue individuelle, sous forme d'une discussion informelle, avec Isabelle Billard qui est familière avec les entrevues et qui de plus connaît le contexte nordique. Chaque entrevue devrait durer environ 1 heure. La discussion sera enregistrée avec un magnétophone car il est impossible pour Isabelle de tout noter pendant l'entretien. La chercheuse principale Peggy Bedon sera présente afin de vous présenter le projet de recherche et répondre à vos questions.

Avantages et bénéfices :

- 1- Les résultats de cette étude devraient permettre de mieux comprendre les besoins en matière de formation pendant les études de sage-femme du programme du Nunavik.
- 2- A plus large échelle, ces connaissances pourraient permettre d'aider à l'implantation d'autres programmes de sages-femmes autochtones en contexte nordique.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients : Il n'y a aucun risque ni inconvénient associé à votre participation à cette étude.

Confidentialité : Vous pouvez être assurée de la confidentialité des données recueillies. Votre prénom, qui sera utilisé seul pour l'entrevue sera remplacé par un code lors de la transcription écrite pour les fichiers informatisés. Seuls les membres de l'équipe de recherche ayant signé un formulaire de confidentialité auront accès à cette liste. De plus, nous serons vigilants à ce que vos citations utilisées dans le cadre de cette étude ne puissent mener à votre identification.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine (CERFM) de l'université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Les données recueillies seront conservées au domicile de la chercheuse principale Peggy Bedon pour une durée de deux ans et seront détruites par la suite.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude : Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans préjudice.

Personnes-ressources : Si vous désirez plus d'informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Peggy Bedon, étudiante en maîtrise au département de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de l'université de Montréal.

Vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques ou faire part d'un incident ou formuler des plaintes ou des commentaires au (514) 343-2100.

Adhésion au projet et signatures : J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

_____	_____	_____
Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date

Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé par l'étudiante chercheur et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le 5 juin 2007
- No de référence : CERFM-84 (07) 4#247
- Date du présent formulaire : 2007 04 02

Annexe 2 : Grilles d'entrevues

Thèmes	Entrevue	Points stratégiques :
Motivations personnelles	1- Inviter la participante à parler de ses motivations à devenir sage-femme. ⇒ Exemple de question initiale: <i>«Quelles ont été vos motivations à devenir sage-femme?»</i>	
Pratiques traditionnelles	2- Inviter la participante à parler des pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement qu'elle connaît. ⇒ Exemple de question initiale: <i>«Pouvez-vous me parler des pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement, que vous connaissez?»</i> Au besoin, donnez des exemples à la participante: la nutrition de la femme enceinte, les positions d'accouchement, les personnes présentes pour l'accouchement, l'implication du père, les remèdes/plantes traditionnellement utilisés, les croyances véhiculées... ⇒ Exemple de suggestion: <i>«Vous pouvez par exemple me parler de la nutrition de la femme enceinte...»</i> 3- Discuter de l'intégration de ces pratiques traditionnelles dans leur travail de sage-femme. ⇒ Exemple de question: <i>«Quelles sont les pratiques traditionnelles que vous avez intégrées ou souhaiteriez intégrer à votre travail de sage-femme?»</i> 4- Identifier comment la participante a pris connaissance de ces pratiques traditionnelles. ⇒ Exemple de question: <i>«Comment avez-vous pris connaissance de toutes ces pratiques?»</i> Au besoin, inclure une question plus spécifique sur l'apport du programme de formation vis à vis de l'apprentissage de ces pratiques. ⇒ Exemple de question: <i>«Quel a été l'apport de votre programme de formation dans votre apprentissage de ces pratiques traditionnelles?»</i>	- Identifier les pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement connus . - Identifier les pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement utilisées . - Identifier la source d'apprentissage de ces pratiques. - Identifier comment améliorer, au besoin, la transmission de ces pratiques.

	<p>5- Discuter de comment faciliter la transmission des pratiques traditionnelles . ⇒ Exemple de question: <i>«Quelles suggestions feriez-vous afin de faciliter la transmission des pratiques traditionnelles aux étudiantes sages-femmes?»</i></p>	
<p>Programme de formation du Nunavik</p>	<p>6- Inviter la participante à nous exposer son point de vue concernant le programme de formation qu'elle a suivi. ⇒ Exemple de question initiale: <i>«Pouvez-vous me parler du programme de formation que vous avez reçu?»</i></p> <p>Au besoin, suggérez à la participante de débiter de façon chronologique. ⇒ Exemple de suggestion: <i>«Vous pouvez commencer par le début de vos études...»</i></p> <p>Au besoin, suggérez à la participante de parler des professeurs présents, des cours reçus, de l'apprentissage clinique, du matériel utilisé... ⇒ Exemple de questions: <i>«Pouvez-vous me parler des professeurs qui vous ont enseigné?/ des cours que vous avez reçu?/ de votre apprentissage clinique?/ du matériel à votre disposition?...»</i></p> <p>7- Discuter des aspects du programme appréciés par la participante ou au contraire des aspects qu'elle n'a pas aimé. ⇒ Exemple de questions: a- <i>«Quels sont les aspects du programme que vous avez aimés?»</i> b-- <i>«Quels sont les aspects du programme que vous n'avez pas aimé?»</i></p> <p>8- Demander à la participante d'identifier les modifications éventuelles qu'elle souhaiterait pour ce programme. ⇒ Exemple de question initiale: <i>«Si vous pouviez modifier ce programme, que feriez-vous de différent?»</i></p>	<p>Concernant l'apprentissage théorique et clinique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les points forts et les points faibles de cette formation. - Identifier les difficultés vécues au cours de cette formation. - Identifier les points que la personne souhaiterait modifier.

<p>Données socio-démographiques</p>	<p>9- Âge: ⇒ Exemple de question: «<i>Pouvez-vous me dire votre âge?</i>»</p> <p>10- Années de scolarité: ⇒ Exemple de question: «<i>Quel est votre niveau de scolarité?</i>»</p> <p>11- Village où a eu lieu la formation sage-femme: ⇒ Exemple de question: «<i>Dans quel village avez-vous fait vos études de sage-femme?</i>»</p> <p>12- Nombre d'années d'étude comme étudiante sage-femme: ⇒ Exemple de question: «<i>Combien de temps ont duré vos études de sage-femme?</i>»</p> <p>13- Années d'expérience comme sage-femme diplômée du Nunavik: ⇒ Exemple de question: «<i>Cela fait combien de temps que vous exercez comme sage-femme diplômée du Nunavik?</i>»</p> <p>14- Années d'expérience comme sage-femme ayant un permis de pratique de l'OSFQ: ⇒ Exemple de question: «<i>Êtes-vous reconnue par l'Ordre des sages-femmes du Québec? Si oui, depuis combien de temps?</i>»</p>	<p>- Identifier son cheminement dans le système de formation sage-femme au Nunavik.</p>
--	--	---

Grilles d'entrevue

2- Etudiantes sages-femmes

XX

Thèmes	Entrevue	Points stratégiques:
Motivations personnelles	<p>1- Inviter la participante à parler de ses motivations à devenir sage-femme. ⇒ Exemple de question: <i>«Quelles ont été vos motivations à vouloir devenir sage-femme?»</i></p>	
Pratiques traditionnelles	<p>2- Inviter la participante à parler des pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement, qu'elle connaît. ⇒ Exemple de question initiale: <i>«Pouvez-vous me parler des pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement, que vous connaissez?»</i></p> <p>Au besoin, donnez des exemples à la participante: la nutrition de la femme enceinte, les positions d'accouchement, les personnes présentes pour l'accouchement, l'implication du père, les remèdes/plantes traditionnellement utilisés, les croyances véhiculées... ⇒ Exemple de suggestion: <i>«Vous pouvez par exemple me parler de la nutrition de la femme enceinte...»</i></p> <p>3- Discuter de l'intégration de ces pratiques traditionnelles dans leur travail de sage-femme. ⇒ Exemple de question: <i>«Quelles sont les pratiques traditionnelles que vous intégrez ou souhaiteriez intégrer à votre travail de sage-femme?»</i></p> <p>4- Identifier comment la participante a pris connaissance de ces pratiques traditionnelles. ⇒ Exemple de question: <i>«Comment avez-vous pris connaissance de toutes ces pratiques?»</i> Au besoin, inclure une question plus spécifique sur l'apport du programme de formation vis à vis de l'apprentissage de ces pratiques. ⇒ Exemple de question: <i>«Quel est l'apport de votre programme de formation dans votre apprentissage de ces pratiques traditionnelles?»</i></p>	<p>- Identifier les pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement connus.</p> <p>- Identifier les pratiques traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement utilisées.</p> <p>- Identifier la source d'apprentissage de ces pratiques.</p> <p>- Identifier comment améliorer, au besoin, la transmission de ces pratiques.</p>

	<p>5- Discuter de comment faciliter la transmission des pratiques traditionnelles . ⇒ Exemple de question: <i>«Quelles suggestions feriez-vous afin de faciliter la transmission des pratiques traditionnelles aux étudiantes sages-femmes?»</i> »</p>	
<p>Programme de formation du Nunavik</p>	<p>6- Inviter la participante à nous exposer son point de vue concernant le programme de formation qu'elle reçoit. ⇒ Exemple de question: <i>«Pouvez-vous me parler du programme de formation que vous recevez?»</i></p> <p>Au besoin, suggérez à la participante de débiter de façon chronologique. ⇒ Exemple de suggestion: <i>«Vous pouvez commencer par le début de vos études...»</i></p> <p>Au besoin, suggérez à la participante de parler des professeurs présents, des cours reçus, de l'apprentissage clinique, du matériel utilisé... ⇒ Exemple de questions: <i>«Pouvez-vous me parler des professeurs qui vous enseignent?/ des cours que vous recevez?/ de votre apprentissage clinique?/ du matériel à votre disposition?... »</i></p> <p>7- Discuter des aspects du programme appréciés par la participante ou au contraire des aspects qu'elle n'aime pas. ⇒ Exemple de questions: a- <i>«Quels sont les aspects du programme que vous aimez?»</i> b-- <i>«Quels sont les aspects du programme que vous n'aimez pas?»</i></p> <p>8- Demander à la participante d'identifier les modifications éventuelles qu'elle souhaiterait pour ce programme. ⇒ Exemple de question: <i>«Si vous pouviez modifier ce programme, que feriez-vous de différent?»</i></p>	<p>Concernant l'apprentissage théorique et clinique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les points forts et les points faibles de la formation. - Identifier les difficultés vécues au cours de cette formation. - Identifier les points que la personne souhaiterait modifier.

<p>- Données socio démographiques - Perspectives comme étudiante sage-femme</p>	<p>9- Âge: ⇒ Exemple de question: <i>«Pouvez-vous me dire votre âge?»</i></p> <p>10- Années de scolarité: ⇒ Exemple de question: <i>«Quel est votre niveau de scolarité?»</i></p> <p>11- Village où a lieu la formation sage-femme: ⇒ Exemple de question: <i>«Dans quel village faites-vous vos études de sage-femme?»</i></p> <p>12- Nombre d'années d'étude comme étudiante sage-femme: ⇒ Exemple de question: <i>«Depuis combien de temps êtes-vous étudiante sage-femme?»</i></p> <p>13- Se renseigner sur ses connaissances concernant son parcours comme étudiante sage-femme: a- <i>«Connaissez-vous l'existence du programme de formation sage-femme à Trois-Rivières ?»</i> b- <i>« Est-ce que cela aurait pu être une option pour vous? Si non, pourquoi? Si oui, pourquoi avoir choisi le programme du Nunavik?»</i> c- <i>«Quand pensez-vous être diplômée sage-femme de ce programme du Nunavik?»</i> d - <i>«Quand pensez-vous être diplômée sage-femme du Québec, donc être reconnue par l'Ordre des sages-femmes du Québec?»</i></p>	<p>- Identifier sa perspective comme étudiante sage-femme du Nunavik.</p> <p>- Identifier sa connaissance éventuelle d'un autre programme de formation sage-femme dispensé à Trois-Rivières.</p>
--	---	--

Annexe 3 : Rapport d'entrevue

1- Date de l'entrevue :2- Village :

3- Prénom de la personne : 4- étudiante sage-femme :
 sage-femme diplômée Nunavik :
 sage-femme reconnue Québec :

5- Déroulement de l'entrevue :

a- Brève description du déroulement de l'entrevue :

b- Dans quel climat s'est déroulée l'entrevue
 (confiance/méfiance/calme/nervosité/etc)?

c- La personne était-elle gênée par l'utilisation du magnétophone?

6- Y a-t-il des informations pertinentes à la recherche qui ont été discutées avant ou après enregistrement?

Si oui, lesquelles?

7- Synthèse des points clefs de l'entrevue concernant :

programme de formation

pratiques traditionnelles

|

8- Problèmes méthodologiques identifiés au cours de cette entrevue :

9- Recommandations éventuelles pour la prochaine entrevue :

Annexe 4 : Grille de codage

Liste des codes et leur définition

Codes	Définition des codes
	<u>1- Concernant sa motivation à devenir sage-femme</u>
motaiderfemmes	Volonté d'aider les femmes enceintes
motaimertravailPPW	A aimé son emploi comme travailleuse post-natale, ce qui lui a donné envie de devenir étudiante sage-femme
motbesointravail	Avait besoin financièrement de trouver un travail et a postulé pour devenir travailleuse post-natale
motdécouverte	Volonté d'essayer un nouveau travail
motenfance	Depuis l'enfance, désir de devenir sage-femme
motintérêt	Intérêt personnel pour la profession de sage-femme
mottravailéquipe	Volonté de travail d'équipe (autour de l'accouchement)
	<u>2- Pratiques traditionnelles</u> 2a- Identification des pratiques/croyances traditionnelles entourant la grossesse et l'accouchement connues
tradméconnaiss	La SF ou étudiante SF interrogée ne connaît que très peu de pratiques traditionnelles concernant la période périnatale.
tradabspère	Le père n'assistait pas à l'accouchement.
tradabssieste	Ne pas se reposer ou faire de sieste pendant sa grossesse
tradactive	La femme enceinte doit rester active pendant sa grossesse.
tradannulaire	L'annulaire de la main (gauche ou droite) doit être replié sur lui-même et maintenu de cette façon, avec une corde, en cas d'hémorragie de la délivrance.
tradballon	Ne pas faire de bulle avec une gomme ou gonfler un ballon ou souffler dans quelque chose pendant sa grossesse

tradbouillon	Même si la femme n'a pas faim, il faut qu'elle boive du bouillon (de viande) pendant son allaitement.
tradcadreporte	La femme enceinte ne doit pas rester dans le cadre d'une porte (doit sortir ou entrer, directement et rapidement).
tradcordon	Des tendons de caribou ou de beluga étaient utilisés pour clamber le cordon ombilical (pas avec de la ficelle, cela risquait de s'infecter).
tradcountfoodgén	Habitudes alimentaires : la femme enceinte ne doit manger que du country food.
tradcountfoodcarib	Habitudes alimentaires : la femme enceinte doit manger du caribou.
tradcountfoodpho	Habitudes alimentaires : la femme enceinte doit manger du phoque.
tradcountfoodpois	Habitudes alimentaires : la femme enceinte doit manger du poisson.
tradcountfoodptarm	Habitudes alimentaires : la femme enceinte doit manger de la perdrix des neiges.
tradcoupordon	Les anciens utilisaient la force pour couper le cordon ombilical du nouveau-né.
tradcriertrav	Au cours de son premier accouchement, la parturiente ne doit ni crier, ni gémir.
tradenfnonadmis	Les enfants n'étaient pas présents pendant les accouchements.
tradélastiques	La femme en travail ne doit pas utiliser d'élastique pour ses cheveux ni porter de brassière.
tradfinirassiette	Importance pour la femme enceinte de toujours terminer son assiette (et même de la lécher!)
tradfinircomm	Importance pour la femme enceinte de toujours finir ce qu'elle a commencé (par exemple : travaux de couture). De plus, celle-ci doit rester active tout au long de sa grossesse.

tradgrasphoque	Utilisation du gras de phoque pour permettre la guérison des mamelons gercés ou craquelés pendant l'allaitement
tradkamik	La femme enceinte ne doit pas lacer la corde permettant d'attacher ses <i>kamik</i> (bottes traditionnelles féminines). De plus, elle doit glisser cette corde à l'intérieur de ses <i>kamik</i> .
tradliqpois	Pour arrêter son allaitement, la femme se servait d'un liquide nauséabond provenant d'une partie de la gorge du poisson. Elle appliquait ce liquide sur ses mamelons pour en dégoûter l'enfant.
tradlourd	La femme enceinte ne doit pas soulever de lourdes charges.
tradméconium	Si le nouveau-né est une fille, son premier méconium sera appliqué sur ses cheveux puis rincé afin qu'elle puisse avoir une plus belle chevelure.
tradplacvomir	Pour permettre la délivrance placentaire, la femme va utiliser son annulaire gauche pour reproduire des mouvements vomitifs et permettre ainsi l'expulsion de son placenta.
tradpositionlit	Le lit d'une femme enceinte doit toujours être positionné de façon parallèle à la porte de sortie (jamais en biais ou perpendiculaire par rapport à cette porte).
tradpositionsaccgén	La personne interrogée connaît une ou plusieurs positions d'accouchement traditionnellement utilisées.
tradpoussée	Une aînée du Nunavut recommande que la femme en travail, dès qu'elle en ressent le besoin, pousse doucement à chaque contraction, même si son col n'est pas complètement dilaté. Cela permet, selon elle, un travail plus rapide mais néanmoins sécuritaire.
tradpphoque	Quand une femme enceinte installe une peau de phoque sur un support pour la faire sécher, elle ne doit pas enrouler la corde servant à l'attacher autour de ses mains.

tradpressiondos	La SF traditionnelle va appliquer une pression au niveau du sacrum de la parturiente, en l'absence de progression pendant le travail, afin de donner plus d'espace au fœtus (utilise même ses pieds pour se faire).
tradprésencepère	Le père était présent pendant l'accouchement.
tradreculons	La femme enceinte ne doit jamais marcher à reculons.
tradregfen/porte	La femme enceinte ne doit pas engager ni sa tête ni son bras dans le cadre d'une porte ou dans une quelconque ouverture.
tradroches	Du sable, des roches ou de la neige, enroulés dans un linge, sont déposés sur l'abdomen de la femme pendant le post-partum immédiat.
trads'étirer	La femme enceinte ne doit pas s'étirer pour essayer d'atteindre quelque chose en hauteur (par exemple : une corde à linge).
tradSFmasc	Si le travail ou l'accouchement se complique, il est d'usage de faire appel à un homme sage-femme.
tradtresses	La parturiente ne doit jamais tresser ses cheveux ou faire des tresses avec une ficelle/laine ou rembobiner de la ficelle/laine.
tradtricoter	La femme enceinte ou en travail ne doit pas tricoter ou crocheter des <i>nassak</i> (bonnet traditionnel).
tradutilisplantes	Utilisation de plantes ou de remèdes traditionnels pour le travail, l'accouchement, le nouveau-né ou la délivrance placentaire
tradvernix	La femme enceinte ne doit pas mâcher de gomme ou de la cervelle d'animal.
tradviande	La meilleure partie de la viande ou de toute nourriture est toujours réservée pour les femmes enceintes.
	2 b- Identification de ce qui semble important pour les Inuits en matière de prévention par ces pratiques/croyances traditionnelles

prévallaitOK	Pratique permettant à la femme qui allaite d'avoir une montée laiteuse plus rapidement
prévanémie	Pratique permettant de prévenir l'anémie et les carences nutritionnelles chez la femme enceinte
prévavoirbeauBB	Pratique permettant à la femme d'avoir un nouveau-né qui soit beau
prévcol	Pratique permettant d'éviter que le col ne devienne rigide, ce qui facilite la dilatation pendant le travail
prévcordoncou	Pratique permettant de prévenir la présence d'une circlaire du cordon autour du cou du bébé naissant
prévcrier	Pratique permettant d'éviter que la femme ne crie ou ne gémissse pour ses autres accouchements
prévcroissBB	Pratique permettant de favoriser la croissance fœtale pendant la grossesse
prévdéchpérinée	Pratique permettant de prévenir une déchirure périnéale au moment de la phase d'expulsion
prévhémmorragie	Pratique permettant de prévenir l'hémorragie de la délivrance
prévnoRSM	Pratique permettant aux membranes de se rompre pendant le travail, ce que les Inuits considèrent comme un avantage
prévpousséelong	Pratique permettant d'éviter une phase de poussée trop longue causée par une dystocie dans la progression de la présentation fœtale
prévprocidence	Pratique permettant d'éviter une procidence du cordon
prévsiège	Pratique permettant d'éviter une présentation du siège
prévtransverse	Pratique permettant d'éviter une présentation transverse
prévtravaillong	Pratique permettant de prévenir un travail long

prévvernix	Pratique permettant d'éviter la présence de vernix sur le nouveau-né (permettant d'éviter une naissance prématurée?)
	2 c- Identification de la source d'apprentissage de ces pratiques/croyances traditionnelles
tradtranseldercomm	Transmission des pratiques traditionnelles à la personne interrogée par des aîné(e)s de sa communauté
tradtranselderfam	Transmission des pratiques traditionnelles à la personne interrogée par des aîné(e)s de sa famille
tradtransmeet	Transmission des pratiques traditionnelles à la personne interrogée par des aîné(e)s au cours de rencontres communautaires ou de conférences
tradtransSF	Transmission des pratiques traditionnelles à la personne interrogée par les SF inuites plus expérimentées
	2 d- Identification du moment d'apprentissage de ces pratiques/croyances traditionnelles
tradtransqdenceinte	Apprentissage des pratiques traditionnelles pendant ses propres grossesses ou pendant celles de ses sœurs
tradtransqdenfant	Apprentissage des pratiques traditionnelles pendant son enfance
tradtransqdtrav	Apprentissage des pratiques traditionnelles au travail par les SF inuites plus expérimentées
	2 e- Identification si présence ou non de transmission aux femmes enceintes, des pratiques/croyances traditionnelles connues par les SF inuites
tradtransabsence	Absence de transmission aux femmes enceintes des pratiques traditionnelles par les SF inuites
tradtransprésence	Présence de transmission aux femmes enceintes des pratiques traditionnelles par les SF inuites

	2 f- Identification selon les personnes interrogées, de comment améliorer la transmission de ces pratiques/croyances
tradtransaugelders	Solliciter une plus grande participation des aînés afin qu'ils puissent transmettre leurs connaissances
tradtransaugSF	Bénéficier des connaissances des SF inuites qui ont plusieurs années d'expérience
tradtransaugautres	Différentes suggestions regroupées dans une même rubrique : autre.
	2 g- Remarques pertinentes concernant les pratiques/croyances traditionnelles
tradmodens	Importance pour les SF et étudiantes SF inuites d'allier, au sein de leur métier, leurs croyances et pratiques traditionnelles aux techniques et technologies modernes
tradvolontéplus	La SF ou étudiante SF inuite interrogée souhaite apprendre plus de pratiques/croyances traditionnelles et/ou les intégrer plus au sein de son métier.
	<u>3- Concernant le programme de formation au Nunavik</u> 3 a- Identification des difficultés rencontrées au cours de la formation
formdifabsence	N'a éprouvé aucune difficulté d'apprentissage au cours de sa formation.
formdifconnaissfem	A éprouvé de la difficulté au cours de son apprentissage clinique avec le fait de trop connaître les femmes enceintes de sa communauté.
formdiflivres	A éprouvé de la difficulté à se familiariser avec les termes médicaux spécialisés et/ou à adapter certaines données de la littérature dans le domaine de la périnatalité à la culture inuite.
formdifteamwork	A éprouvé de la difficulté à apprendre le travail d'équipe.

formdifurgences	A éprouvé de la difficulté à être confortable dans la gestion des urgences obstétricales.
	3 b- Identification des points que la personne souhaiterait améliorer
formmodifabsence	Ne suggère aucune modification concernant la formation qu'elle a reçu ou qu'elle reçoit.
formmodifespace	Souhaiterait avoir plus d'espace de travail afin que chaque étudiante puisse avoir son propre bureau de consultation.
formmodifexposition	Souhaiterait une plus grande exposition clinique afin d'accélérer son apprentissage.
formmodifpluscours	Souhaiterait bénéficier de plus de cours théoriques.
formmodifreconn	Souhaiterait plus de reconnaissance de ses compétences professionnelles.
formmodifstabSF	Souhaiterait une plus grande stabilité des sages-femmes allochtones afin d'améliorer la qualité de son apprentissage.
formphilosophie	La SF ou étudiante SF apprécie les principes d'éducation prônés par le centre de santé Inuulitsivik pour la formation des sages-femmes.
	3 c- Identification de ce que les personnes interrogées ont trouvé le plus utile ou le plus intéressant au cours de la formation
formutilecompl	Apprendre à gérer les pathologies ainsi que les urgences obstétricales.
formutilehabiletés	Découvrir ses propres habiletés ou capacités professionnelles.
formutilehandson	Apprentissage clinique sur le terrain.
formutileoncall	Être sur appel fréquemment a été utile pour accélérer l'apprentissage de la profession de SF.

formutilePT	Apprendre une pratique traditionnelle pour gérer une urgence obstétricale a été le plus utile.
formutileSP	Le plus intéressant a été l'apprentissage de la santé communautaire.
	<u>4 -Autres codes</u>
aimertravailSF	Aime énormément son travail de sage-femme.
nesaitpas	La personne interrogée ne connaît pas la réponse.
retournaiscomm	La personne interrogée a été active dans les démarches ayant permis aux femmes inuites de ne plus être transférées dans le Sud et de pouvoir accoucher dans leur communauté
SFfamille	Présence de sage-femme dans sa famille