

2M11. 2768. 9

Université de Montréal

**“Institutionnaliser” une pratique
vieille comme
le monde
ou
les sages-femmes et la
“co-naissance”.**

par

**Diane Bolduc-Boutin
Département de didactique
Faculté des sciences de l'éducation**

**Mémoire présenté à
la Faculté des études supérieures**

août 1999

© Diane Bolduc-Boutin, 1999



LB
5
U57
2000
V.004

Université de Montréal

"Institutionnaliser" une pratique
vécue comme
le monde
ou
les suggestions et la
"conscience".

1

par

Jean-Jacques
Département de philosophie
Faculté des sciences de l'éducation

Mémoire présenté à
la Faculté des sciences de l'éducation

juin 1998

© Jean-Jacques, 1998



Page d'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Mémoire intitulé:

“Institutionnaliser une pratique
vieille comme
le monde
ou
les sages-femmes et la
“co-naissance”.

présenté par:

Diane Bolduc-Boutin

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Monsieur Serge Racine,
Monsieur Réal Larose,
Monsieur Gérard Potvin.

Accepté le...99-12-15.....

Sommaire

En septembre 1999, l'Université du Québec à Trois-Rivière devrait inscrire à leur cursus un programme de baccalauréat en formation sage-femme. Cette formation qui semble à première vue un moyen d'enrichir la profession menace aussi, d'un autre côté, d'exclure le fondement même de la "sage-femmerie" québécois qui, comme nous le verrons, s'est toujours axé sur la reconnaissance de l'autonomie des femmes et sur une approche axée sur la santé.

En effet, si la tendance épistémologique universitaire favorise les sciences positivistes, objectives et réalistes axées sur les sciences dites "pures" pour la formation des médecins, il existe un risque à ce que l'on veuille que les sages-femmes utilisent le même chemin pour arriver à la connaissance de la pratique obstétricale. Non pas que cette connaissance ne soit pas nécessaire mais, à priori, elle ne devrait pas l'être au détriment de l'art même de la pratique des sages-femmes québécoises qui, jusqu'à maintenant, consistait à rejoindre davantage les sciences dites "humaines". Autrement dit, à quoi bon un programme pour former des sages-femmes puisqu'il existe déjà un programme pour former des médecins accoucheurs? N'aurait-il pas mieux valu inclure directement les sages-femmes dans le programme médical? Où alors, comment le programme envisagé devra-t-il s'y distinguer?

De là notre argumentation à l'effet qu'il doit exister une différence entre ces deux professions - médecins et sages-femmes - et pour ce faire, les programmes de formations se doivent d'être différents et distinctifs. La formation universitaire devrait apporter à la sage-femme un langage qui lui est propre, qui lui appartient, auquel elle s'identifie et qui la distingue du langage médical sans toutefois renier la connaissance déjà établie.

C'est pourquoi, tout au long du mémoire qui suit, nous apporterons une lumière sur la vision différente de ces deux professions par rapport aux

paradigmes de la santé, à la philosophie qui les distinguent et aux positions épistémologiques qui les caractérisent. Nous tiendrons compte aussi de l'attente des femmes qui ont demandé la légalisation de la pratique sage-femme puisque les règles du jeu devraient leur appartenir étant directement concernées.

Nous proposerons, à titre de future didacticien un pallier de communication entre deux cultures. Ce pallier de communication passe par la reconnaissance et la crédibilité qu'apporteront les positions épistémologiques institutionnelles de chacune des parties impliqués. C'est pourquoi nous optons pour favoriser une démarche d'institutionnalisation qui outillera la sage-femme de demain en sorte qu'elle soit en mesure de comprendre les fondements de la validité des connaissances tout en adoptant son propre cadre épistémologique, son propre langage institutionnel. C'est ainsi que nous créerons des ateliers de formation épistémologique, de dépistage des conceptions, de déstabilisation des valeurs, et des propositions de rechange qui passeront par la connaissance des épistémologies constructivistes et positivistes. En sorte que, la future sage-femme soit en mesure de choisir un cadre épistémologique et un langage qui lui ressemble.

Il sera donc question ici de porter un oeil critique sur le programme de l'Université de Trois-Rivières quant aux lacunes épistémologiques dans la présentation de son curriculum de formation sage-femme et d'y proposer des éléments d'amélioration.

Bien entendu, nous espérons éclairer un rôle de sage-femme différent de celui du médecin-accoucheur tout en sachant combien il peut aussi être complémentaire, mais surtout, nous espérons rappeler que l'accouchement appartient d'abord aux femmes qui malheureusement sont souvent tenues loin de ces débats. C'est pourquoi, nous reconnaissons leur précieuse influence à travers les pages qui suivent.

1.7.1.2 Objectifs spécifiques.....	67
------------------------------------	----

Étape II Phase de structuration

2.1 Évaluation des composantes.....	68
2.1.1 L'acquisition des habiletés professionnelles.....	68
2.1.2 L'habilitation.....	69
2.1.3 La validité des connaissances.....	71
2.1.4 Nouvelle conception en maternité.....	73
2.2 Méthodologie pour l'élaboration d'un cours.....	77
2.2.1 Principes didactiques.....	78
2.2.1.1 L'élaboration d'un cours.....	79
2.3 Phase de structuration du modèle.....	83
2.3.1 L'élément du contenu.....	83
2.3.2 Scénario de cours.....	87
2.3.2.1 Contraintes du champ d'action...	89
2.3.2.2 Modes particuliers d'enseignement.....	89
2.3.2.3 Profil de la clientèle.....	90
2.3.2.4 Le contrat didactique.....	91

Étape III Le cours: Les sages-femmes et la co-naissance

3.1 Activité de dépistage des conceptions.....	93
3.1.1 Quoi?.....	93
3.1.1.1 Par rapport à la science.....	94
3.1.1.2 Par rapport aux différents paradigmes sur la santé.....	94
3.1.1.3 Par rapport à l'image de la sage-femme.....	95

	<u>Pages</u>
3.1.2 Pourquoi?.....	95
3.1.2.1 Par rapport à la science.....	96
3.1.2.2 Par rapport aux différents paradigmes sur la santé.....	97
3.1.2.3 Par rapport à l'image de la sage-femme.....	99
3.1.3 Comment?.....	100
3.1.3.1 Par rapport à la science.....	104
3.1.3.2 Par rapport aux différents paradigmes sur la santé.....	104
3.1.3.3 Par rapport à l'image de la sage-femme.....	104
3.2 Déconstruction (déstabilisation des conceptions, des valeurs).....	105
3.2.1 Quoi?.....	105
3.2.2 Pourquoi?.....	106
3.2.3 Comment?.....	107
3.3. Proposition de solutions et d'un pallier de communication.....	113
3.3.1 Quoi?.....	113
3.3.2 Pourquoi?.....	114
3.3.3 Comment?.....	115
<u>Conclusion</u>	122
<u>Bibliographie</u>	126

Annexes

A	-Définition internationale de la sage-femme.....	137
B	-Objectifs évalués à l'examen écrit du CESSUL.....	138
C	-Standards généraux de compétence selon le programme de Baccalauréat en pratique sage-femme de l'U.Q.T.R.....	139
D	-Les avantages pour les femmes et leur famille.....	143
E	-Philosophie -Regroupement <i>Les Sages-Femmes du Québec</i>	146
F	-Conditions d'admission au programme de Baccalauréat en pratique sage-femme de l'U.Q.T.R.....	148
G	-Pourquoi choisir l' U.Q.T.R. pour la formation des sages-femmes?.....	150
H	-Questionnaire..... <i>Pistes de réflexion sur certaines valeurs.</i>	153
	Dérangement épistémologique par simulation de problèmes.	
I	-Problème #1.....	156
J	-Problème #2.....	157
K	-Problème #3.....	159
L	-Problème #4.....	160
M	-Problème #5.....	162
N	-Problème #6.....	164
O	-Problème #7.....	166
P	-Problème #8.....	168
Q	-Problème #9.....	170
R	-Problème #10.....	173

LISTE DES TABLEAUX

	<u>Pages</u>
Schéma #1	Étape d'élaboration d'une situation didactique.....4
Schéma #2	Tableau de situations décisionnelles.....5
Schéma #3	Classification des étapes d'élaboration d'une situation didactique.....6
Schéma #4	Les types d'évaluation et les étapes de l'élaboration.....8
Schéma #5	Triangle didactique.....11
Schéma #6	Qu'est-ce qu'une sage-femme?.....74
Schéma #7	Habiliter une sage-femme.....76
Schéma #8	Modèle de la situation didactique.....86

À

la Lumière,

à la Rivière,

à mes enfants:

Stéphane, Annie, Karine, Mariane, Sylvain,

David et Hélène.

Introduction

Introduction

La formation des sages-femmes en milieu universitaire, bien qu'elle comporte la promesse d'enrichir la profession, n'en fait pas moins courir le risque de la dénaturer. La menace n'est pas celle d'un abus de rationalité ni de l'envahissement technologique mais plutôt dans la façon même de concevoir la science et plus particulièrement dans la façon même de concevoir la santé.

En effet, nous verrons que le type de relation qu'entretient la sage-femme avec la mère et le couple est fondé sur la reconnaissance de l'autonomie de la personne et d'une approche axée sur la santé et non sur la maladie. Nous croyons que la prise en compte de la subjectivité, des conceptions et des croyances à la fois de la sage-femme et de la mère trouve des explications beaucoup plus cohérentes dans le cadre épistémologique constructiviste que dans celui du positiviste. Cependant, il ne s'agit pas de disqualifier la position objectiviste et réaliste mais d'accepter qu'il est possible de produire des connaissances solides suivant une approche qui s'appuie sur des positions intellectualistes propres à la vulgate moderne en matière de pensée scientifique telles que le suggère Stengers et Schander (Stengers, Schander, *Les concepts scientifiques*, 1989).

Le présent mémoire vise la modélisation d'une situation didactique mettant précisément en jeu le concept du constructivisme. Le modèle s'actualise à travers la production d'un simple scénario de cours dans lequel il sera question de démontrer le bien fondé et la faisabilité d'une situation d'enseignement portant sur les distinctions à considérer entre les épistémologies positivistes et les épistémologies constructivistes dans le cursus de formation des sages-femmes au Québec.

Il s'agit d'un projet d'ingénierie (*ingenium*) dans le sens de Simon (1990) où il importe de démontrer, par des arguments logiques et historiques, la pertinence et la justification de l'enseignement projeté.

Le processus d'élaboration de la situation didactique, lequel

constitue, en fait, la méthodologie de la recherche, appartient à la démarche systémique et à la recherche évaluative. Cette dernière considère l'évaluation comme le processus de délimiter, d'organiser et de propager l'information utile à la prise de décision (Stufflebeam et al., 1972). Les phases de décisions qui seront considérées dans cette étude, sont celles de la planification et de la structuration d'un modèle d'une situation didactique issue de la recherche évaluative. (Processus d'analyse didactique pour l'action, R. Larose, *Disdascanalyse et santé cognitive*, 1998).

À ces deux phases - la planification et la structuration - correspondent deux types d'évaluation: l'évaluation du contexte devant fournir les informations nécessaires pour préciser les objectifs de la situation didactique et l'évaluation des composantes pour la structuration du modèle de cette situation didactique.

L'évaluation du contexte va, d'une part, tracer le portrait envisagé de la fonction de sage-femme du point de vue de "l'institutionnalisation", selon le programme de l'U.Q.T.R. et, d'autre part, présenter le portrait "idéal" selon le point de vue d'un contexte culturel québécois et du rôle de la sage-femme, tel que vu par les usagères des services sages-femmes. La comparaison de ces deux portraits - l'envisagé et l'idéal - nous amènera à identifier les différences et les lacunes qui les opposent. Rappelons ici que le but de notre étude consiste à fournir des balises pour un cours qui comblerait ces lacunes en intervenant directement à l'intérieur de la formation des candidates sages-femmes. Ce moyen d'intervenir espère aider la future sage-femme à développer une attitude scientifique à la mesure des phénomènes avec lesquels elle doit composer. C'est en regardant vers ce but que nous pouvons arrêter les objectifs de notre intervention anticipée.

Une fois nos objectifs généraux formulés, nous pourrons entreprendre l'étape de la structuration de notre stratégie de changement. Nous appuierons nos prétentions par des éléments théoriques qui se rapportent à l'acquisition des connaissances, aux compétences, à l'habilitation et à la validité des connaissances. Nous tiendrons compte aussi

des nouvelles conceptions en maternité et de ce qu'est ou devrait être une sage-femme dans une situation "réaliste". Nous réveillerons les résonances épistémologiques qui se côtoient dans les institutions dites "scientifiques" afin de situer nos choix épistémologiques.

En terminant, nous analyserons les principales composantes didactiques de notre modèle de situation d'enseignement anticipée pour finalement, de façon succincte, tracer et transposer ce modèle dans un scénario de cours, lequel met en jeu le concept des "épistémologies constructivistes" dans le cadre de la formation universitaire des sages-femmes québécoises.

Le schéma qui suit précise le plan du présent mémoire. qui consistera à proposer un cours touchant les épistémologies à l'intérieur du curriculum de formation sage-femme de l'U.Q.T.R..

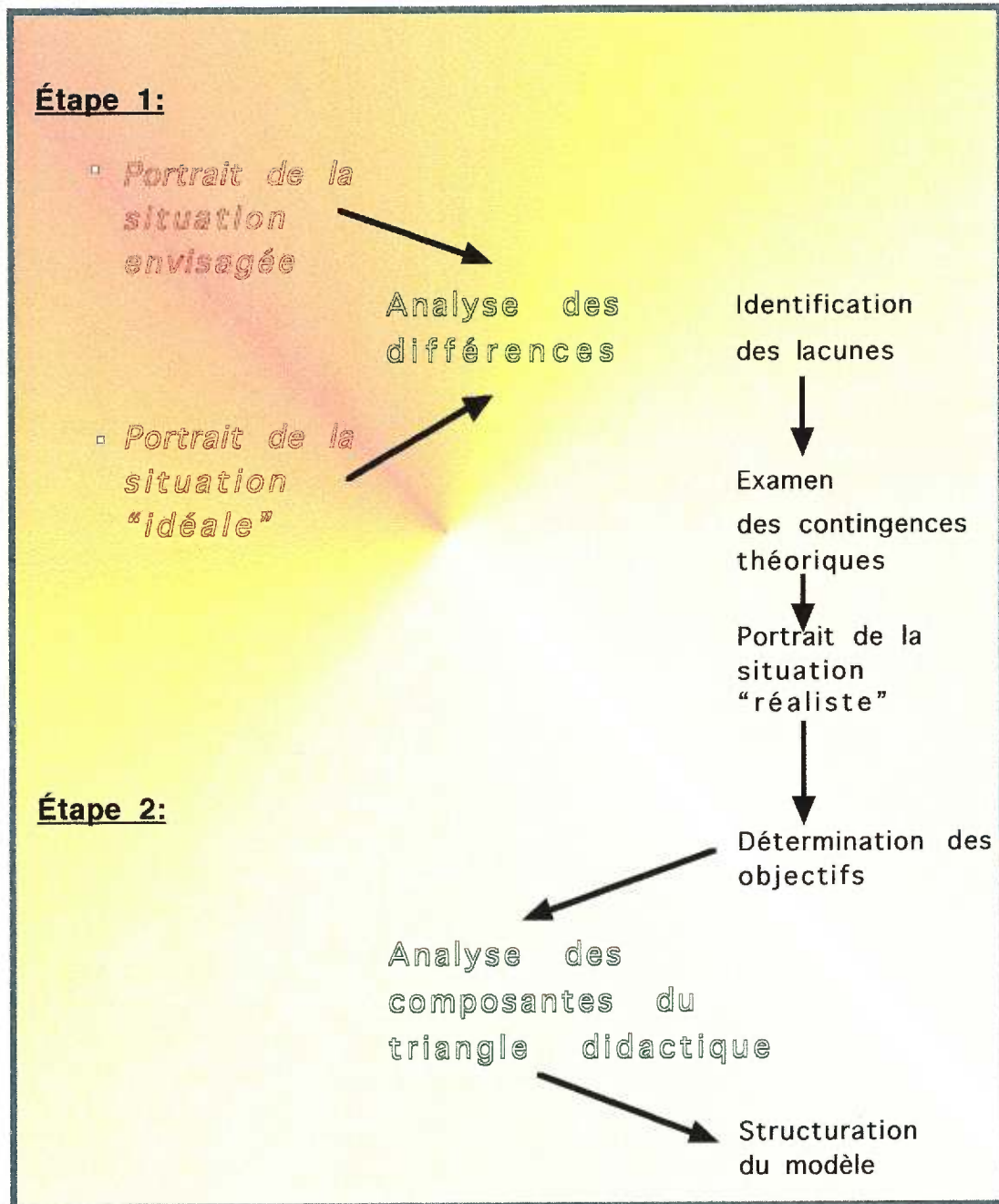


Schéma #1: étape d'élaboration d'une situation didactique

Après avoir tracé le plan du mémoire nous préciserons, dans les pages qui suivent, la méthodologie de la présente étude.

Méthodologie

SITUATIONS DÉCISIONNELLES

Plus	<u>HOMEOSTATIQUE</u> 1 Activité restaurative But: maintenir.	<u>MÉTAMORPHIQUE</u> 2 Activité utopique But: bouleverser	
	<u>D'ADJONCTION</u> 3 Activité de développement But: améliorer continuellement.	<u>D'INNOVATION</u> 4 Activité de changement délibéré. But: Inventer, tester, diffuser	
	Moins	DEGRÉ DE CHANGEMENT	Plus

(Schéma #2 Tableau de situations décisionnelles de Braybrooke et Lindblom , 1963, p. 30)

(Le tableau illustré ci-haut n'a d'autre utilité que de distinguer différentes situations décisionnelles qui commandent chacune des méthodologies qui leur sont propres. Puisque notre objectif consiste à inventer une situation didactique, nous avons tenu, avec ce schéma, clarifier notre cadre de situation décisionnelle qui implique un degré de changement "plus" dans une situation d'innovation.)

L'approche que nous privilégions pourra se nommer, selon Larose (1998): un processus d'analyse didactique pour l'action, puisqu'il devrait permettre "*d'identifier plus facilement les décisions nécessitées par la découverte de nouvelles solutions*". Dans notre cas, il s'agit de

propositions de changements à apporter dans un *curriculum* de formation de sage-femme et non pas de bouleverser le *curriculum* au complet par nos prétentions d'innovation.

Ainsi, dans le but de couvrir l'ensemble des décisions qui se rapportent à l'élaboration d'un cours, il semble pertinent de distinguer la classification suivante et de rappeler les fonctions qui sont pertinentes à l'élaboration de notre étude : la planification et la structuration.



Schéma #3, Classification des étapes d'élaboration d'une situation didactique

La planification

Ce sera notre première étape, celle qui évalue le contexte. C'est l'étape de l'invention et de la conception d'esquisses préliminaires. Elle utilise les critères de validité et d'impact pour déterminer les possibilités d'objectifs à retenir. Le critère de validité, nous dit Larose (1998 : 83), découle de l'échelle de valeurs de ceux qui ont à prendre des décisions tandis que le critère d'impact vise à ce que "*l'envergure des moyens choisis soit justifiée par rapport à l'importance du but poursuivi*". Ainsi, les possibilités les plus valides seront celles qui se rapprocheront le plus de la situation "idéale" tandis que les critères d'impact seront

interprétés par rapport au but poursuivi. C'est aussi à cette étape que l'on devra spécifier et formuler les objectifs à atteindre après avoir identifié les besoins, les difficultés et les contraintes du champ d'action.

La structuration

Ce sera notre deuxième étape, celle qui évalue les composantes. C'est l'étape où l'on se pose les questions de praticabilité et de maniabilité après avoir imaginé les différentes stratégies de communication prévisibles. Est-ce praticable? Sera-t-il possible de contrôler la bonne marche du cours? Est-ce réaliste par rapport aux ressources disponibles? En d'autres mots, est-ce que notre modèle est réalisable dans l'environnement donné compte tenu des actions des protagonistes entourant les savoirs savants, les savoirs transposés et les savoirs appris.

La production, la mise en place, la révision

Il serait sans doute intéressant dans le cadre d'une thèse de doctorat de pouvoir s'attarder davantage aux autres étapes de l'élaboration d'une situation didactique - production, mise en place, révision - mais ce ne peut être réalisable à l'intérieur d'un mémoire de maîtrise vu l'ampleur du travail que cela exigerait. Nous allons donc concentrer nos efforts sur la planification et la structuration et ne donner, dans notre travail final, qu'un aperçu des objectifs des autres étapes de l'élaboration d'une situation didactique: production, mise en place et révision.

L'évaluation et la prise de décision

Les premiers instants d'une situation d'innovation ne peuvent être considérés comme très rigoureux, ils relèvent surtout de la créativité et des études de type heuristique. Dans un stade plus avancé des efforts d'innovation, la rigueur devient une condition "*sine qua non*", nous dit Larose. Sachant que les obstacles à l'innovation didactique sont nombreux et complexes (Hassenfofder, J. 1972, : 123-128) il devient important "*d'améliorer les réseaux de communication et d'associer la responsabilité à*

un pouvoir concret et immédiat.” (Larose, 1998). La prochaine étape consistera à s'appuyer sur la connaissance des théories et des solutions apportées par la culture scientifique à notre domaine.

Pour ce faire, le modèle général d'évaluation publié par Stufflebeam et al., (1972), semble correspondre parfaitement à la situation d'innovation que caractérise l'élaboration d'un projet de situation didactique. Il distingue quatre types d'évaluation: "*Context, input, process and product evaluation*"; l'évaluation de contexte, l'évaluation des composantes, l'évaluation des opérations et enfin l'évaluation révisionnelle. Si l'on adapte à la construction de situations didactiques les différents types d'évaluation proposés par Stufflebeam et Al., on constate que l'on peut les raccorder facilement aux cinq étapes de l'élaboration dont nous avons parlé plus haut au schéma #3.

TYPES D'ÉVALUATION	ÉTAPES DE L'ÉLABORATION
Évaluation de contexte	Planification
Évaluation des composantes	Structuration
Évaluation des opérations	Production
	Rencontre
Évaluation révisionnelle	Révision

Schéma #4: Les types d'évaluation et les étapes de l'élaboration

Précisons, d'entrée de jeu, la fonction de l'évaluation de contexte et celle de l'évaluation des composantes. La première va permettre

de différencier notre objet d'étude; c'est l'évaluation qui nous fournira le cadre de référence générale à partir duquel nous déterminerons nos objectifs. La deuxième évaluation, quant à elle, considère les éléments de structuration de notre modèle de situation didactique.

L'ÉVALUATION DE CONTEXTE

Bien que l'évaluation de contexte ne soit pas le seul critère à tenir compte dans notre planification, elle devrait néanmoins nous permettre de déterminer les difficultés reliées aux conceptions des principaux protagonistes en jetant un regard sur les possibilités inexploitées pour améliorer la compréhension dans le contexte qui nous intéresse, soit celui de la formation des sages-femmes à l'Université de Trois Rivières. De plus, il nous permettra aussi d'identifier les obstacles qui nuisent à l'acquisition des connaissances (Larose, 1998). C'est l'évaluation de contexte qui établit les limites du projet, le décrit et l'analyse en plus de fournir une somme d'informations utiles à des hypothèses de travail: concordance des buts visés, contrôle continu du système et prévision des changements éventuels. Là où l'évaluation de contexte nous attire plus particulièrement c'est qu'elle *“pose aussi de nouveaux problèmes au développement théorique et à la recherche empirique ...”* (Larose, 1998).

En d'autres termes, il s'agit d'imaginer le scénario d'une situation idéale à laquelle on compare la situation actuelle, c'est à dire celle que nous présente le programme de l'U.Q.T.R., tout en analysant les contraintes incontournables avant de formuler les stratégies de changement envisagées. Comme on l'a mentionné, notre stratégie consiste à intervenir dans la formation des futures sages-femmes afin qu'elles réorganisent leur conception au sujet de l'activité scientifique. Plus précisément, nous devons planifier une situation didactique dont la mission est de déclencher cette prise de conscience nécessaire au changement conceptuel. Toutefois, cette planification ne résulte pas d'une démarche intuitive. Elle procède plutôt d'une approche systématisée faisant appel à des principes tels : le dérangement épistémologique, le regard constructiviste, les acquis des protagonistes, le dépistage des conceptions...

A cet égard, un survol sur la théorie didactique va préciser nos fondements scientifiques.

La didactique s'intéresse à

” rendre l'enseignement plus efficace, mieux comprendre comment les élèves apprennent, donner aux maîtres des outils méthodologiques qui leur permettent d'ajuster au plus près leur enseignement aux capacités des élèves et de pouvoir en évaluer les résultats de façon aussi précise, rigoureuse et objective que possible.” (Cornu et Vergnion, 1992)

Mais, disent-ils, c'est au niveau de la recherche que la didactique trouve sa légitimité universitaire et institutionnelle. Elle est directement liée avec l'apparition de nouveaux savoirs ou de nouveaux enseignements.

...il s'agit de construire des concepts, des modèles et des méthodes d'analyse, d'interroger les savoirs enseignés dans leurs dimensions historiques et épistémologiques, de problématiser les méthodes et les contenus d'enseignement au sein de l'institution scolaire dans son évolution et ses finalités.” (Cornu et Vergnion, 1992 : 40)

La didactique jette un regard non seulement aux trois pôles qui définissent le triangle didactique -élèves, savoirs, maîtres-, mais surtout aux relations entre ces pôles.

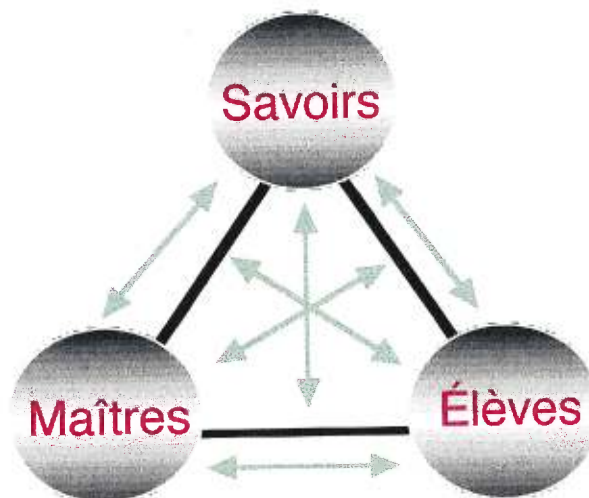


Schéma #3: Triangle didactique

Comme on le constate au schéma #5, la relation entre les trois pôles primaires du triangle de la didactique se considère aussi à l'intérieur du triangle puisque, par exemple, la relation entre maîtres/savoirs entraînera nécessairement une influence sur le pôle opposé, en l'occurrence celui de l'élève, et ainsi de suite. Ce regard élargit notre vision de la didactique.

Bien que la didactique ait considérablement évolué ces dernières années, il n'en demeure pas moins que pour définir ses propres priorités et surtout pour la distinguer d'avec les sciences de l'éducation, elle se doit de s'affirmer dans un domaine théorique nouveau.

“Il faut écarter tout schéma réductionniste: la didactique n'est réductible ni à la connaissance d'une discipline ni à la psychologie, ni à la pédagogie, ni à l'histoire, ni à l'épistémologie. Elle suppose tout cela, elle ne s'y réduit

pas: elle a son identité, ses problèmes, ses méthodes. C'est maintenant un point acquis pour les chercheurs qui se sont engagés dans cette voie". (Vergnaud, 1978)

L'ÉVALUATION DES COMPOSANTES

L'évaluation des composantes a pour but d'identifier et d'évaluer quelles sont les pièces du puzzle et comment les utiliser pour la communication des objets du projet. C'est un procédé complexe duquel peu de techniques nous sont offertes dans le cas de la situation d'innovation. Mentionnons uniquement pour l'instant qu'elle:

"...vise la structuration d'un modèle qui correspond aux objets de savoir nouvellement fixés." (Larose, 1998),

il sera intéressant de s'y attarder le moment venu.

Étape I:
Phase de planification

Étape 1:

-Phase de la planification

1.1. Évaluation du contexte

L'évaluation de contexte fait partie intégrante de la phase en planification dont il a été question dans notre introduction. C'est à cette étape que nous prendrons en considération la situation à l'étude c'est à dire, le contexte de "l'institutionnalisation" de la pratique sage-femme. C'est aussi dans cette phase que nous tracerons le portrait de la situation envisagée par le programme de formation sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que le portrait d'une situation que nous qualifions de plus "idéale". Nous mettrons en relation ces deux portraits afin d'en identifier les lacunes. Par la suite, nous ferons un examen des contingences théoriques qui nous amènera à tracer le portrait de notre situation didactique anticipée. C'est alors que nous pourrons délimiter nos principaux objectifs et que, nous l'espérons, le but de notre travail deviendra plus évident.

1.1.1 La situation à l'étude

Pour bien comprendre les enjeux qui se dessinent à travers la légalisation, c'est à dire "l'institutionnalisation" des sages-femmes, il est important de saisir le contexte actuel de cette pratique de même que les perspectives de formation qui s'y rattachent. Nous garderons aussi en mémoire les perspectives historiques de cette pratique et les différences existant entre la pratique médicale et la pratique sage-femme ainsi, nous pourrons mieux saisir les paradigmes en jeu devant la perspective de "l'institutionnalisation".

1.1.1.1 Perspective pédagogique

Les sages-femmes du Québec, devant la pression constante des Québécoises et de nombreux organismes (10,000 personnes dans des colloques organisés conjointement par le Ministère des affaires sociales et l'Association pour la santé publique du Québec), tentent d'accéder à un statut professionnel depuis le début des années 1980. La lutte menée par celles-ci, afin d'acquérir un titre professionnel reconnu, s'est révélée particulièrement complexe et difficile puisque la pratique de sage-femme a été jetée aux oubliettes de l'histoire depuis le milieu du vingtième siècle et que la profession médicale détient et retient depuis le monopole du suivi de grossesse et des accouchements. En juin 1990, l'Assemblée nationale du Québec adopte la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets pilotes (Loi 4) afin d'expérimenter la pratique de celles-ci. Finalement, en 1998, nous voici à l'aube d'une reconnaissance officielle. En effet, en avril 1998 le Gouvernement du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux) déposait ses recommandations ministérielles quant à:

- l'opportunité de permettre la pratique des sages-femmes et, le cas échéant,
- la détermination de l'organisation professionnelle de cette pratique,
- le mode d'intégration de la sage- femme dans l'équipe de périnatalité

(Pratique des sages-femmes, Recommandations ministérielles, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.)

Afin d'éviter toute interruption dans les services actuellement disponibles et de conserver l'encadrement qui permet cette pratique, la loi 4 sera prolongée jusqu'au 24 septembre 1999. Les recommandations ministérielles entreront donc en vigueur à compter de cette date. Entre-temps, plusieurs conseils multidisciplinaires mettront leurs réflexions en commun sur les façons de faire pour intégrer cette nouvelle profession dans le système de santé actuel et pour tracer les lignes directrices de la pratique dans le domaine prénatal. Bien entendu,

“la mise en place d’un programme de formation des sages-femmes dans une université québécoise est un élément crucial de cette reconnaissance. Ce programme doit permettre de former des sages-femmes qui, lorsqu’elles entrent dans la profession, sont des professionnelles autonomes, sachant offrir à leur clientèle des services spécialisés et de qualité. (Pratique des sages-femmes, Recommandations ministérielles, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.)

1.1.1.2 Le lieu du *curriculum* de formation

Le 19 avril 1998, le ministère de l’Éducation lançait un appel d’offres aux universités québécoises quant à l’implantation d’un programme de formation des sages-femmes qui devrait débiter en septembre 1999. Quatre universités ont répondu à cet appel d’offres soit l’Université Mc Gill, l’Université de Montréal, l’Université Laval et l’Université du Québec à Trois Rivières (U.Q.T.R.).

La seule université ayant travaillé en collaboration avec des sages-femmes accréditées pour l’élaboration du curriculum de formation est l’U.Q.T.R. Les autres universités ont travaillé en collaboration avec le Collège des médecins et dentistes et les facultés de médecine et ou de science de la santé. L’Université de Montréal, entre autre a collaboré conjointement avec le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), quelques sages-femmes diplômées d’autres pays et non praticiennes au Québec, et un comité recommandé par le Collège des médecins.

Le *Regroupement les sages-femmes du Québec* a choisi l’U.Q.T.R. pour plusieurs raisons: tout d’abord, elle est le choix des sages-femmes elles-mêmes; depuis 1990, l’U.Q.T.R. travaille étroitement avec les sages-femmes du Québec au développement de leur formation. En 1994, l’U.Q.T.R. offrait un programme d’actualisation des connaissances aux sages-femmes nouvellement accréditées; au fil de cette collaboration

l'U.Q.T.R. devrait, *a priori*, mieux connaître les caractéristiques et les aspirations des sages-femmes. Aussi, parce que cette université a procédé à des consultations d'individus représentant la clientèle des sages-femmes et des organismes qui s'occupent de la promotion de l'humanisation des soins en matière de périnatalité, (à cet égard on trouvera en annexe F un document signé par une représentante de la coalition demandant la légalisation des sages-femmes et qui explique pourquoi l'U.Q.T.R. est le choix des femmes pour la formation des sages-femmes au Québec). De plus, en s'adjoignant une représentante de ces organismes sur le Comité d'élaboration du programme, l'U.Q.T.R. mentionne qu'elle a appris à "*connaître les attentes de la population qui utilise les services des sages-femmes*" (Université du Québec à Trois-Rivières, Dossier, *Programme de baccalauréat en pratique sage-femme*, Trois-Rivières, mai 1998). L'U.Q.T.R. devrait donc répondre à certains des objectifs gouvernementaux quant à la légalisation des sages-femmes et de fait, aux objectifs poursuivis par les femmes qui réclamaient les services des sages-femmes au Québec soit, entre autres, pour la démedicalisation de la grossesse.

1.2.1 La situation envisagée. L'institutionnalisation.

Le projet de programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été préparé en collaboration avec *Le Regroupement les Sages-Femmes du Québec* et des représentantes de clientes des sages-femmes. Il se fonde largement sur le programme de formation des sages-femmes du Consortium McMaster des universités ontariennes et a "*obtenu la collaboration du Consortium pour élaborer les cours, les approches pédagogiques et déterminer les ressources requises.*" (*Programme de baccalauréat en pratique sage-femme*, Trois-Rivières, mai 1998). Il repose sur les recommandations et les orientations ministérielles qui se basent sur les recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes dans son *Rapport Final* (1997).

Ses objectifs sont:

“de préparer des sages-femmes compétentes et autonomes qui suivent des femmes et leur famille tout au long de la période périnatale, dans un contexte d’équipe multidisciplinaire, en respectant le besoin des femmes d’accoucher en sécurité et dans la dignité.

*“de préparer les sages-femmes à exercer dans une variété de lieux: à effectuer des suivis pré et postnatals en maison de naissance et à domicile, à assister des accouchements en maison de naissance et en centre hospitalier”. *1 Il les prépare à inscrire leurs soins dans des services de première ligne et à établir les collaborations requises avec les services professionnels de deuxième et troisième ligne.*

“de contribuer à promouvoir les caractéristiques propres de la pratique sage-femme et à relier celle-ci à la politique de périnatalité: <<le respect de la grossesse et de l’accouchement comme processus physiologiques normaux; la reconnaissance que l’accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille; le respect de la diversité des besoins des femmes et de leur famille; la continuité des soins et des services; le choix éclairé; la promotion de la santé>> (U.Q.T.R., 1998)

La majorité des cours du programme proposé par l’U.Q.T.R. correspondent à ceux du programme de formation des sages-femmes du Consortium McMaster des universités ontariennes, entre autres, par une importance accordée à la place de la formation clinique encadrée principalement par des préceptrices sages-femmes. Toutefois, l’U.Q.T.R. ajoutera:

“plus de cours en sciences biomédicales, sur les pathologies obstétricales et néo-natales dont

¹ Les soulignés ont été rajouté par nous, ils servent à mettre l’emphase sur un élément clé. Nous retrouverons ces éléments lorsque nous identifierons les lacunes du programme.

l'enseignement sera confié à des spécialistes ainsi qu'un stage en centre hospitalier sous la supervision de médecins.

*“Son approche curriculaire et ses méthodes pédagogiques sont centrés sur un apprentissage qui combine la rigueur scientifique des disciplines fondamentales^{*2} et l'apprentissage expérientiel et contextuel au moyen de stages cliniques faisant appel au préceptorat, en parallèle avec des cours théoriques et des activités d'apprentissage par problèmes.” (U.Q.T.R., 1998)*

On trouvera en annexe C les standards généraux de compétence de la pratique sage-femme au Québec ainsi qu'une liste des attitudes essentielles desquelles les cours de l'U.Q.T.R tiendront compte. Ces standards et ces attitudes devraient recouvrir les connaissances, les habiletés et les compétences requises dans chacune des sphères d'intervention de la pratique sage-femme. Il est cependant important de noter que l'approche novatrice de l'U.Q.T.R se rapporte principalement à sa philosophie curriculaire soit:

“de mettre en jeu des activités où l'acquisition des connaissances et des habiletés disciplinaires s'organisent autour de situations cliniques et de problèmes qui sont particuliers à la formation professionnelle dans laquelle s'insèrent les disciplines. Il implique une approche inductive par laquelle l'étudiante assimile et situe les savoirs disciplinaires en fonction de leurs applications à des situations cliniques. Il est fondé sur la capacité de l'étudiante à intégrer des connaissances, des habiletés et des attitudes autour de tâches qu'elle doit maîtriser et de problèmes concrets qu'elle doit résoudre.” (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

¹ Les soulignés ont été rajouté par nous, ils servent à mettre l'émphase sur un élément clé. Nous retrouverons ces éléments lorsque nous identifierons les lacunes du programme.

et sur son approche curriculaire caractérisée par:

“une intégration progressive des compétences de la sage-femme, en faisant appel à un apprentissage expérientiel et contextuel par le développement de compétences professionnelles tout en favorisant l’acquisition d’une culture scientifique et humaniste”. (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

Afin de respecter ces objectifs de philosophie curriculaire, il est prévu d’utiliser les approches et méthodologies suivantes:

- l’approche par compétences, qui réfère aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes qui doivent être acquises par l’étudiante;
- des ateliers pour l’acquisition des habiletés techniques et relationnelles de la profession;
- les activités de stage faisant appel au préceptorat qui fait place à un apprentissage en prise directe sur les situations cliniques et favorise l’intégration des apprentissages;
- l’apprentissage par problèmes qui devrait donner à l’étudiante l’occasion de réfléchir plus à fond sur les situations cliniques observées et d’apprécier les connaissances et la méthodologie des différentes disciplines scientifiques -sciences physiques, chimiques, biologiques, sciences humaines et sociales- afin de développer son jugement critique et d’évaluer la rigueur des processus sur lesquels reposent les résultats et les conclusions des recherches qui caractérisent son milieu de pratique, de distinguer les données fiables et de savoir repérer les

informations appropriées.³

Les concepteurs du programme veulent

“éviter une formation professionnelle qui soit centrée exclusivement sur l’acquisition des compétences professionnelles spécialisées. Il est nécessaire d’acquérir les compétences fondamentales qui permettent à l’étudiante de situer ses activités professionnelles par rapport à des connaissances et des méthodologies scientifiques, par rapport à des valeurs issues de l’humanisme et par rapport à une perception sensible des besoins des communautés qu’elle sert.” (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

Voici une liste des éléments des diverses disciplines et champs d’étude entrant dans la composition du programme:

Sciences de la santé

- | | |
|-------------------|-------------------|
| -l’anatomie | -l’embryologie |
| -la génétique | -la physiologie |
| -l’histologie | -la biochimie |
| -la microbiologie | -l’endocrinologie |
| -l’hématologie | -la pharmacologie |
| -la gynécologie | -l’obstétrique |
| -la néonatalogie | -la nutrition |
| -l’épidémiologie | -la sexologie |

Champs thématiques qui touchent les aspects suivants:

- | | |
|-------------------|------------------|
| -social | -anthropologique |
| -historique | -culturel |
| -politique | -psychologique |
| -communicationnel | -épistémologique |
| -juridique | -éthique |

² idem

“En vertu de la perspective expérientielle sur laquelle est fondé le programme, les apprentissages dans ces champs d'étude sont reliés directement à l'acquisition des compétences professionnelles de la sage-femme... Les concepts et les habiletés génériques sont acquis dans un certain nombre de cours théoriques, de laboratoires et d'ateliers... L'étudiante apprend l'importance de recourir aux connaissances de ces disciplines pour l'exercice et le maintien à jour de sa pratique, pour fonder ses jugements cliniques sur des informations obtenues selon les standards rigoureux reconnus et pour communiquer diverses informations touchant les multiples aspects de la périnatalité...”⁴ (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

Un élément du programme qui attire particulièrement notre attention est celui dans lequel l'étudiante acquerra les outils et les habiletés professionnelles pour être en mesure d'analyser les situations cliniques et d'appliquer la méthodologie et les techniques de recherche et de documentation pour expliquer ces situations. Ce cours, SPU 1015 - *Évaluation de la documentation de recherche* - se penchera sur les principaux fondements épistémologiques de la recherche scientifique, il se donnera en première année au trimestre d'automne. En voici la description:

“Connaître les principaux fondements épistémologiques de la recherche scientifique. Savoir utiliser efficacement les outils informatiques et de communication requis pour consulter les banques de données en santé, notamment en santé périnatale, disponibles en bibliothèque, sur support informatique et sur Internet. Distinguer les processus méthodologiques utilisés dans le domaine de la recherche scientifique et clinique. Comprendre comment la recherche contribue à établir les normes cliniques et scientifiques

³ idem

de la profession. Comprendre les termes utilisés en épidémiologie, particulièrement ceux reliés à la périnatalité. Comprendre comment les méthodes épidémiologiques sont utilisées pour connaître les conditions sanitaires d'une communauté et évaluer leurs besoins spécifiques. Savoir lire, analyser, interpréter et critiquer les recherches disponibles dans les articles scientifiques. Produire un compte rendu synthétique d'une situation clinique. Analyser le cas, de manière à identifier les mots-clés qui vont permettre la recherche des informations pertinentes. Savoir évaluer la validité des données et la rigueur des conclusions d'une recherche en se fondant sur les principes de l'épidémiologie et de la biostatistique. Établir des liens entre les résultats de recherches scientifiques et les cas cliniques.

Synthèse d'un cas. Analyse et recherche des mots-clés. Les principales banques de données contenant des études en périnatalité. Recherche au moyen des banques de données. Concepts et principes de l'épidémiologie. Rappel des principaux aspects et des étapes de la recherche scientifique. Les différents types d'études. L'élaboration d'un protocole. La rédaction d'un article scientifique (media de publication, évaluation par les pairs, fraude, éthique, règles de soumission). Les apprentissages touchant la lecture, l'analyse, l'interprétation et l'évaluation critique des données et des résultats de recherche vont s'effectuer sur la base d'articles scientifiques traitant de périnatalité soumis lors d'ateliers de discussions animés par l'enseignant." (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

Un autre élément qui attire aussi notre attention est celui des

“Modalités pédagogiques du programme” , on y retrouve les aspects suivants:

- 1) Les modalités pédagogiques doivent permettre la maîtrise progressive de compétences en recourant principalement à des approches inductives et constructivistes, qui reposent sur l’activité de l’étudiante et sur la collaboration des pairs;⁵
- 2) elles doivent favoriser des apprentissages expérientiels dans les milieux de pratique, qui permettent à l’étudiante une réflexion continue sur les actions de la sage-femme et sur les contextes de ces actions;
- 3) elles doivent permettre à l’étudiante d’acquérir des compétences transversales qui favorisent les transferts d’apprentissage entre les savoirs méthodologiques disciplinaires et la pratique professionnelle;
- 4) elles doivent permettre à l’étudiante d’acquérir une culture humaniste et scientifique, qui soutient et renforce l’exercice de ses compétences professionnelles.

On ne peut terminer ce survol du portrait envisagé par le programme de formation sage-femme sans jeter un coup d’oeil sur les modalités d’évaluation prévues par le *curriculum*. Voici un extrait des intentions de l’U.Q.T.R.:

“L’apprentissage expérientiel fondé sur des compétences intégrant connaissances, habiletés et attitudes, la communauté de recherche, la culture scientifique et humaniste requièrent le recours à plusieurs modalités d’évaluation des apprentissages, auxquelles concourent les divers intervenants -l’étudiante elle-même, ses pairs, les préceptrices, les professeurs et les chargés de cours, les clientes “standardisées”- dans la formation des

⁴ Les soulignés ont été rajouté par nous, ils servent à mettre l’emphase sur un élément clé.

étudiantes. Ces modalités font appel également dans une large mesure à l'évaluation formative, de manière à ce que l'étudiante reconnaisse rapidement les performances inadéquates observées sur le plan des connaissances, des habiletés et des attitudes par rapport aux standards prescrits.”⁶

L'évaluation de la participation à la communauté de recherche et l'évaluation des attitudes appliquées à la formation des sages-femmes exigeront le développement de recherches en sciences de l'éducation sur ces domaines de la mesure et l'évaluation des apprentissages.*

En ce qui concerne l'évaluation globale de l'étudiante, tel que prévue par le règlement général 2 “Les études de premier cycle” (art. 1.7.2.3 c), le Comité d'élaboration propose un examen des performances * au terme de la formation clinique, qui soit basé sur ceux qui ont été développés par le Consortium McMaster et par le Centre d'évaluation en sciences de la santé de l'Université Laval (CESSUL) pour le comité d'admission à la pratique sage-femme.⁷ (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

1.3.1 La situation “idéale”.

Pour tracer le portrait de la situation idéale il faut tenir compte du contexte dans lequel s'exerçait la pratique des sages-femmes au Québec avant la demande, par les femmes, de la légalisation de la pratique. Il faut comprendre que les usagères des services sages-femmes soutiennent la cause des sages-femmes parce qu'elles ont apprécié le sens et la

⁶ idem

⁷ Le CESSUL était responsable de la conception des examens oraux et écrits qui ont permis au comité d'admission à la pratique sage-femme d'accréditer les sages-femmes oeuvrant dans les projets-pilotes.

⁵ idem

compétence de celles-ci durant le soutien reçu pendant leur maternité et que leur demande de légalisation avait pour but principalement de rendre légal un acte qui s'opérait dans l'illégalité depuis que l'acte d'accoucher n'était réservé qu'aux seuls médecins (Loi médicale (L.R.éQ., chapitre 1-8). Il faut aussi comprendre ce qui distingue la pratique de la sage-femme de la pratique médicale. Comprendre pourquoi des couples préfèrent recevoir l'aide d'une sage-femme plutôt que l'aide du corps médical et de sa technologie pendant le processus de la maternité.

“Qu’un couple choisisse un médecin ou une sage-femme, le résultat semble le même au bout de neuf mois: un bébé. Mais, entre-temps, toutes sortes d’éléments auront été mis en place et l’aventure d’être parents n’aura pas commencé du même pied. Depuis vingt ans, au Québec, les parents le sentent, le savent. Et des recherches le confirment..

L’expérience directe et concrète des femmes ne trompe pas.

Celle des conjoints non plus.

Les avantages sur la santé sont indéniables.”

(Voir Annexe D : Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), 1998, Profession sage-femme. Petit manuel de base pour préparer la naissance de l'avenir. Montréal, 1998.)⁹

Toujours pour tracer le portrait de notre situation idéale, il ne faudrait pas non plus oublier que depuis vingt ans, les associations médicales s'opposent radicalement à l'avènement de la pratique sage-femme pour des raisons de sécurité, disent-elles.

“Le mot <<sécurité>> évoque souvent <<médecin, technologie-

⁸ Les soulignés ont été rajouté par nous, ils servent à mettre l'emphase sur un élément clé.

intervention-hôpital>>, comme si cette combinaison offrait une garantie à toute épreuve alors que l'accouchement avec une sage-femme en maison de naissance était un choix risqué, voire irresponsable. Or, la réalité est autre. Il faut d'abord distinguer le ou la professionnel(le) qui assiste un accouchement du lieu où cet accouchement se déroule.”
(Association pour la santé publique, 1998)

À l'instar de plusieurs personnes qui se sont penchés sur les risques et les avantages d'être suivi par une sage-femme: Association pour la santé publique du Québec (1998), Comité d'admission à la pratique des sages-femmes (MSSS, 1995), Conseil d'évaluation des projets-pilotes (MSSS, 1999), Helen Corin (1993), Hélène cornellier (1993, Marie-Claude Desjardins et al. (1993, Sergine Desjardins (1993), le Groupe MAMAN (1998), Céline Lemay (1997), Michel Odent (1990) et j'en passe, nous considérons que le débat va plus loin que la notion de sécurité. Comme eux, nous croyons qu'il s'agit plutôt de deux visions de la santé qui sont différentes: une vision de maladie où il s'agit de soigner une maladie et une vision de santé où il est question de prévenir la maladie ou les problèmes et d'encourager le processus naturel du corps. Ces visions nous amèneront à parler d'un nouveau paradigme de la santé; c'est ce dont il sera question un peu plus loin.

Nous allons donc nous attarder sur les quatre arguments suivants pour développer notre situation idéale: le contexte culturel, la différence entre les obstétriciens(iennes) et les sages-femmes, la “sagefemmeophobie” et le nouveau paradigme de la santé...

1.3.1.1 Le contexte culturel

La renaissance de la pratique de la sage-femme au Québec est née de l'insatisfaction de certaines femmes face à la médicalisation des services périnataux privant celles-ci de leur pouvoir de décision quant aux choix qui leur appartiennent: comment? avec qui? et où accoucher?

(Cornelien, 1993). Ces femmes se sont tournées vers les sages-femmes

“dont la formation et son essence même de femme l’ont fait reconnaître depuis le début de l’humanité comme passeuse de vie”. (Les dossiers de l’obstétrique/no 220/août-septembre 1994).

Cette clientèle sage-femme s’attend à ce que celle-ci, encore en 1998, lui donne du temps, du respect, de l’amour, des paroles vraies...
Frédéric Leboyer (1974) disait:

”L’accouchement entraîne un fantastique élargissement de conscience, qui fait si peur que la femme s’en défend désespérément. Elle se raccroche à n’importe quoi, elle est en train de se noyer. Or il faut qu’une personne qui ait elle même vécu cela, QUI SE SOIT DÉJÀ NOYÉE, ait le courage de lui dire: NOIE TOI! qu’elle la laisse se noyer... C’est le rôle de la sage-femme”.

De plus, de nos jours, on demande à la sage-femme d’être plus qu’une femme qui s’est déjà noyée mais aussi une femme "co-naissante" (connaissante) et compétente dans tout le processus de la maternité.

*“Le travail des sages-femmes demande un minimum d’instrumentation, mais un maximum de formation.”
(Hélène Valentini (1990)*

“L’avis du MSSS sur les sages-femmes recommande que leur formation soit de niveau universitaire, dure trois ans et soit ouverte à toutes, sans préalable de formation d’infirmière. (...) Un consensus se dégage actuellement au Québec sur ces recommandations. Le programme de formation devra aussi prévoir des mécanismes de formation continue” . (...) Les sages-femmes doivent aussi acquérir une expérience clinique adéquate sous la supervision du

personnel autorisé et dans les établissements agréés.
(Petit manuel de base pour préparer la naissance de
l'avenir, l' Association pour la Santé publique du Québec ,
1998.)

Malgré tout, de nombreux couples expriment déjà leur crainte. Il savent bien que les sages-femmes ne pourraient pas conserver la même approche ni offrir les mêmes services si elles devaient travailler sous le contrôle des médecins. Il sera essentiel que les sages-femmes conservent l'autonomie professionnelle dont elles jouissent actuellement nous dit l'Association pour la santé publique (1998).

À ce moment-ci, deux concepts importants dans le langage de la pratique sage-femme doivent faire l'objet de notre réflexion: autonomie et compétence. Voici comment nous en comprendrons la signification.

Autonomie: Du grec *autonomos* "qui se régit par ses propres lois, de auto et *nomos* "loi". Synonyme de indépendant, libre, souverain. (Petit Robert). Dans le langage sage-femme, l'autonomie se reconnaît à la prétention de ne pas être régie ou gouvernée par la profession médicale. Dans une lettre adressée à Monsieur Robert Diamand, président de l'Office des professions du Québec, en réaction à un projet de règlement du Collège des médecins relatif à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes, Madame Lucie Hamelin, présidente de *Le Regroupement les Sages-femmes du Québec*, rétorque:

"Nous nous inquiétons, d'abord, de voir la profession de sage-femme entièrement gouvernée par la profession médicale. Cela constitue à nos yeux, un précédent regrettable et injustifié. En effet, ce projet de règlement constitue une proposition de mise en tutelle de la profession sage-femme par une autre profession. Aucune profession au Québec n'est placée dans une telle situation. D'ailleurs, dès 1970, la Commission Castonguay-Nepveu recommandait "qu'aucune profession ne soit assujettie au

contrôle d'une autre profession" ...un ordre professionnel régi par une autre ne pourrait donc pas assumer convenablement, pour la protection du public , ses fonctions de réglementation et de contrôle de la pratique. Seule l'auto-réglementation de la profession sage-femme peut garantir la qualité des soins et des services reçus par la population... Nous nous inquiétons de perdre cette philosophie si la profession venait à être gouvernée par un ordre professionnel dont la préoccupation première est la pathologie ".¹⁰

Dans le langage ministériel:

"La sage-femme est une praticienne autonome. En oeuvrant dans son champ de pratique, elle agit en toute autonomie et est entièrement responsable des gestes qu'elle pose. Elle peut exercer son pouvoir de décision quant à l'application et à l'exécution des actes cliniques qui relèvent de sa compétence sans la supervision ni sous l'autorité d'un autre professionnel. La pratique de la sage-femme doit être régie par les lois de sa profession. (Pratique des sages-femmes, Recommandations ministérielles, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.)

Nous avons vu, un peu plus haut, l'importance de cette autonomie face au contexte de la pratique. Cette autonomie devrait, *a priori*, se refléter à l'intérieur d'un programme universitaire qui devrait, de toute évidence, être différent de celui du programme en médecine obstétricale.

Au delà des connaissances scientifiques objectives, il est primordial que la formation transmette aussi les attitudes et la philosophie inhérentes à l'approche des sages-femmes au Québec. Le programme de formation devra

¹⁰ Archives du Regroupement Les Sages-femmes du Québec, B.P. 354, Cote-des Neiges, Qc, H3S 2S6.

innover à ce chapitre en instaurant, par exemple, un système de tutorat en plus des stages. La qualité de la formation est un enjeu crucial. C'est le principal élément qui déterminera le type de sage-femme auquel les femmes et les familles auront droit." (Petit manuel de base pour préparer la naissance de l'avenir l' Association pour la Santé publique du Québec , 1998.

Compétence: Le concept de compétence porte à confusion. Gilles Tremblay (1990) mentionne à cet égard qu'il existerait plus d'une centaine de définitions différentes en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Selon lui, être compétent et avoir des connaissances, ce n'est pas synonyme. Par contre, ce sont deux expressions qui se complètent bien; le premier donnant un sens, une valeur à l'autre. De la même façon, être compétent et avoir des habiletés, ce n'est pas synonyme non plus;

"la compétence étant plus que la somme des habiletés....c'est une erreur de penser qu'une personne, qui possède toutes les habiletés requises, aura forcément la compétence. Généralement, ce n'est pas le cas; compétence et habileté ne sont pas de même niveau". (Tremblay, 1990)

Parce qu'il n'y a pas unanimité sur ce point et que plusieurs auteurs utilisent indifféremment les termes <<savoirs>>, <<compétences>> ou <<qualifications>>, nous tenterons, dans cette étude, d'éviter cette confusion sur la définition des compétences.

Nous adopterons un langage plus représentatif des épistémologies constructivistes en parlant, non pas de rendre les sages-femmes compétentes mais plutôt en fonction d'habiliter celles-ci aux fonctions qui les attendent, rejoignant ainsi Stroobants (1983 : 337-343) qui nous dit :

"Au fur et à mesure que le savoir perd son statut d'objet pour gagner en attribut du sujet, la relation cognitive tend

à se définir sur le mode de l'être - être compétent - et non plus sur celui de l'avoir - avoir un savoir, au risque de le perdre. "

"Lorsqu'en situation de formation, des procédés formels sont tronqués du contexte qui leur a donné un sens, ils sont dépourvus de savoir et ne peuvent rien apprendre. Lorsqu'ils sont traités comme objet à découvrir et non comme langage ou concept à comprendre, l'habilitation est différée."

"L'hypothèse de l'habilitation prend au sérieux les conditions qui mettent en mesure de poser et résoudre un problème. Elle concilie le caractère conventionnel et cependant efficace des compétences : dévolues, elles autorisent l'habileté. Dans cette perspective, les échecs ne sont plus simplement imputables à des facteurs prédisposant mais à l'impossibilité de rapporter une méthode à un cas particulier".

1.3.1.2 La différence entre les obstétriciens(iennes) et les sages-femmes.

La sage-femme porte un regard de confiance en la femme, radicalement différent de celui du médecin, qui, de par sa formation, sa fonction, recherche une pathologie.

"Elle est une professionnelle qui fait confiance et aide les femmes à faire des choix et à prendre des décisions lorsque nécessaire pour leur santé et celle de leur enfant" . Elles sont devenues sages-femmes pour répondre à un besoin exprimé par les femmes, besoin qu'elles ont ressenti elles-mêmes dans leur expérience de la maternité. (Cornelier, 1994).

Elles ont donc, avec le temps, élaboré un savoir sur l'accouchement et différents aspects de la maternité ainsi qu'un système de représentations et de significations autour de la maternité qui diffère sensiblement des significations sociales proposées essentiellement par la médecine .

“Nous sommes engagés dans une tradition qui a inventé la rationalité comme enjeu comme référence discriminatoire quant aux avenir que nous construisons. Elle est pour nous vectrice d'obligations et d'exigences qui, pour le meilleur et pour le pire, nous fabriquent et nous forcent à penser. Ce faisant, nous sommes inscrits dans une tradition redoutable. Là où les masques neutres de l'objectivité, des bonnes intentions et du sérieux professionnel justifient un arrêt de la pensée... (Isabelle Stengers, Tobie Nathan, Médecins et sorciers, 1995)

Selon MANA (The Midwives Alliance of North America):

“Outlined of the basic areas of competency which a midwife needs in order to responsibly enter primary practice. It focuses on repeatable skills which can be observed and evaluated. The equally important but less tangible skills of intuition, rapport with people, sensitivity, ability to make judgement calls and to integrate many levels of knowledge. Without all these skills a midwife is nothing more than a birth technician, and a dangerous one at that, because it is those intangible skills which are so often the most important.” (Holistic Midwifery, Ann Frye, 1995 : 29)

Selon la définition internationale des sages-femmes adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens (Annexe A), une différence significative entre l'exercice de l'obstétrique tel que

l'entend le milieu médical et la pratique des sages-femmes réside dans l'importance accordée à l'éducation, la prévention, ou encore aux soins du nouveau-né qui ne font pas partie du champ de l'obstétrique, bien qu'il faille reconnaître qu'il existe aussi un certain chevauchement entre les deux pratiques.

Bien que l'on retrouve aussi dans le monde de la médecine des hommes et des femmes remplis de compassion et de qualités humaines indiscutables, ce que nous voulons mettre en évidence est que la base de la formation des sages-femmes, jusqu'à présent, était orientée vers les aptitudes humaines, vers la confiance aux processus naturels de santé et vers une vision globale de l'être humain: la vie quotidienne, les besoins, les attentes, les comportements des femmes, leurs conditions socio-économiques, leur milieu culturel, leur histoire personnelle et familiale, leurs croyances et habitudes culturelles, etc.

“To create an environment conducive to spontaneous vaginal birth, patients need to be empowered to take charge of their own care. Empowerment is a process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources to feel in control of their lives.”
(Gibson, 1991)

Une sage-femme n'est pas une professionnelle de la maladie, elle est une spécialiste du naturel et du normal qu'elle se doit de connaître à fond. Bien qu'elle doive savoir détecter les complications et pallier aux urgences, les complications ne sont pas de son ressort, ils sont du ressort du médecin. Elle est spécialiste des grossesses physiologiques et les gynécologues-obstétriciens sont spécialistes des grossesses pathologiques. Pour paraphraser un verset biblique (Luc 5:31): *“Ce ne sont pas ceux qui se portent bien qui ont besoin de médecin, mais les malades.”*. Rappelons que la grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies.

“Les sages-femmes ne suivent que les femmes dont la

grossesse se déroule normalement et considèrent la grossesse comme un processus physiologique qui ne nécessite généralement pas d'intervention. Au premier abord, cette conception peut sembler laxiste, voire dangereuse. Au contraire, elle contribue à la sécurité des accouchements puisqu'elle implique un dépistage précoce des complications, rendu possible notamment parce que les sages-femmes donnent des soins continus et pratiquent selon une approche globale ou prime la prévention." (Petit Manuel de base pour préparer la naissance de l'avenir. Association pour la santé publique. Profession sage-femme, 1998).

Plusieurs études ont démontré que le soutien aux parents est plus qu'un simple coup de main. Cela favorise le développement du lien parental et du sentiment de compétence des parents et contribue à réduire l'incidence d'abus et de négligence envers les enfants (Bouchard, 1991). Partout où les sages-femmes pratiquent dans le monde, on note des accouchements plus faciles et rapides, une diminution importante du nombre de complications, une diminution marquée du nombre d'intervention obstétricales: césariennes, ventouses, forceps, une diminution du nombre de bébés de petits poids, du nombre de bébés prématurés, du taux de mortalité périnatale, du taux de morbidité périnatale. (Comité de travail sur la pratique des sages-femmes, 1989)

Dans les années 70, l'Organisation mondiale de la santé relevait que les taux d'interventions obstétricales les plus bas en Europe s'observaient là où les sages-femmes étaient bien implantées. De plus, les taux de mortalité périnatale les plus bas se trouvaient là où le taux de césariennes était inférieur à 10%. (Association pour la santé publique, 1998)

C'est aussi dans la représentation des femmes elles-mêmes vis-à-vis l'image de la sage-femme que l'on peut davantage considérer les

différences.

“La sage-femme n’a pas seulement confiance dans le processus même de l’accouchement, elle fait confiance aux femmes dans leur capacité de porter et de mettre au monde leurs enfants, de faire les choix qui sont les meilleurs pour elles. Elle a une fonction de protection dans une attitude de vigilance et de respect. Le travail de la sage-femme est une culture biologique, qui respecte les saisons et qui utilise l’écologie du milieu. Elle est comme une mère, pas celle qui considère l’autre comme un enfant, mais celle qui soutient la confiance. Elle est une présence, celle qui accueille qui conduit parfois, et celle qui nourrit. Elle est aussi quelqu’un qui aide à saisir le sens des événements et qui y croit” (Céline Lemay, 1997 : 98-99).

En 1998, le groupe MAMAN (Mouvement pour l’Autonomie dans la Maternité et pour l’Accouchement Naturel) publiait un bilan provincial de l’expérience des quelque deux mille femmes et hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance. Bilan fort positif qui réaffirme un désir de voir l’évènement de la naissance appartenir au parent de plein droit *“une pratique des sages-femmes qui soit toujours étroitement liée aux besoins des femmes et des familles tout en assurant la protection du caractère foncièrement naturel de la grossesse et de l’accouchement”* . Voici d’ailleurs quelques expressions employées par les couples pour exprimer leur satisfaction:

- *“On est plus qu’un utérus avec une sage femme”.*
- *“On est pas juste un cas!*
- *“Plus qu’une visite chez le médecin, ce n’est pas un service en série, la sage-femme met tout le temps nécessaire.”*
- *“C’est notre accouchement!”*

- *“Ma sage-femme m’a mis en confiance, cela m’a permis de vaincre ma peur. Avec moi, elles ont fait miracle!”*
- *“Les sages-femmes sont neutres et oeuvrent selon nos décisions sans essayer de nous contrôler”.*
- *“Ma sage-femme m’a fait toucher la tête de mon bébé encore à l’intérieur de moi, ça m’a donné l’énergie de pousser pour le délivrer de là.”*
- *“L’approche est différente, plus humaine, plus responsabilisante pour le couple, le père est plus impliqué.”*
- *“Ma fille de cinq ans était rendue une spécialiste de l’effacement et de la dilatation du col”.*
- *“Après l’accouchement, mon fils de six ans a appelé son meilleur ami en lui disant :Alexandre ON a accouché!”*
- *“Nous savons où nous allons car nous sommes mises au courant de chaque étape et de chaque action lors du suivi”.*
- *“Je veux une sage-femme globale, ça fait partie de sa compétence, je ne la veux pas autrement”.*
- *“Son soutien psychologique, ça fait partie de ma santé, c’est très important”.*
- *“Elles ont déjà eu des enfants et ça paraît”.*
- *“Elles nous communiquent leurs connaissances... et s’assurent que nous comprenons bien ce qui se passe. Elle sont à l’écoute”.*

“Spontanément, les participantes répondent ne pas vouloir d’un homme comme sage-femme... Les femmes ne veulent pas retrouver chez une sage-femme certains éléments qu’elles reprochent au milieu médical c’est -à -dire une attitude directive, pressée, parfois peu empathique, une approche non globale et axée sur les soins techniques... Un autre point soulevé concerne le besoin des femmes d’être accompagnées par une sage-femme qui a déjà eu un ou des enfants. Bien qu’impossible à exiger, c’est une expérience

très appréciée. Les femmes ne veulent surtout pas d'une sage-femme froide, nerveuse, bornée, stressante, interventionniste, ayant peu d'instinct, peu d'écoute ou qui serait "encarcannée" dans le protocole". (Groupe MAMAN, 1998)

1.3.1.3 La "sagefemmeophobie"

Au Québec, le processus de médicalisation de la naissance s'est véritablement imposé au tout début des années 1950. C'est à ce moment-là que l'accouchement en milieu hospitalier est devenu la normalité. On tentait d'éliminer la douleur tout en refusant de façon absolue le risque de mortalité maternelle et infantile associé à l'accouchement. L'accent est dorénavant mis sur la sécurité et le moindre risque. L'acceptation d'un accouchement en milieu hospitalier implique maintenant, nécessairement, celle des soins médicaux administrés de façon routinière. Brigitte Jordan, anthropologue, qualifie l'accouchement vécu en Amérique du Nord comme "*un événement culturellement provoqué*" où les interventions médicales sont pratiquées de routine sans aucune individualité, oubliant les particularités propres du déroulement de chaque accouchement (Tiré de Paradis, Louise, 1987 : 173). Selon elle, l'usage de la technologie médicale dans l'accouchement contribue à exagérer le risque réel; le terrifiant "au cas ou" véhiculé par les médecins ont amené les femmes à craindre que leur cas ne devienne pathologique.

Bien que depuis quelques années, plusieurs hôpitaux tentent d'humaniser les soins en matière d'obstétrique, il n'en demeure pas moins que l'argument médical tente de démontrer que toute naissance entraîne un potentiel de danger et de complications et requiert les services d'un spécialiste bien formé dans ce domaine. Les sages-femmes, dans certains milieux sont traitées d'incompétentes, de granolas, de malpropres, d'ignorantes, de vulgaires nous dit Sergine Desjardins (1993). Pourtant aucune statistique sur le travail des sages-femmes ne les disqualifie au détriment des médecins accoucheurs. Historiquement, l'étymologie même du mot "obstétrique" nous vient du latin "obstétrix" qui signifie "sage-

femme”. La thèse d’Hélène Laforce (1987) nous permet de constater que l’acceptation des médecins auprès des femmes n’a pas amélioré les conditions dans lesquelles se déroulait jadis l’accouchement. En 1826, au moment où les médecins commencent à monopoliser le territoire obstétrical réservé aux sages-femmes, la fièvre puerpérale augmente et les décès se multiplient; de plus, cette monopolisation n’a pas eu d’impact significatif sur la baisse du taux de morbidité et de mortalité nous dit-elle. Vers 1840, un jeune médecin américain, Olivier Wendelle Holmes, établit que ces décès sont dus à la contagion transmise par les médecins à cause de la malpropreté de leurs mains. (Adrienne Rich, 1980:48)

Pourquoi donc ces positions anti-sages-femmes? Sergine Desjardins (1993) dit que les enjeux de la reconnaissance sage-femme débordent largement la notion de sécurité et de pouvoir autour de laquelle est souvent centré le débat; il démontre plutôt combien les médecins et les sages-femmes vivent dans deux mondes différents. Ce qui nous permet d’introduire la notion de nouveau paradigme de la santé.

Sans vouloir faire un débat entre le “méchant médecin” et la “bonne sage-femme”, ce qui n’est pas notre propos, il est évident, a priori, que nous sommes en présence ici de deux paradigmes qui s’affrontent.

“Le mot paradigme signifie un cadre de pensée, une grille permettant d’interpréter la réalité... Il exprime de réels changements de perception et de compréhension. Ce terme est couramment utilisé depuis 1962 lorsque Thomas Kuhn l’employa dans son Livre The Structure of Scientific Revolution, (Tiré de Médecins et sages-femmes, Sergine Desjardins, 1983 : 18).

1.3.1.4 Un paradigme différent

Loin de nous l’idée d’entretenir l’idée du méchant médecin et de la bonne sage-femme. Notre intention se situe au-delà de ces

considérations, elle se veut plutôt descriptive qu'évaluative. Nous voulons mettre en lumière des visions qui ne s'opposent pas nécessairement, elles pourraient même être complémentaires; par contre, il semble, pour l'instant du moins, qu'il existe une incompréhension entre ces deux visions. C'est ce que nous tentons de faire ressortir.

Les sages-femmes nous apportent un paradigme différent du monde médical en ce qui concerne la naissance où s'élabore une autre vision de l'accouchement, bien sûr, mais aussi de la santé, du progrès, du savoir, du pouvoir, du professionnel, de l'humain et de son rapport avec le monde (Desjardins, 1993). Au centre de ce "nouveau" paradigme se trouve une vision holistique de la réalité.

“Avoir une vision holistique de la réalité, ce n'est pas seulement voir tous les éléments du réel pour en cerner la complexité, mais comprendre que chaque élément du réel est en relation avec la totalité qu'il exprime de façon particulière”

“Une autre difficulté liée au changement de paradigme est que souvent nous ne voulons pas voir ce qui pourrait bousculer nos croyances et ouvrir une brèche dans nos certitudes. C'est un comportement fréquent qui permet à l'esprit de changer le moins possible sa représentation du monde. Plusieurs médecins n'échappent pas à ce type de comportement que l'on nomme évitement. Il en résulte qu'ils ne voient que des bienfaits dans la technologie médicale et refusent de voir les effets pervers de certains de leurs actes obstétricaux. Ils mettent au contraire l'accent sur le fait que la médicalisation de l'accouchement a réduit le taux de morbidité et de mortalité tout en occultant une multitude d'autres facteurs ayant contribué à cette baisse. Parallèlement à cela, ils qualifient de dangereuse la pratique de la sage-femme sans tenir compte de faits qui viennent contredire ces allégations. Pour

évaluer si cette pratique constitue un besoin, plusieurs médecins se fient strictement aux résultats d'enquêtes médicales sans prendre en considération les biais inhérents à ces enquêtes ni le fait qu'au moins dix mille personnes ont revendiqué la légalisation de la pratique sage-femme. Ils coiffent plutôt d'épithètes fort peu élogieuses les personnes qui font ces revendications."
(Desjardins, 1993 : 18-22)

Tandis que le paradigme médical se basant sur la puissance du savoir théorique et son application pratique occasionne une confiance aveugle au progrès scientifique empirique et à la technologie médicale rejetant l'idée que le mental puisse avoir une quelconque influence sur le corps. Occupés par l'état physique de leurs malades, les médecins ignorent trop souvent les réactions affectives de ceux-ci.

La pratique de la sage-femme en grande partie cohérente avec un nouveau paradigme de la santé d'autant plus qu'elle joue un rôle important au niveau de la prévention et de l'éducation de santé. Marilyn Ferguson (citée dans Sergine Desjardins, *Médecins et sages-femmes, un débat qui n'en finit plus*) nous trace un tableau bien simplifié des différences entre le paradigme de la médecine et le paradigme de la santé qui apporte un éclairage sur la notion de santé holistique par rapport à la vision de la santé vu par l'approche médicale. Nous vous en apportons ici quelques brides:

Paradigme médical

-Traitement des symptômes

-Spécialisé

-Le professionnel est neutre

Paradigme de la santé

Recherche des structures et des causes plus traitement des symptômes

Intégral, holistique

Les attentions du professionnel sont

	une composante à la guérison
-La douleur et la maladie sont totalement négatives	Ce sont des informations émanant d'un conflit, d'un manque
-Intervention principale par la chirurgie ou les médicaments	Intervention minimale de concert avec toute une pile de techniques non envahissantes: régime alimentaire, psychothérapie, exercices...
-Le corps vu comme une machine en bon ou en mauvais état	Vu comme un système dynamique: un champ d'énergie à l'intérieur d'autres champs, à l'intérieur d'un contexte.
-La maladie ou l'incapacité vues comme une chose, une entité	Vues comme un processus
-Le patient est dépendant	Est ou devrait être autonome
-Le professionnel est une autorité	Est un partenaire thérapeutique
-Le corps et la psyché sont séparés	Continuum corps-psyché
-La psyché est un facteur secondaire dans la maladie organique	Elle et le facteur principal ou équivalent dans toutes les maladies
-L'effet placebo montre le pouvoir de la suggestion	Montre le pouvoir de la psyché
-Confiance essentiellement dans l'information quantitative: diagrammes, tests, données.	Confiance essentiellement dans l'information qualitative, incluant les rapports subjectifs du patient et l'intuition du professionnel; les données quantitatives sont

auxiliaires

-La prévention est largement
environnementale: vitamines,
repos, exercice, vaccinations,
usage du tabac déconseillé

La prévention englobe la totalité
des aspects de la vie: travail,
relations humaines, motivations,
corps-psyché-esprit.

À l'intérieur du paradigme de la santé tous les thérapeutes sont des partenaires. Les rapports hiérarchisés n'existent plus entre les professionnels de la santé. Vu sous cet angle, les médecins et les sages-femmes seraient des collaborateurs. De même, la sage-femme est une spécialiste de la santé en périnatalité et le médecin est le spécialiste de la maladie en général et des complications périnatales en particulier. Les deux approches peuvent être complémentaires mais n'ont pas la même philosophie.

“Nous sommes engagés dans une tradition qui a inventé la rationalité comme enjeu comme référence discriminatoire quant aux avenir que nous construisons. Elle est pour nous vectrice d'obligations et d'exigences qui, pour le meilleur et pour le pire, nous fabriquent et nous forcent à penser. Ce faisant, nous sommes inscrits dans une tradition redoutable. Là où les masques neutres de l'objectivité, des bonnes intentions et du sérieux professionnel justifient un arrêt de la pensée... (Isabelle Stengers dans Tobie Nathan Médecins et sorciers, 1995)

Comment alors, peut-on “institutionnaliser” une pratique vieille comme le monde? Avec la montée du rationalisme, du positivisme, du recul progressif des traditions populaires locales et, surtout à partir du moment où l'expérience clinique est devenue anatomo-clinique et que la médecine a pu se constituer un savoir qu'elle a présenté comme plus valable parce qu'il venait “supposément” de la science, notre société n'est-

elle pas devenue fortement imprégnée d'une mentalité pseudo-scientifique? Cette mentalité entoure la technique d'un "prestige quasi sacerdotal" et nous amène à avoir une confiance incommensurable en l'expertise du spécialiste (Gaudette, 1986) De plus, nous dit Sergine Desjardins (1993 : 17)

“dans le débat entourant la pratique de la sage-femme, des médecins prétendent que leurs affirmations sont basées sur des critères objectifs et scientifiques, alors que le discours sage-femme est d'ordre subjectif voire carrément irrationnel tandis que les sages-femmes soulignent que l'excroissance de la technique corrélative au progrès de la science obstétricale a engendré une immense perte au plan humain. Perte d'une certaine tradition d'entraide dans laquelle étaient enchâssées des valeurs de convivialité et de compassion et perte aussi au niveau des savoirs et pouvoirs féminins”.

Selon une étude demandée par le Collège des médecins et réalisée à l'Université de Montréal, il est vrai que des femmes sont “satisfaites” de la structure obstétricale actuelle et que plusieurs d'entre elles se sentent en sécurité dans un environnement où la technologie prend une large place. Il est vrai aussi que depuis une quinzaine d'année divers groupes de femmes et de parents souvent appuyés par des professionnels-les ont réclamé une plus grande humanisation des soins entourant la maternité. Ces demandes ont été à l'origine de plusieurs changements dans les hôpitaux, pour la plupart bien accueillis.

Cependant, le développement de services parallèles persiste démontrant ainsi la nécessité d'aller plus loin. Il ne faut pas oublier non plus que ceux et celles qui revendiquent la réhabilitation de la sage-femme ne sont pas uniquement des êtres “émotifs dépourvus de toute rationalité” (Desjardins, 1993 : 56) La seule variable qui différencie ces deux groupes, selon une étude réalisée par Sergine Desjardins dans son mémoire de maîtrise (1993), est que les pro-sages-femmes sont plus instruits(es) que la

moyenne de la population; *a priori* on peut aussi penser, selon elle, qu'ils(elles) sont donc mieux outillés(es) pour remettre en question le pouvoir médical. Ainsi, leurs discours reflètent, à l'instar de bon nombre de pratiques alternatives à la médecine, un mouvement de distanciation par rapport à la science (telle que comprise par certains) et à la technique. (Desjardins, 1993 : 17, 90).

Peut-on se permettre de perdre la culture traditionnelle des savoirs sages-femmes devant l'affrontement de ces deux paradigmes? Y a-t-il des solutions permettant de réconcilier ces deux cultures, d'établir des terrains d'entente ne disqualifiant le savoir "artisanal-culturel" au détriment d'un savoir plus "ingénieur-scientifique"?

Il nous semble que le fait de développer un savoir ou plutôt une co-naissance sur le processus de la maternité, incluant l'accouchement, devrait tenir compte de la femme et non seulement des bouleversements corporels qui en découlent.

La résistance de plusieurs représentants de l'ordre médical à la légalisation de la pratique de la sage-femme montre à quel point médecins et sages-femmes vivent dans deux mondes différents, nous dit Desjardins (Desjardins 1993 : 18). Un des outils de résistance utilisé par le Collège des médecins: encadrer la formation sages-femmes. Un document : *Projet de règlement sur les Règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les les sages-femmes* (Loi médicale, a. 19, 1er al., section 11, Critères de formation, 3.01 a, b, c, d, e), stipule, entre autres, que la formation sage-femme doit être approuvée par le Ministère de l'Éducation du Québec et le Collège des médecins du Québec, que les sages-femmes doivent réussir l'examen prescrit par le Collège des médecins du Québec et satisfaire aux exigences du Code de déontologie des médecins applicables à l'exercice de l'obstétrique. Pourra-t-on encore parler de l'autonomie si chère aux sages-femmes?

Il était important d'apporter toutes ces précisions au lecteur afin de bien situer le contexte. Non pas, répétons-le, pour disqualifier les

uns par rapport aux autres mais bien de comprendre les enjeux, les revendications des sages-femmes, les demandes des femmes et la position des associations médicales. Il n'est pas nécessaire de s'étendre davantage sur cette question, ce n'est pas l'objet de cette recherche, mais pour en savoir davantage les livres de Sergine Desjardins, *Médecin & Sages-femmes. Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*, Ed. Québec/Amérique, 1993 et celui d'Ellen Corin, *La santé, nouvelles conceptions, nouvelles images*, dans le Traité d'anthropologie médicale, Presse de l'Université de Lyon, 1993, apportent une information pertinente au sujet dont il vient d'être question.

1.4.1 Identification des lacunes (différences)

Après avoir jeté un regard sur la situation envisagée par l'institutionnalisation à travers le programme de l'U.Q.T.R., après avoir tracé un portrait de la situation idéale à travers le contexte culturel de la pratique sage-femme au Québec, après avoir décrit le paradigme holistique de la santé qui met l'accent sur la santé, la prévention et non sur la maladie, cette section-ci tendra à démontrer qu'il existe des différences majeures entre le portrait de deux situations - la situations envisagée et la situation idéale -.

Ce que nous voulons surtout souligner, c'est que ces différences sont aussi vues comme des obstacles et des contraintes à l'apprentissage de l'approche sage-femme tel que défini par les sages-femmes elles-mêmes et par les utilisatrices de leurs services. Ces obstacles, ces contraintes sont perçues comme un risque à dénaturer le rôle de la sage-femme parce qu'ils placent l'intervention sage-femme dans un rôle médical qui entrevoit l'accouchement comme une maladie ou comme une maladie potentielle. Ce que Jean-Claude Manderscheid, dans la Revue Française de Pédagogie, (No 114, 1996) appelle la confrontation à l'altérité d'autrui qui implique:

“... une radicalisation des enjeux, la reconnaissance que la santé n'est pas simplement un objet de controverse , mais

qu'elle porte sur des intérêts vitaux, essentiels, et qu'elle suscite donc nécessairement passion et dramatisation. Elle signifie au fond le passage de la normalité à la normativité, c'est-à-dire de l'acceptation passive et inconditionnelle de normes préexistantes à l'exigence dynamique et polémique par laquelle l'être vivant, selon G. Ganguilhem (1979), modèle et façonne son propre milieu."

Par rapport aux velléités de la médicalisation mentionnées plus haut, il faut préciser que la stratégie de formation que nous envisageons essaiera de contourner, d'intégrer et de surmonter ces obstacles qui constituent précisément la raison d'être de notre situation didactique.

Le programme proposé par l'Université de Trois Rivières, novateur par rapport aux modes particuliers d'enseignement qu'il préconise, se veut respectueux de préserver la philosophie des sages-femmes telle que décrite dans notre situation idéale et propose de considérer les caractéristiques propres à la pratique sage-femme à savoir :

- le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux;
 - la reconnaissance que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille;
 - le respect de la diversité des besoins des femmes et de leur famille, la continuité des soins et des services;
 - le choix éclairé;
 - la promotion de la santé
- (U.Q.T.R., 1998 : 5)

Cependant, ce qui apparaît à prime abord est que ce programme propose, néanmoins, un schéma d'institution classique ayant une position épistémologique positiviste-réaliste même s'il annonce des prétentions constructivistes. L'impression d'essayer de concilier les deux

mondes y est marquant. Cependant, le langage y est parfois contradictoire.

Voici une dizaine de contradictions -différences, obstacles - relevées ici et là dans le programme proposé par l'U.Q.T.R. que nous considérerons par rapport à la situation idéale et la situation envisagée, décrites plus avant. Nous avons déjà littéralement souligné et retenu ces éléments dans la section 1. 2 de notre mémoire (La situation envisagée. L'institutionnalisation).

-Le programme veut former des sages-femmes pour assister des accouchement en maison de naissance et en centre hospitalier. (U.Q.T.R., 1998 :IV)", répondant ainsi à l'appel d'offre du Ministère.

Or, les sages-femmes du Québec ont toujours travaillé, jusqu'à la loi 4, à assister des accouchements au domicile des parents.

De plus, le Ministère prévoit un encadrement de la pratique à domicile dans l'année suivant la loi sur la pratique des sages-femmes. L'U.Q.T.R. ne devrait-elle pas envisager le moyen et le long terme dans ce cas-ci et déjà avoir prévu former des sages-femmes qui pourront assister des femmes à domicile?

-il n'est jamais fait mention de l'utilisation des médecines douces/alternatives dans le programme.

Les sages-femmes du Québec ont depuis toujours utilisé les médecines douces/ alternatives dans leur pratique, particulièrement l'utilisation des plantes (phytothérapie, herboristerie) et plus

récemment l'utilisation de l'homéopathie afin d'aider ou de favoriser les différentes étapes de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum. L'utilisation de ces connaissances va-t-elle se perdre?

-Le programme veut offrir plus de cours en sciences biomédicales, un cours sur les pathologies obstétricales et néonatales dont l'enseignement est confié à des spécialistes. (U.Q.T.R., 1998 : V)

Dans ce cas-ci, c'est la notion biomédical¹¹ qui attire notre attention, notion qui fait directement référence à la maladie plutôt qu'à la santé (normalité). Bien sûr, pour juger de la normalité il faut avoir des notions sur les anormalités. Cependant, quand sera-t-il question d'enseigner comment promouvoir la normalité?

-Il est question d'offrir des stages en milieu hospitalier sous la supervision des médecins. (U.Q.T.R., 1998 : VI)

Les médecins, de par leur formation, ont une vision de la santé qui se rapporte à la maladie et aux pathologies. Le regard qu'il porte à la femme qui accouche -qui n'est pas dans un état de maladie- peut être biaisé. Ces stages posent d'énormes problèmes parce qu'on ne peut passer à côté des protocoles de soins qui prennent en charge la parturiente et qui en soi médicalise l'évènement de la mise au monde.

-On parle de recourir aux connaissances des disciplines et champs d'étude déjà mentionnés pour l'exercice et le maintien à jour de sa pratique, pour fonder ses jugements cliniques sur des informations obtenues selon des standards rigoureux reconnus et pour communiquer diverses informations touchant les multiples aspects de la périnatalité, de façon à favoriser le choix éclairé par la cliente . (U.Q.T.R., 1998 : 58)

et

-Son approche curriculaire et ses méthodes pédagogiques sont centrées sur un apprentissage qui combine la rigueur scientifique des disciplines fondamentales et l'apprentissage expérientiel et contextuel au moyen de stages cliniques faisant appel au préceptorat, en parallèle avec des cours théoriques et des activités d'apprentissage par problème.(U.Q.T.R., 1998:8)

Voici deux reprises, entre autres, où l'on constate un mouvement qui va de la théorie vers la pratique. Un mouvement qui veut montrer en quoi les théories des sciences fondamentales viennent justifier les décisions prises par les préceptrices sages-femmes.

Ce qui serait intéressant à travers l'institutionnalisation serait plutôt de théoriser la pratique sage-femme et non pas uniquement de toujours rechercher en quoi cette pratique trouve sa justification auprès des disciplines fondamentales.

-Il y est question d'utiliser les théories de l'apprentissage par problèmes pour développer un jugement critique (U.Q.T.R., 1998 : 8) et

L'approche par résolution de problèmes (l'APP), dans le milieu de la formation des médecins est beaucoup plus souvent reliée à des études de cas où il s'agit de bien mémoriser l'algorithme, ce qui est passablement loin de la pensée critique.

-évaluer la rigueur des processus sur lesquels reposent les résultats et conclusions des recherches. La stagiaire doit développer le souci de continuellement mettre à jour l'ensemble des connaissances qui guident les comportements et les actes en matière de santé périnatale. (U.Q.T.R., 1998 : 40)

Ici encore un objectif tout à fait louable en soi, sauf que, si on est à l'intérieur d'un cadre épistémologique positiviste, la critique des processus se retrouve devant un biais qui entache la vision holistique de la santé.

-L'U.Q.T.R. propose d'appliquer une approche inductive quant à l'acquisition des connaissances, des attitudes et des habiletés disciplinaires qui s'organisent autour de situations cliniques. (U.Q.T.R., 1998 : 37)

L'idée d'induction va dans le sens de la pensée constructiviste; cependant, lorsqu'on essaie de voir jusqu'à quel point les savoirs savants ou disciplinaires s'appliquent en milieu clinique, on se retrouve carrément dans une approche déductive. Si cette approche déductive part d'une position positiviste, on entretient alors une confusion épistémologique.

-L'approche par compétences utilisée par plusieurs programmes de formation professionnelle aux États-Unis et dans plusieurs pays et dont le ministère de l'Éducation du Québec préconise l'approche dans la formation professionnelle et technique des programmes des niveaux secondaire et collégial y est favorisée. (U.Q.T.R., 1998 : 38)

Cette idée de compétence n'acquiert pas nécessairement un caractère de crédibilité parce que le ministère la préconise pour les Cégeps. En fait, bien souvent, il y a des apprentissages qui se réalisent beaucoup mieux lorsqu'il ne faut pas préciser de façon explicite la réponse ou encore le comportement que l'on doit manifester. Les comportements observés sont nécessairement les interprétations d'un observateur, lesquelles peuvent être très éloignées de ce que vit un sujet.

-Le *curriculum* parle: d'acquisition de compétences fondamentales qui permettent à l'étudiante de situer ses activités professionnelles par rapport à des connaissances et des méthodologies scientifiques, par rapport à des valeurs issues de l'humanisme...(U.Q.T.R., 1998 : 37)

et

-...de recourir principalement à des approches inductives et constructivistes qui reposent sur l'activité de l'étudiante et sur la collaboration des pairs quant aux modalités pédagogiques. Approches qui devraient favoriser des apprentissages expérientiels, permettre d'acquérir des compétences transversales et une culture humaniste et scientifique.(U.Q.T.R., 1998 : 64)

*(Acquisition de compétences fondamentales
que nous interpréterons comme des*

compétences transférables.)

Les connaissances implicites sont des types de connaissances qui ne sont pas nécessairement des connaissances enseignables. Elles sont, tout de même, des connaissances à acquérir par l'expérience sur le tas, en symbiose ou par compagnonnage, ce que Stroobants appelle habiter (*indwelling*) un domaine de connaissance. (Stroobants, 1993:41).

On ne tient pas compte, dans le programme de l'U.Q.T.R., de ce type d'apprentissage qui doit aussi être fait même s'il n'est pas toujours formalisé. On semble en tenir compte avec le préceptorat; cependant l'apprentissage réalisé à travers le préceptorat doit être ramené aux connaissances des disciplines fondamentales, ce qui risque d'interférer avec les nouveaux apprentissages informels. Une approche globale inclut ce qui est formalisé et ce qui ne l'est pas. Théoriser la pratique dans tous ses faits et gestes apportera une pratique professionnelle qui tentera d'explicitier le non-dit, l'implicite, et qui essaiera de l'explicitier. Le risque est de partir de la méthodologie vers la pratique quand il faut voir le chemin inverse. La théorisation de la pratique, comme nous l'avions mentionnée plus haut, pourra reconnaître l'implicite sans nécessairement, d'une façon

généralisable, théoriser toutes les connaissances implicites.

La connaissance est ainsi décrite par Stroobants (1993:41) : c'est un mouvement sensible au sujet.

-Enfin, des mécanismes d'évaluation sont prévus afin de valider les compétences. Il est question d'évaluation formative à laquelle concourent les divers intervenants (U.Q.T.R., 1998 : 76).

Ici encore, il y a cette confusion que nous tentons de mettre en lumière. Même si on parle d'une évaluation formative à laquelle participent les divers intervenants, s'intéressera-t-on plutôt, à une évaluation pour fin de certification axée sur les disciplines fondamentales puisqu'en bout de piste l'examen final s'y rapporte exclusivement?

De plus, les divers intervenants, dont il est question, ne seront-ils pas tentés de mettre l'accent sur les formes d'évaluation des différentes disciplines qu'ils représentent?

Enfin, un examen des performances développé par le CESSUL¹¹ de l'Université Laval dont nous vous présentons en Annexe B les objectifs d'évaluation (U.Q.T.R., 1998 : 78).

On parle d'examen de performance
pourtant, l'évaluation globale
- sommative ou terminale- se fonde

¹¹ CESSUL: Centre d'évaluation en sciences de la santé de l'Université Laval. Examen utilisé dans le cadre des projets pilotes par le Comité d'admission à la pratique sage-femme.

sur des modèles d'évaluation de connaissances lesquelles sont uniquement reliées à des domaines de disciplines fondamentales et de leurs théories. Très peu d'éléments proviennent de l'expérientiel, en fait, le savoir expérientiel y est pratiquement évacué.

Cet examen décrit les éléments réels qui constitueront l'examen final.

Ces éléments sont :

- Sciences fondamentales (18%)
- Bactériologie, génétique, pharmacologie(13%)
- Épistémologie, Aldo (5%)
- Nutrition, psychologie, sexologie, contraception (13%)
- Obstétrique normale (19%)
- Obstétrique pathologique (19%)
- Néonatalogie, pédiatrie(13%)

Pour la majorité ces éléments sont des issues des sciences positivistes.

Par définition, l'évaluation, c'est ce que l' on valorise, c'est là où on met ses valeurs.

Pour conclure, même si nous mettons en évidence une dizaine d'interventions retracées dans le programme, nous espérons, malgré tout, avoir quand même démontré qu'il existe une cacophonie épistémologique dans le programme de formation sage-femme de l'U.Q.T.R. Les intentions de l'U.Q.T.R. semblent généreuses mais quand on essaie de comptabiliser le bilan de cette opération, on arrive au constat d'une incompréhension entre deux réalités: une réalité institutionnelle positiviste, une réalité

expérientielle constructiviste.

L'ambivalence de l'U.Q.T.R. face à une situation d'enseignement bien particulière reprenant d'un coté une formation institutionnelle à visé épistémologique positiviste et scientifique, et de l'autre, une formation par préceptorat, par expérience, préconisée par les sages-femmes elles-mêmes; formation qui se voudrait d'un caractère plus constructiviste. Cette ambivalence est attribuable, à notre avis, à la position épistémologique généralement adoptée par les institutions d'enseignement et de recherche, ce que Le Moyne (1995:33-34) appelle: "*le contrat social épistémologique institutionnel*" lequel, malgré tous les efforts dans ce cas-ci, demeure positiviste dans son essence.

Le texte du programme, malgré qu'il intègre le désir des sages-femmes et des femmes qui demandent la légalisation d'un pratique autonome, démontre une difficulté d'ajuster sa position épistémologique institutionnelle à la réalité des sages-femmes du Québec. D'un côté des examens théoriques qui tirent leur contenu des disciplines fondamentales, presque exclusivement à tendance positiviste, et de l'autre côté des préceptrices sages-femmes qui doivent évaluer des apprentissages et à qui l'on confie le rôle de sauvegarder la philosophie sage-femme, de prendre la voie de la santé, du respect du normal et de l'autonomie des femmes qui accouchent. Mais qui se soucie dans quelle mesure les sages-femmes préceptrices ne seront pas elles aussi obnubilées par le scientisme?

Notre but n'était pas de faire une critique exhaustive du programme curriculaire de l'U.Q.T.R. - nous sommes conscients de l'effort de changement, nous ne nions pas, non plus, qu'il existe plusieurs points positifs dans ce programme - mais de faire comprendre au lecteur que, malgré l'approche novatrice de l'U.Q.T.R. , il reste néanmoins que, *a priori*, l'étudiante adoptera le langage propre à l'institution qu'elle fréquente et particulièrement le langage avec lequel elle sera évaluée en bout de ligne. Ce langage nous apparaît être, pour une large part, celui des disciplines objectifo-scientifiques. Ce qui nous amène à ce questionnement: dans

quelle mesure l'étudiante fera-t-elle une distinction entre un langage et un autre? Comment peut-on faire une distinction si l'on est ignorant des diverses possibilités?

“...une discipline scientifique (suivant l'épistémologie institutionnelle¹²) se définit exhaustivement par son objet positif et sa méthode d'investigation. Chacun s'installe dans son domaine de compétence défini par l'objet et la méthode propre à la discipline sans se soucier des éventuels tracés des voisins qui travaillent sur d'autres objets avec d'autres méthodes. Elle se prétend universelle... L'arrogance de l'épistémologie institutionnelle se justifie par l'efficacité de la méthode qu'elle préconise...(Le Moynes, 1995 : 28)

Notre questionnement n'est pas de savoir comment concilier et intégrer les savoirs théoriques et les savoirs expérientiels mais de savoir comment concilier ces formes de savoir dans une institution au “contrat social” épistémologique positiviste/réaliste. Notre position veut s'engager à rallier ces deux oppositions de façon à ce qu'aucune des deux n'englobe l'autre mais plutôt de faire exister une complémentarité entre les deux positions. Nous croyons que si l'incompréhension subsiste et que si une position disqualifie l'autre, l'objectif d'institutionnaliser la pratique des sages-femmes, pour la reconnaissance et pour lui donner des balises de “co-naissance”, passera à côté des revendications des femmes du Québec elles-mêmes et l'on fera face à l'éventualité de perdre le caractère distinctif de la pratique des sages-femmes du Québec.

Pour éviter ce glissement, pour infléchir ce mouvement, il s'agit d'abord de provoquer une prise de conscience aux futures sages-femmes elles-mêmes afin qu'elles soient capables de communiquer, de bien préciser leur rôle et leurs fonctions. Pour ce faire, nous proposons d'inclure dans le cadre de la formation des sages-femmes une capsule de formation qui rejoint cet objectif directement. Par rapport aux obstacles

¹² Ajouté par l'auteur

mentionnés plus haut, il faut mentionner que la stratégie de formation que nous envisageons essaiera de contourner, d'intégrer et/ou de surmonter ces obstacles qui constituent précisément la raison d'être de notre situation didactique.

Nous entreprendrons maintenant l'examen des contingences théoriques qui, nous l'espérons, apportera un élément de réponses à notre questionnement. et nous amènera à clarifier notre situation envisagée.

1.5.1. Examen des contingences théoriques

La didactique repose sur des fondements constructivistes et reconnaît que la connaissance que le cerveau peut construire d'un réel est celle de sa propre expérience du réel (Le Moigne, 1995). Le primat absolu du constructivisme est le sujet connaissant capable d'attacher quelque valeur à la connaissance qu'il constitue et non pas l'objet disséqué en tranches disciplinaires. Dans le travail scientifique une méthode ne trouve sa justification qu'en fonction d'un problème ou d'une question que le chercheur se pose au sujet de quelque chose. Larose (1998) nous dit qu'il semble évident que ce soit ce genre de questionnement qui doit être suscité chez l'étudiant et non ce désir (tout à fait louable mais bien utopique) de développer des capacités généralisables pour la solution de tout genre de problème.

“Cette connaissance valorisée de l'expérience du sujet cogitant doit enfin être accessible par la médiation artificielle de représentation construite par lui à l'aide de système de symboles...cette représentation construit la connaissance qu'ainsi elle constitue” (Le Moigne, 1995)

Larose (1998) nous dit que la distinction entre l'objectivisme et le constructivisme devrait nous conduire à une nouvelle éthique de l'enseignement. Mais comment mettre en place les conditions favorables à l'application des idées sous-tendues par le constructivisme?

L'U.Q.T.R., le Ministère, les sages-femmes parlent de l'importance de rendre la pratique sages-femmes autonome mais

“...suivant ce qui est disponible dans l'environnement, celle-ci va pouvoir se manifester avec plus ou moins de liberté. S'il n'y a pas de choix dans l'environnement, nous aurons un individu autonome qui n'est pas libre” (Larose, 1998).

Pour poursuivre la pensée de Larose, l'environnement peut être organisé pour faciliter la vie des gens ou pour les embêter.

“...est une invention dont le projet est d'introduire du contrôle chez la personne qui risque d'être une contrainte trop pesante dans les environnements d'enseignement où elle intervient. Ceci nous amène à préciser que nous traitons ici du constructivisme uniquement par rapport à la fonction d'enseignement”. (Larose, 1998)

Dans le monde des connaissances, plusieurs experts se placent dans une position de dominance et sont très difficiles à déloger. Sans vouloir dénigrer tous les scientifiques qui *“savent bien que la science est une continuelle remise en question et que la qualité première du scientifique est celle du doute systématique”* (Larose, 1998), il s'en trouve quand même plusieurs pour qui la science se présente plutôt comme la quête continuelle de la vérité. Pour eux, la terre tourne autour du soleil et la lune tourne autour de la terre, c'est incontestable, c'est prouvé, c'est la vérité. C'est ainsi, nous dit Larose, que parle l'objectiviste, le réaliste ou le positiviste, il lui arrive de ne plus avoir de doute.

Le constructiviste lui, prétend que la connaissance que l'on a du réel ne peut pas être indépendante de notre expérience avec ce réel. Nos

connaissances ont nécessairement une teinte de subjectivité. Elles sont toujours relatives à la façon dont on interagit avec la réalité. (Larose, 1998)

Il n'y a rien de nouveau dans ce courant de pensée, il est directement en ligne avec les idées de Piaget (1970). Pourtant, les tentatives d'application de ce courant de pensée dans le domaine de l'enseignement ne sont pas très évidentes. Même si les programmes d'études ministériels et les cours de didactiques dans la formation des maîtres annoncent des positions constructivistes, nous en avons eu la "preuve" un peu plus haut, il est rare, nous dit Larose, de rencontrer un enseignant qui peut en parler de façon approfondie.

Présenter le constructivisme comme la seule solution qui s'impose, de même qu'opposer le constructivisme au positivisme représentent un piège dans lequel il ne faut pas tomber. Le constructivisme ne peut en sortir gagnant "*car il se fait le promoteur du relativisme*" (Larose, 1998). D'ailleurs, nous dit-il, c'est à partir du constat de la position paradoxale des positivistes quant à la vérité des connaissances que Von Glasersfeld (1995) appuie son argumentation. Von Glaserfeld montre qu'il faut, au préalable, avoir fait le constat des structures du réel, c'est-à-dire en avoir pris connaissance, avant de comparer les connaissances de quelqu'un avec ses structures. On ne peut sortir de cette boucle qui constitue le paradoxe.

"Le constructivisme ne nie pas pour autant le réel absolu mais il constate que l'on a tout simplement pas les moyens de rendre compte de la certitude de nos connaissances. Pour le constructivisme les connaissances sont des constructions mentales (neurologiques) qui ont satisfait aux exigences ou aux contraintes que nous impose le réel."

et il ajoute:

“une connaissance enseignable pour être conservée doit être compatible avec les exigences de l’environnement social.” (Larose, 1998)

L’arrivée de nouvelles sciences ou de projets d’intégration de disciplines scientifiques telles que la cybernétique qui n’obéit à aucun carcan épistémologique institutionnelle qui introduit la téléologie - comprendre le comportement d’un système naturel ou artificiel, animé ou inanimé, en l’interprétant en référence à ses finalités-; l’arrivée des pratiques des psychothérapies familiales ou systémiques issues de l’École de Palo-Alto -qui affirme que l’influence culturelle d’une logique formelle tenue pour scientifique, sur les comportements psychosociologiques n’est pas neutre: il est des raisonnements logiques qui pris à la lettre rendent fou!...-, pour ne citer que celles-là, exige de redéfinir ou de re-situer les problèmes et les savoirs qui les entourent.

La sage-femme arrive dans le milieu institutionnel avec des conceptions intuitives par rapport à la science fort possiblement teintées de positivisme. Ce n’est pas en lui présentant la contrepartie qu’elle développera son espace épistémologique. Il faut, au préalable, pour dégager ces conceptions intuitives, organiser des situations interférant avec ces dernières et présenter l’alternative qui devrait conduire à une solution plus adéquate. Voici donc à quoi se remarque un enseignement constructiviste selon Larose (1998):

- mettre l’accent sur des problèmes de situation de vie plutôt que sur des problèmes disciplinaires;

- faire appel au savoir systématisé (disciplinaire) pour proposer des solutions aux problèmes de situation de vie;

- placer l’accent sur le dépistage de conceptions spontanées ou acquises qui semblent inadéquates pour la solution de ces derniers problèmes;

- élaborer des interventions visant la déconstruction de ces conceptions inadéquates;

- indiquer des voies de solutions possibles en rapport

avec un problème;

-se servir de la force du groupe pour soutenir l'individu;

-s'assurer de la viabilité (consistance et permanence) de la nouvelle conception.

Voici maintenant la situation que nous anticipons, notre projet didactique.

1.6.1. La situation "anticipée" réaliste

Il était, à notre avis, nécessaire d'apporter ces précisions afin de comprendre ici, les enjeux de "l'institutionnalisation" des sages-femmes dans un milieu où la puissance du savoir théorique et l'application des connaissances est à l'opposé du "nouveau" paradigme de la santé. Milieu si différent de celui où baignent les sages-femmes depuis le début des années 1970.

Sachant qu'il existe des positions épistémologiques "institutionnelles" et que les positions épistémologiques positivistes et réalistes sont généralement celles acceptées par les institutions d'enseignement et de recherche, que ce sont des disciplines scientifiques qui se définissent exhaustivement par leur objet positif et leur méthode d'investigation, comment alors éviter que cette culture sage-femme s'intégrant dans un milieu dit "plus scientifique" n'entraîne une disqualification par "submersion" des savoirs des uns(unes) par rapport aux savoirs des autres?

Dans l'épistémologie positiviste, chacun s'installe dans son domaine de compétence défini par l'objet et la méthode propre à sa discipline sans se soucier des éventuels tracasseries des voisins qui travaillent sur d'autres objets avec d'autres méthodes, nous dit Jean-Louis Le Moigne (1995). Cette position épistémologique risque de ne pas rejoindre les objectifs proposés par les femmes qui ont demandé la légalisation des sages-femmes par rapport au type de sage-femme qu'elles désirent.

Voici donc venu le moment de réveiller les résonances épistémologiques.

Comme nous l'avons rapporté plus avant, la didactique aborde plutôt son sujet suivant une perspective constructiviste en opposition, dans bien des cas, à une perspective positiviste, généralement acceptée par les institutions d'enseignement. Cette épistémologie institutionnelle s'est développée avec une telle assurance académique et une telle efficacité apparente que depuis un siècle, la plupart des citoyens et des scientifiques la tiennent pour acquise. Cependant, nous dit Le Moigne (Le Moigne, 1995:10), elles peuvent:

“être tenues pour responsables de l'étonnante inculture épistémologique des chercheurs scientifiques”.

En effet, puisque l'Institution garantit la pertinence du discours scientifique, la plupart des chercheurs ne s'assurent même pas de la conformité de leur production en adoptant une réflexion personnelle de pré ou post validation de l'énoncé qu'il produisent. *“Ils citent des interprétations statistiques ou des expérimentations sans avoir réfléchi scrupuleusement aux trois questions fondatrices de l'épistémologie et du statut de la connaissance: (Le Moigne, 1995:.8)*

- quoi?, le statut- qu'est-ce que la connaissance?
- comment?, la méthode - comment la connaissance est-elle constituée?
- pourquoi?, la valeur de la connaissance (comment apprécier sa validité?)

On ne peut être surpris par les proclamations publiques d'anti-positivisme qu'affichent à la fin du XXe siècle bon nombre de scientifiques et de philosophes. Leurs arguments reposent d'une part sur les options idéologiques fort sous-jacentes au positivisme en mettant en valeur les germes d'un scientisme et d'autre part, par le découpage des connaissances scientifiques en tranches disciplinaires, découpage qui

semble faire aujourd'hui de la science "*un pantin désarticulé*" (Le Moigne, 1995: 8). Malheureusement, les institutions scientifiques ne semblent pas attacher une grande attention à ces arguments. La thèse de T.S. Kuhn (1963) sur la succession des "paradigmes scientifiques" démontre une succession de paradigmes sur les sciences qui souvent cohabitent ensemble: paradigme du positivisme comtien, du positivisme logique carnapien ou wittgensteinien, des épistémologies popperiennes, des écoles épistémologiques, post-positivistes ou néo-réalistes, naturalistes post et néo-logiques et empiriques: le méta-paradigme de l'épistémologie institutionnelle. Selon Le Moigne (1995),

"C'est sans doute par des interrogations de ce type sur les fondements de la connaissance que s'est progressivement reformulée tout au long du XXe siècle et surtout dans les trente dernières années la problématique des épistémologies constructivistes."

À l'exemple de Le Moigne, sans rejeter en bloc ce méta-paradigme, nous allons le tenir pour intéressant plutôt que pour exclusivement convaincant et on pourra dès lors explorer une autre méthode de la connaissance,

"...quelques autres hypothèses fondatrices, que l'on tiendra pour au moins aussi plausibles que les précédentes et pour plus convaincantes, mieux adaptées aux conditions cognitives et culturelles dans lesquelles on les interprète pour élaborer nos connaissances" (Le Moigne, 1995).

Apportons ici une petite précision. Il ne s'agit pas de préférer une "doctrine" par rapport à une autre ou encore de classer le statut de la connaissance comme souvent présenté entre matérialisme et idéalisme, entre connaissance scientifique (présumée objective) et connaissance philosophique (présumée subjective). Non, car le paradigme des épistémologies constructivistes

“n’autorise pas un découpage fondamental entre connaissances dites objectives ou scientifiques et dites subjectives ou philosophiques: toute connaissance est construite projectivement et il ne saurait y avoir de différence définitive de statut entre connaissance scientifique et connaissance philosophique (G. G. Granger, 1993)

On pourrait le concevoir plutôt comme étant à la fois et scientifique et philosophique. Comme le dit Le Moigne, les épistémologies constructivistes proposent une argumentation du statut et des méthodes de la connaissance qui ne les situent pas dans les mêmes références gnoséologiques que les épistémologies positivistes ou réalistes sur le critère de vérité objective ou quasi objective; elles se définissent selon les termes d’un autre contrat social, et l’évaluation de leur enseignabilité ne se fait pas de la même façon. Elles se définissent d’abord par leurs principes gnoséologiques (phénoménologique et téléologique), par les hypothèses qui fondent le statut de la connaissance et non par leurs principes méthodologiques; c’est au processus socioculturel qu’on fait appel.

“Leur mode d’emploi est accompagné du rappel des conditions de validation des connaissances “enseignables” qu’elles produisent: faisabilité projective (et non plus vérité objective)” (Le Moigne, 1995)

Notre situation anticipée place donc les sages-femmes dans un contexte universitaire d’enseignement et de recherche à fortes tendances positivistes. Notre but sera d’y méditer sur le statut social et cognitif des connaissances que l’on tient pour enseignables et d’introduire, à l’intérieur d’un cours, ce que Le Moigne appelle

“...une nouvelle intelligence des sciences de l’ingénierie comme des sciences de l’homme et de la société entendu davantage comme des sciences de l’INGENIUM que comme des sciences d’analyse, qui retentit aujourd’hui sur notre

conception contemporaine des épistémologies constructivistes.” (Lemoine, 1995 : 50)

“INGENIUM: “faculté mentale qui permet de relier la manière rapide appropriée et heureuse des choses séparées.” (Le Moigne, 1995 : 50)

Pour donner un sens aux processus cognitifs d'élaboration de la connaissance, nous proposons une nouvelle forme de “contrat social” à l'U.Q.T.R. : une épistémologie herméneutique qui finalise la connaissance par sa capacité à “construire du sens” par ses actions cognitives téléologiques de compréhension et d'interprétation.

Nous allons chercher les concepts figés chez la future sage-femme et offrir des principes et des stratégies susceptibles de les remettre en mouvement.

“Le didacticien de la santé...est un genre “d'idéopathe”. Il cherche dans ses observations comment les idées s'expriment et se mettent en mouvement par le jeu des distinctions sur des distinctions. Lorsqu'il constate une certitude, un préjugé ou une conviction, il propose une situation pour provoquer un dérangement épistémologique ou un conflit socio-cognitif et ceci pour relancer la pensée mais toujours dans le respect de l'autonomie de la personne...Le but de la didactique de la santé n'est pas de soigner, elle s'intéresse avant tout à la compréhension des savoirs dans le domaine de la santé ...” (Larose, 1997 : 39)

Voyons maintenant ce que nous proposons dans notre situation didactique.

1.7.1. Détermination des objectifs

Nous allons décrire nos objectifs en deux parties: les objectifs généraux -qui s'intéresseront à outiller l'étudiante sage-femme - et les objectifs spécifiques d'apprentissage, lesquels veulent comprendre les fondements de la validité des connaissances.

1.7.1.1. Objectifs généraux

Ce que l'on propose dans notre situation didactique est d'amener la future sage-femme à être en mesure de comprendre ce qui fonde la validité de ses connaissances, de voir les cadres épistémologiques adaptés à sa pratique et d'avoir une formation à la recherche l'aidant à comprendre et critiquer cette dernière qui est en grande partie de nature positiviste.

Un premier niveau de compréhension consiste à établir des différences entre les deux paradigmes qui s'affrontent, tout en tenant compte du sens que les acteurs donnent à leur identité sans oublier les rapports de force que ces paradigmes traduisent. Acceptant, *a priori*, l'idée que la passation d'un savoir dit "artisanal" à un contexte de savoir dit "scientifique" entraînera des bouleversements dans la pratique des sages-femmes.

En s'intéressant aux conceptions des sages-femmes quant à leurs perceptions du monde dit "scientifique" dans lequel les placera l'"institutionnalisation", la présente analyse aura la prétention d'outiller la future sage-femme à acquérir son propre discours épistémologique.

Question à laquelle veut répondre la situation didactique:

Comment amener les apprenties sages-femmes à adopter une position épistémologique propre à leur pratique afin d'éviter que le discours épistémologique des autres disciplines ne submerge la philosophie même de la pratique sage-femme?

1.7.1.2 Objectif spécifique d'apprentissage

Amener l'étudiante sage-femme à développer une conception élargie de la science, conception qui introduit et tient compte des dimensions constructivistes et positivistes. Le sens de cet objectif est d'outiller l'étudiante afin qu'elle soit en mesure de comprendre les fondements de la validité des connaissances et qu'elle adopte un cadre épistémologique qui lui ressemble.

En résumé, selon notre plan de mémoire, nous avons tracé un portrait de la situation envisagée par l'institutionnalisation et tracé le portrait d'une situation "idéale" selon un contexte culturel et les demandes des usagères des services sages-femmes. Nous en avons identifié les différences et les lacunes et, après avoir fait l'examen des contingences théoriques, nous avons pu envisager une situation anticipée réaliste soit: une nouvelle forme de contrat social institutionnel permettant un langage propre à la pratique sage-femme. Par la suite, nous avons clairement énoncé nos objectifs.

Maintenant, nous entrons dans la phase finale, la deuxième étape avec laquelle nous analyserons les composantes du triangle didactique pour finalement structurer notre situation didactique..

Étape II:
Phase de structuration

Étape 2:

-Phase de la planification

2.1 Évaluation des composantes

Comme nous l'avons formulé dans notre introduction, il s'agit ici d'un projet d'innovation dont il nous faut démontrer, par des arguments logiques et historiques, la pertinence en le justifiant par les éléments théoriques qui s'y rattachent. Nous avons donc retenu l'expertise de plusieurs auteurs afin d'établir les balises de notre situation didactique.

Avec Stroobants et Collins, nous parlerons de l'acquisition des habiletés professionnelles. Avec Dreyfus et Dreyfus, Koestler, Polanyi, Desbrousses et Peloile, et Stroobants nous jetterons un regard sur l'habilitation. Avec Larose, Le Moigne, Varela, Maturana et Stengers, nous requestionnerons la validité des connaissances telles que comprises dans les milieux scientifiques. Finalement, nous considérerons une nouvelle conception en maternité à travers une étude publiée par le département de la santé de Londres: le *Winterton report* et *The report of the Expert Maternity Group (EMG)*.

2.1.1. L'acquisition des habiletés professionnelles.

Rares sont les auteurs qui se prononcent sur la manière dont s'acquièrent et se préparent les compétences. L'usage actuel de la notion de compétence tend plutôt à évincer les discussions associées à la qualification. Selon Stroobants (1993), la compétence s'accommode d'un espace réduit : être ou ne pas être compétent .

“Une fois dégagée des propriétés de la tâche pour évoquer les attributs de la personne, la notion s'épanouit dans le registre de l'aptitude personnelle”. (Stroobants, 1993)

De même, la manière de poser le problème d'acquisition des connaissances professionnelles fait largement écho à des conceptions conventionnelles hiérarchisées et inévitables pour mettre en rapport des formes manifestes de savoirs (Collins, 1987). Le savoir ne vient plus jamais seul, il s'agit de maîtriser non seulement des savoirs, mais aussi des savoir-faire et des savoir-être.

Rationaliser le processus sur lequel se fonde un certain type d'expertise rencontre de grandes difficultés: *“l'expert sera mis en demeure de choisir de quelle cause il peut se faire défenseur”* (Stroobants, 1995), il devra se demander sur quels critères se fonder pour établir une classification générale des tâches et des fonctions ou pour disposer de moyens de recommander une formation plus adéquate à la tâche à accomplir.

“La prise de conscience de ces tensions éclaire également la sélectivité des techniques de “transmission” des savoirs, c'est à dire la différenciation sociale que prennent en charge les différences cognitives”. (Stroobants, 1993)

Au fur et à mesure que le savoir perd son statut d'objet pour gagner en attribut sujet, la relation cognitive tend à se définir sur le mode de l'être - être compétent- et non plus sur celui de l'avoir - avoir un savoir. *“La compétence de l'agent s'enrichit du sens qu'elle donne aux pratiques.”* (Stroobants, 1993)

2.1.2. L'habilitation

Lorsque des procédés formels sont traités comme objet à découvrir et non comme un langage ou un concept à comprendre, on pourra parler du concept d'habilitation (tacit skill) de Stroobants. C'est le concept qui sera le plus utilisé dans cette analyse. Il est celui qui englobe

le mieux, à notre sens, le concept de compétence tel que nous voulons le définir. Il *“concilie le caractère conventionnel et cependant efficace des compétences: il autorise l’habileté”*. Comme le dit Stroobants, (1993) il ne s’agit pas d’offrir une théorie générale de la connaissance ni même une grille d’analyse mais de prendre au sérieux toutes les conditions qui mettent en mesure de poser et résoudre un problème.

Pour introduire le concept de *“tacit skill”*, Polanyi (Polanyi et Porsh 1975:44) affirme que tout acte cognitif mobilise complètement l’individu, *“maîtriser parfaitement un instrument, un outil ou un élément, c’est se l’assimiler pour faire corps avec lui”*. Il prend l’exemple d’un cycliste qui est censé savoir que l’ampleur de chaque courbe qu’il accomplit successivement pour garder son équilibre est inversement proportionnelle au carré de la vitesse de son vélo; s’il veut éviter de se casser la figure il a intérêt à ignorer ces règles pour consacrer toute son attention aux autres aspects de la situation. De même Dreyfus et Dreyfus (1986) se posent la question à savoir, si pour l’apprentissage de plusieurs habiletés comme pour la maîtrise de la plupart des savoir-faire:

“il s’agit plutôt d’oublier la règle, la méthode, la démarche procédurale comme le font les entraîneurs sportifs ou les instructeurs de pilotage en dépit des modèles théoriques qu’ils adoptent”.

L’intériorisation de l’habileté par l’habitude est une idée que l’on retrouvera aussi chez Koestler, autre influence que citent Manwaring et Wood (1985). Pour Dreyfus (1984),

“Aucune règle explicite, ou tacite ne semble nous orienter lorsque nous sommes des poissons dans l’eau, parfaitement maîtres d’une situation”.

Pour Desbrousses et Peloille (1975), l’expérience pratique des ouvriers n’est pas seulement une source mais *la* source de la connaissance. Cependant, s’ils valorisent les savoirs concrets et l’expérience acquise sur

le tas, ce n'est pas au détriment de l'élaboration théorique mais en vue de son accomplissement. C'est aussi notre argumentation: il n'est pas dans notre objectif de valoriser les savoirs concrets par rapport à l'expérience acquise sur le tas ni vice versa, mais de dénoncer ou du moins de prévenir un mécanisme "d'expropriation" des savoirs sages-femmes". D'un savoir ouvrier - utile mais méconnu, on passe à la co-naissance fonctionnelle de l'expert, puis à la maîtrise de tout homme (femme) en action (Desbrousses et Peloille, 1975). Plus il se généralise, plus ce savoir s'étend de l'acte technique à l'interprétation de la situation et plus son sujet devient savant, activement compétent. Mais, comprendre une situation, c'est s'y immerger complètement à l'instar du naturaliste qui intériorise le monde propre de l'animal ou de la plante qu'il étudie, nous dit Polanyi (1975)

"Il s'agit d'habiter (indwelling) un domaine de connaissance avec cette sorte d'empathie que nous sommes capables d'éprouver face aux sensations d'autrui".

Pour cet auteur, maîtriser parfaitement un instrument, un outil ou un élément, c'est se l'assimiler pour faire corps avec lui, comme l'aveugle connaît le monde par l'organe sensoriel qu'est devenu sa canne. Pour lui, les "règles de l'art" peuvent servir de guide à la condition d'être intégrées à la connaissance pratique mais ces règles cachées ne peuvent être logiquement spécifiées.

La connaissance est ainsi décrite, comme mouvement sensible au sujet - au sens le plus large - (Stroobants, 1993). Cette conception apporte aussi des arguments aux approches constructivistes de la compétence et à celles qui accordent un statut privilégié au concept des représentations, mais on y reviendra.

2.1.3 La validité des connaissances

"Qu'est-ce que la connaissance scientifique, comment est-elle constituée, comment en apprécier la valeur ou la validité?" (Larose, 1998)
Ces questions font appel à l'épistémologie et encore une fois, nous dit Le

Moigne, l'inculture de nombreux professeurs de sciences et de certains gestionnaires de l'éducation est manifeste. *Ces questions ont le statut des*

problèmes qui ont été réglés mais dont on a oublié de quelle façon (Larose 1998). Ainsi certains chercheurs font l'apologie de la pseudo démarche scientifique (observation, hypothèse, expérimentation, résultats, interprétation, conclusion) sans se douter qu'elle est fondée sur les trois axiomes énoncés par Aristote lesquels conditionnent la qualité d'une déduction logique. Or,

"...les questions sur ces fondements sont rarement débattues; on s'en remet plutôt aux institutions de haut savoir qui demeurent les seules garantes de la validité des connaissances scientifiques où l'épistémologie institutionnelle est encore celle d'Auguste Comte."
(Larose, 1998)

Nous nous inspirerons, quant à nous, des conceptions de Varela et de Maturana (1987) qui s'insurgent contre la conception dominante de la connaissance : *"Pour comprendre une situation, il faut l'interpréter et pour l'interpréter, il faut déjà avoir compris quelque chose."* De même Stengers (in Dumouchel, Dupuy, 1983) qui parle

"d'une épistémologie des visions du monde, d'une épistémologie kuhnienne, dominée par les idées de paradigmes et de schèmes, et par l'idée que notre propre rapport au monde est, partout et toujours, en gros cohérent et fermé sur lui-même".

Si la majorité des grands penseurs de notre temps font une profonde remise en question de la validité des connaissances produites par les sciences dites positivistes: Gould, Latour, Maturana, Morin, Stengers, Prigogine entre autres, il y a là une forte indication sur la nécessité de revoir nos engagements nous dit Larose (Larose, 1998).

2.1.4. Nouvelle conception en maternité

Certains programmes de formation sage-femme sont aussi remis en question et se rapportent directement à l'acquisition des connaissances. Ils veulent mettre en valeur de nouvelles conceptions en maternité entre autres choses en mettant l'accent sur les sages-femmes elles-mêmes et leurs habiletés. Nous allons considérer brièvement une de ces remises en question.

À Londres en 1992 et 1993, devant le relâchement des fondements organisationnels et culturels de l'éducation des sages-femme, le département de la santé publie deux documents: Le Winterton report et The report of the Expert Maternity Group (EMG), demandant de former des sages-femmes capables de répondre aux défis d'une nouvelle conception des services en maternité. Le rapport EMG exige des changements fondamentaux dans l'organisation et la culture des services en maternité et ceci concerne directement le développement du plus haut niveau possible en éducation pour les sages-femmes. N'avons-nous pas le droit de nous questionner quant à la pertinence de cette approche? N'est-ce pas plutôt un moyen d'éliminer le fondement même de ce qu'est par définition une sage-femme? En réaction à ce rapport, Lesley Page (1993:254), professeur de sage-femme du Queens Charlotte's Hospital à Londres, ajoute:

“The midwife of the future should be able to work with her head, heart and hands, keeping in balance practical and intellectual skills, and emotional awareness and empathy.”

Selon Madame Page, la sage-femme de demain aura besoin de garder l'équilibre entre connaissances, compétences et habiletés personnelles. Ses compétences intellectuelles devront s'établir à partir des expériences acquises en ayant accès à une grande variété d'idées, d'expériences et de ressources d'apprentissage en tenant compte autant du développement de la pensée critique que de la créativité et de la pensée systématique. Les compétences personnelles devront s'acquérir en passant

par le développement de la personne entière, en laissant une place pour la reconnaissance des acquis à travers le vécu de l'étudiante. Les compétences cliniques et pratiques devront s'acquérir le plus naturellement possible par une mise en pratique journalière de ses capacités de façon à acquérir une grande dextérité. Douceur, dextérité et "sensitivity" à travers un enseignement guidé et basé sur la pratique c'est, d'après elle, la façon d'apprendre l'art d'être sage-femme.

C'est ainsi qu'est née une définition de ce qu'est une sage-femme et dont nous vous traçons ci-bas le portrait.

Une sage-femme

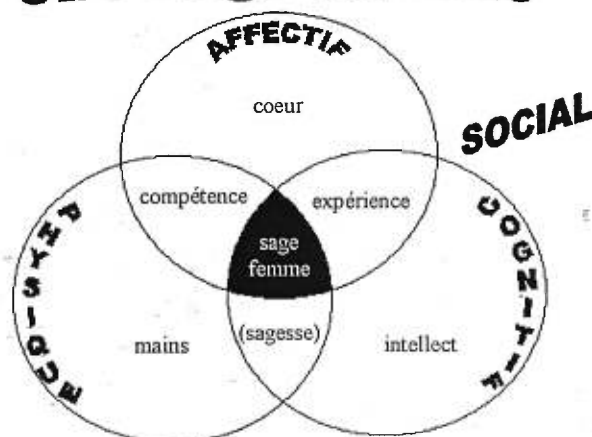


Schéma #4. Qu'est-ce qu'une sage-femme?

“Etre sage-femme, c’est une vie de transition. Il n’en résulte pas d’un simple incident ou d’efforts pour y arriver. Une combinaison de plusieurs facteurs nous transforment sage-femme, l’accumulation des expériences, des compétences et d’une certaine sagesse venant du coeur...et vous êtes une sage-femme.”¹³

¹³ Tiré de: Perspective de la pratique sage-femme au Québec “Identité professionnelle et rôle de la sage-femme. Programme d’actualisation et d’intégration des sages-femmes, Université du Québec à Trois-Rivières, novembre 1994

Maintenant si l'on veut, dans une perspective constructiviste, parler de ce qu'est une sage-femme, il faut plutôt parler de l'habilitation à la tâche ou à l'art d'être sage-femme plutôt que de parler de compétences. Nous soulignons, encore une fois, l'importance de s'éloigner de l'objet (acquérir un savoir) pour s'intéresser au sujet (la personne apprenante). Il est nécessaire de relativiser ces différences pour concevoir un point de départ commun.

“Ni la référence à une compétence "performée", ni le recours à un mécanisme général de développement ne permettent de comprendre comment des compétences singulières se constituent” (Stroobants, 1993)

À ce moment, le triptyque des savoirs, savoir-faire et autres <<savoirs-être>> ou savoirs <<sociaux>> devient alors la grille d'analyse et de standardisation des formations dites “qualifiantes”. C'est ainsi que “l'intellectualisation” sollicite des compétences plus complexes qui se déclinent dans le registre du raisonnement, de l'habileté et du comportement. Ce qui implique que les habiletés ainsi produites seront probablement de nature différente chez les unes et les autres (sages-femmes) et s'exerceront machinalement soit en oubliant ce qui les a produit, soit “...dans la référence à ce qui les autorise” (Stroobants, 1993).

Le registre du raisonnement fera référence aux “capacités” intellectuelles de l'apprenante, le registre de l'habileté rejoindra ses “qualités” personnelles, tandis que le registre du comportement se reflétera dans la pratique clinique par des approches différentes. Le sujet (étudiante sage-femme), devient alors inséparable de la formulation de ce qu'est une sage-femme compétente. Il ne s'agit plus seulement d'avoir un savoir mais être compétent, c'est avoir “l'habileté de”. Cependant, comme le dit Stroobants (1993):

“l'histoire de ces compétences qui se différencient en même temps de droit et de fait ne sont pas naturelles, ou tout au moins, elle ne le sont pas au sens d'une nature universelle, innée, abstraite...”.

Le schéma qui suit représente, après ces explications, ce que nous entendons par habilitation.

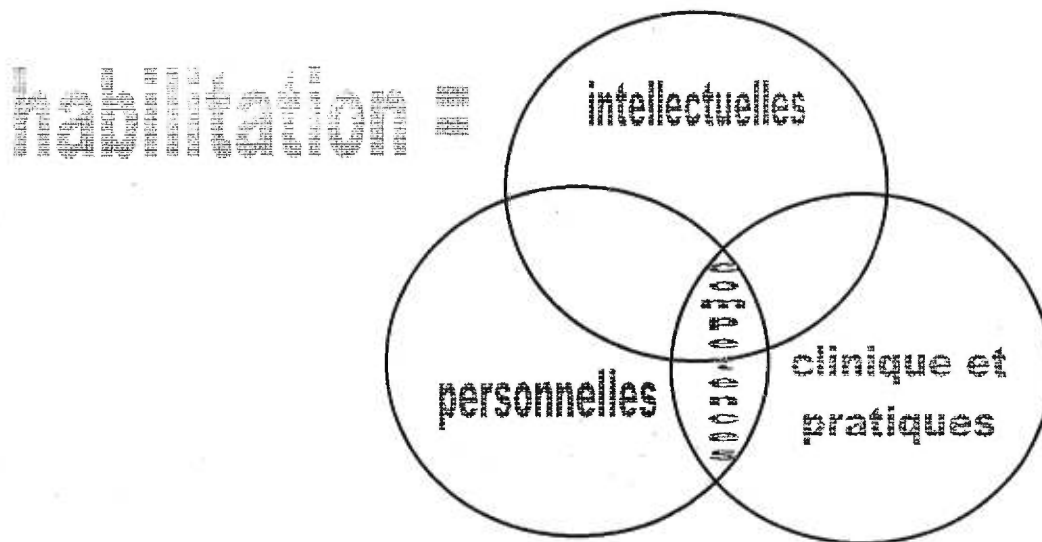


Schéma ^{#T}: Habilitier une sage-femme

Après avoir jeté un regard sur l'acquisition des compétences professionnelles par rapport à notre façon de concevoir l'habilitation en fonction du mode de l'être (sujet) - être compétent - et non plus uniquement en fonction de l'avoir (objet) - avoir un savoir - , après avoir introduit le concept de "tacit skill" de Polanyi et Porsh (1975) qui autorise l'habileté par l'habitude, après avoir, à l'instar de plusieurs grands penseurs, remis en question la validité des connaissances produites par les sciences dites positivistes, après avoir regardé les défis des nouvelles conceptions des services en maternité, nous avons tenté de clarifier ce que nous entendions par "ce qu'est une sage-femme" ou plutôt ce que devrait être une sage-femme face à la vision élargie dont nous vous avons dessiné les principaux arguments. Nous allons maintenant élaborer sur la méthodologie que nous envisageons dans la création de notre projet

didactique - notre cours -. Nous nous baserons sur les principaux principes en didactique sans tenter de faire de l'épuration terminologique mais dans une faculté d'imposer un type de problème et une manière de le résoudre.

2.2. Méthodologie pour l'élaboration d'un cours

La didactique respecte certains principes dans l'élaboration d'un cours. Pour le sujet qui nous intéresse, le "didacticien" de la santé s'intéresse à la structure des contenus disciplinaires, aux stratégies de communication éducative et aux conceptions des protagonistes. La didactique ne cherche ni à prescrire ni à prédire (Poczta, 1992: 82) mais

“en proposant le fruit de ses observations, elle espère enrichir la compréhension dans la communication éducative en santé dont cette proposition de valoriser la compréhension pour éviter ou pour repérer les blocages de la chaîne cognitivo-psycho-biologique” (Larose, 1998).

La didactique est ou devrait être le pilier de la technologie éducationnelle. Elle considère les conceptions des protagonistes impliqués, elle s'interroge sur les obstacles qui peuvent mettre un frein à l'apprentissage, elle suscite des conflits socio-cognitifs afin de relancer la pensée, elle cherche à enrichir la compréhension dans la communication éducative. Elle opère dans un cadre qui donne un sens particulier à toute une gamme de concepts, lesquels peuvent être considérés de façon fort différente par d'autres théories. Ainsi, la position épistémologique de la didactique de la santé est plutôt anti-empiriste et regarde la science de façon bio-constructiviste. Cette dernière perspective définit de façon particulière la personne qui pense la science et exige, des interlocuteurs éventuels, un mode de communication conforme à cette définition.

En tenant compte de ce qui vient d'être dit, regardons plus en profondeur ce que nous entendons par les principes didactiques pour l'élaboration de notre objet didactique -notre cours - ainsi que les

différents concepts qui se rattachent à ces principes: les conceptions, les obstacles, les conflits, la communication éducative.

2.2.1. Principes didactiques:

Le didacticien de la santé, qui théorise, valorise la compréhension des systèmes didactiques par le biais de la description et de l'analyse. Il ne possède pas une théorie générale mais un ensemble de théories cohérentes entre elles. Il s'intéresse à la compréhension des concepts entourant son domaine de savoir. Il est non-scientiste, il n'épouse pas la philosophie positiviste, mais il aborde plutôt son objet suivant une perspective constructiviste, mettant l'accent sur l'esprit critique plutôt que sur la preuve ou la poursuite de la vérité.

La didactique jette un regard non seulement aux trois pôles qui définissent le triangle didactique -élèves, savoirs, maîtres-, mais surtout à la relation entre ces pôles. Elle est directement liée avec l'apparition de nouveaux savoirs ou de nouveaux enseignements.

Dans le domaine d'étude qui nous intéresse, le savoir est considéré comme un objet dynamique construit suivant les structures des différents protagonistes en communication. Il s'agit dans ce cas-ci d'essayer, d'observer et de décrire un phénomène à la manière d'un naturaliste, d'identifier les conceptions générales du *curriculum* de formation sage-femme de l'U.Q.T.R. afin de modéliser une situation didactique qui permettra un échange entre les différents protagonistes de cette formation.

Nous allons, dans ce cas-ci, tenter d'améliorer un programme de savoirs sages-femmes à travers l'idée que celles-ci, leurs "usagères" et les principaux protagonistes du programme se font de ce que devrait être (habiletés) une sage-femme (Wood, 1986).

La position épistémologique de la didactique de la santé regardera la science d'un regard "bio-constructiviste". L'activité du

"didacticien" de la santé consistera à faire l'analyse de la future communication éducative entre les différents protagonistes et le savoir "institué" sur la santé.

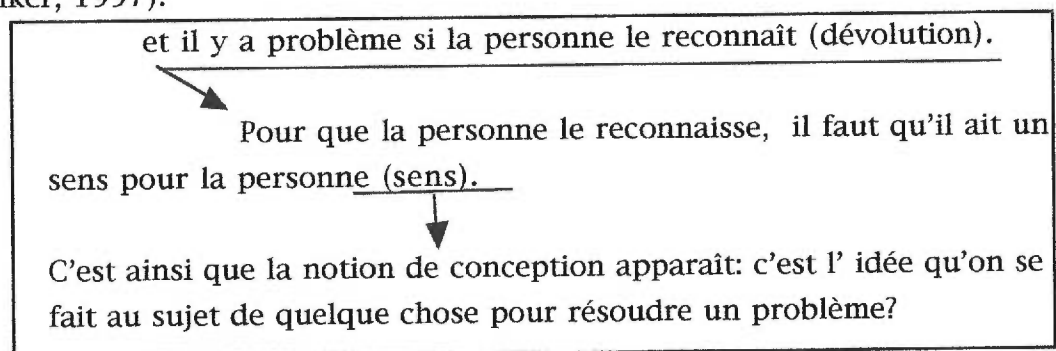
2.2.1.1. L'élaboration d'un cours

Lorsque l'on parle de méthodes pour l'élaboration d'un cours, la technologie éducationnelle propose une démarche très générale qui implique un but, un objectif, un contenu, un mode d'enseignement, des activités d'apprentissage, des ressources médiatiques et finalement une évaluation.

La didactique, pour expliquer le projet d'améliorer l'enseignement, parle plutôt d'obstacles épistémologiques (Bachelard, 1938), de conflit socio-cognitif, de contrat didactique, de dévolution (Brousseau, 1986) et de transposition didactique (Chevalard, 1991). Elle tient compte des postulats qui suivent:

Les conceptions

Pour le cerveau, l'apprentissage est une résolution de problèmes, (Pinker, 1997):



La majorité des éducateurs s'accordent pour dire que les étudiants ne s'amènent pas dans un cours comme une feuille blanche. Ils apportent avec eux un lot de connaissances qui d'ailleurs vont servir de préalables pour assimiler certaines notions tout comme elles peuvent

introduire aussi beaucoup de confusion dans d'autres situations. Ainsi, des apprenants qui ont une règle qui s'est déjà avérée utile dans le passé ne l'abandonneront pas nécessairement parce que le professeur dit autrement. Il se peut même, qu'à un examen en classe, ils donnent la bonne réponse, mais le seuil de la classe franchi, ils retrouvent tout de suite leur vieille habitude.

Ces conceptions sont celles utilisées par l'étudiant et même s'il a appris et bien réussi à appliquer certains principes face à certaines situations, il n'effectue pas le transfert nécessaire et fait appel à des préconceptions pour solutionner son problème (Holland et al., 1987). C'est pourquoi Larose (1998) nous dit:

Il est donc nécessaire d'avoir une bonne idée des connaissances et des croyances des personnes du moins pour ce domaine comme la santé où la modification des idées spontanées, plus que l'apprentissage passif, s'avère la vraie nature de l'apprentissage en jeu.

Dans le même ordre d'idée, Larochelle et Désautels (1993) ont mené une étude dans la continuité des réflexions récentes de la didactique des sciences et de la philosophie constructiviste. Le fruit de leur conjecture a conduit les auteurs au postulat de la nécessité d'établir la différence entre le savoir "spontané" et le savoir "savant" pour mieux assimiler ce dernier. Ils proposent comme solution la "stratégie de dérangement épistémologique". C'est de cette stratégie dont il sera question dans notre situation didactique.

Il faudrait aussi garder en mémoire qu'il existe des conceptions contradictoires, des conceptions spontanées au sujet de l'expérimentation, des connaissances intuitives (implicites), des savoirs explicites conformes au savoir savant, des systèmes de croyances qui sont à la source des différentes perceptions que l'on peut avoir du monde, perceptions desquelles découlent bon nombre de conceptions pragmatiques souvent inadéquates par rapport au savoir savant; ceci tout en focalisant

sur notre objectif qui est de faire réaliser l'importance de prendre conscience de ces croyances, de ces conceptions aux futures étudiantes avant même de pouvoir débiter notre stratégie de dérangement.

Les obstacles

Pour expliquer le changement conceptuel, c'est d'abord en terme d'obstacles que s'interroge la didactique. Dans la mise en place de stratégies pédagogiques il s'agit la plupart du temps de chercher comment dépasser les obstacles ou de voir comment en tenir compte.

“Quand on cherche les conditions psychologiques de progrès de la science on arrive bientôt à cette conviction que c'est en termes d'obstacles qu'il faut poser le problème de la connaissance scientifique”. (Bachelard, 1975)

Selon Larose (1997), les obstacles sont des conceptions construites par l'enseignant - ou le didacticien - mais que ceux-ci estiment comme des connaissances construites par les apprenants. Il y a donc nécessité de prendre en compte ces différentes connaissances pour participer à l'élaboration des savoirs et identifier les conceptions pour pouvoir distinguer celles qui peuvent constituer des obstacles à la construction de nouvelles connaissances.

“Le concept d'obstacle en didactique tire sa signification de l'épistémologie et de la psychologie où on a recours à la notion soit d'obstacle épistémologique ou soit de conflit socio-cognitif. Quant à la dévolution, elle est ce procédé, déclenché par la situation d'enseignement où les apprenants consentent à assumer une responsabilité cognitive et sociale dans la construction de leur savoir.” (Larose, 1997)

Le conflit

Avec la didactique telle que nous le concevons, l'étudiante est conviée à considérer le système d'idées dans lequel elle évolue. L'objet n'étant pas sa personne mais plutôt le contenu disciplinaire bien identifié, un savoir savant, un savoir institué. Elle est alors impliquée à complexifier sa pensée au sein d'un domaine de connaissances scientifiques, si elle revient sur l'observation de sa personne, de son contexte; elle sera alors mieux équipée et plus documentée pour affiner sa perception.

Le didacticien, quant à lui, lorsqu'il constate une certitude, un préjugé ou une conviction, propose une situation pour provoquer un dérangement épistémologique ou un conflit socio-cognitif, et ceci dans le but de relancer la pensée. Cette position engendre une "déstabilisation" qui devrait influencer la reconstruction de nouvelles connaissances ou du moins une réorganisation conceptuelle.

La communication éducative

Il faut comprendre, de ce qui précède, que ce n'est pas ce qui est transmis qui détermine le changement de comportement mais plutôt la personne qui le reçoit. C'est pourquoi il est si important, en didactique, d'accorder une attention particulière aux conceptions des apprenants dans les premiers moments d'une communication éducative.

Pour Maturana et Varela (1987), la communication est définie comme un ensemble de comportements coordonnés, mutuellement déclenchés par les membres d'une unité sociale; c'est une coordination réciproque. Ils affirment qu'on ne peut donner une explication scientifique d'une chose qu'à la condition de traiter le phénomène en cause comme le résultat d'une opération d'un système structurellement déterminé.

Le didacticien offre une gamme d'idées susceptibles d'apporter des nuances et d'enrichir la compréhension dans la communication éducative en santé afin de valoriser la compréhension, d'éviter ou de réparer les blocages de la chaîne cognitivo-psychobiologique. Le but, nous dit Larose (1997), n'est pas d'essayer de justifier sa position ou sa production, ni d'attaquer la faiblesse de la construction des autres, mais d'établir une connexion entre les points de vue pour faciliter une exploration mutuelle et améliorer l'efficacité de la communication éducative en santé. C'est ce dialogue qui justifie notre contrat didactique.

"C'est pourquoi en didactique on accorde une attention particulière aux conceptions des apprenants..." - "Le didacticien de la santé cherche les concepts figés et offre des principes et des stratégies susceptibles de les remettre en mouvement..." (Larose 1997)

2.3.Phase de structuration du modèle

Maintenant que nous avons évalué les composantes de notre modèle de situation didactique, que nous en avons démontré la pertinence et balisé par des arguments théoriques notre argumentation, nous en arrivons à proposer et à produire notre modèle de situation didactique, un scénario de cours détaillé dans lequel nous décrirons les échanges et les activités qui seront réalisables en tenant compte des besoins, des différences entre les protagonistes et des contraintes du champ d'action.

2.3.1.Éléments du contenu:

Nous allons décrire les différentes activités prévues entre l'enseignant(e) et les étudiants(es) en tenant compte des éléments d'un enseignement constructiviste comme nous en avons parlé précédemment, c'est à dire, en:

-mettant l'accent sur des problèmes
de situation de vie plutôt que
sur des problèmes disciplinaires;

Sens

Dévolution

-faisant appel au savoir systématisé (disciplinaire) pour proposer des solutions aux problèmes de situation de vie;

-plaçant l'accent sur le dépistage de conceptions spontanées ou acquises qui semblent inadéquates pour la solution de ces derniers problèmes;

-élaborant des interventions visant la déconstruction des conceptions inadéquates;

-indiquant les voies de solutions possibles en rapport avec un problème;

-se servant de la force du groupe pour soutenir l'individu;

-s'assurant de la viabilité (consistance et permanence) de la nouvelle conception.

-analysant en quoi chacun des éléments du scénario de cours est justifié en rapport aux critères énoncés par l'analyse I de notre situation didactique (cours).

Savoirs-
Savants

Obstacles

Conflits
Dérangement

Communication

Critères

Par la suite, nous procéderons à une autre analyse qui, cette fois, *a posteriori*, expliquerait les raisons pour lesquelles nous avons retenu tels ou tels éléments.

Nous terminerons en indiquant les recommandations, les considérations par rapport à l'éventuelle mise en place et l'utilisation de la situation didactique proposée. Ce qui serait réalisable une fois le cours donné.

Finalement, la prochaine étape consisterait à expérimenter cette situation didactique afin de confronter les objectifs (ce qui est attendu) avec les réalisations (ce qui est obtenu) étant donné les conditions accordées, et de formuler, à l'étape de la révision, des pistes d'amélioration. Cependant, dans le cadre du mémoire projeté, nous ne pourrions nous étendre à cette étape, ce qui consisterait un travail trop volumineux et serait plutôt l'objet d'une thèse de doctorat; de la même façon, à la lumière du contenu de ce mémoire, nous croyons posséder des éléments intéressants pour l'analyse de tout le *curriculum* du programme sage-femme à l'U.Q.T.R.; peut-être nous y pencherons nous dans un prochain travail .

Voici, de façon schématisée, un représentation de notre modèle de situation didactique envisagée, le modèle de notre scénario de cours.

Modèle de la situation didactique

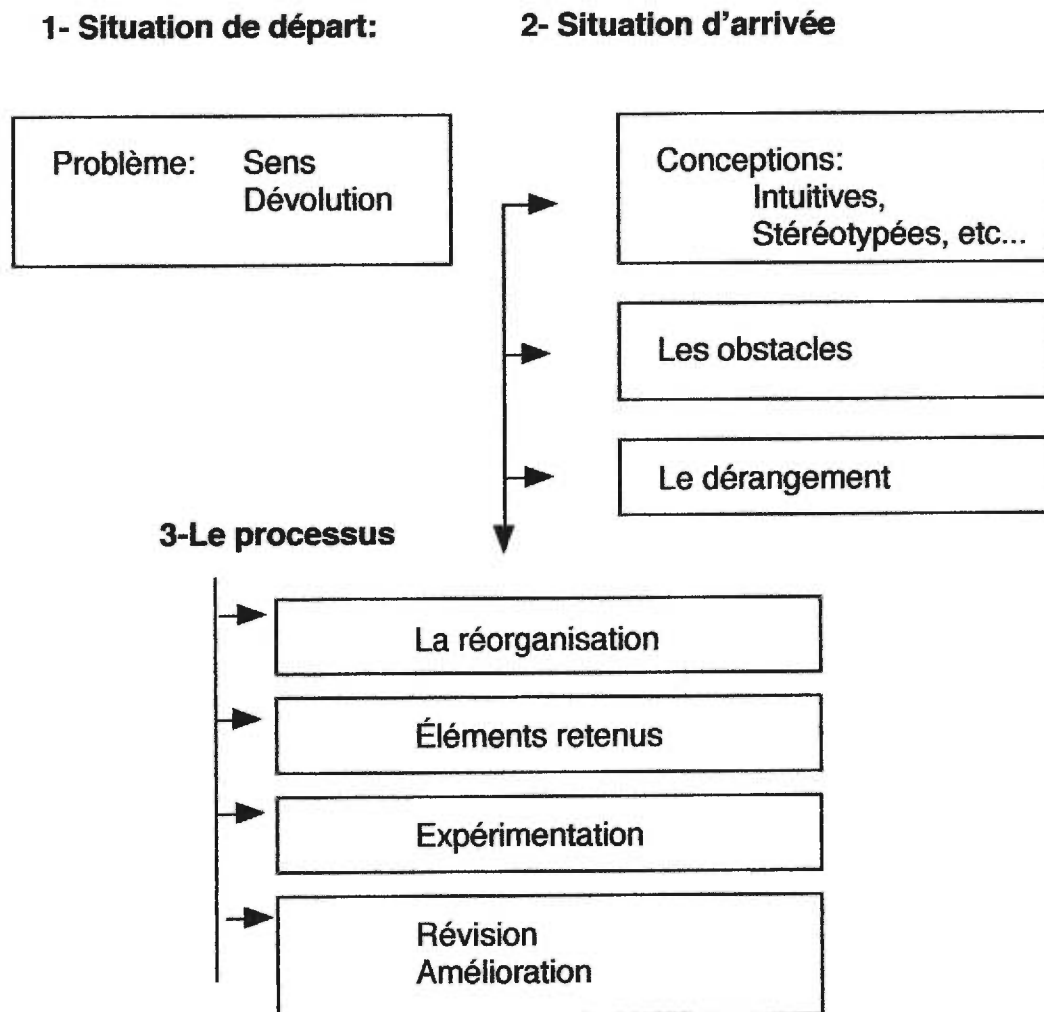


Schéma #6

Les pages qui suivent présente notre scénario de cours: Les sages-femmes et la co-naissance. Suivant notre modèle de situation didactique (schéma #8), nous développerons notre situation de départ, notre situation d'arrivée, par la suite nous entrerons dans le processus, qui comme nous l'avons déjà mentionné, ne pourra être complété puisqu'il demande l'expérimentation, ce qui pourrait se poursuivre dans une thèse de doctorat.

2.3.2. Scénario de cours

1- Situation de départ

Le problème: Le sens, la dévolution

Le présent cours à pour but d'outiller la future sage-femme à se construire un discours adapté à sa réalité. Il a la prétention d'amener la sage-femme à développer une conception élargie de la science qui introduit et tient compte des dimensions constructivistes et positivistes en plus de l'outiller afin qu'elle soit en mesure de comprendre les fondements de la validité des connaissances dans son domaine d'étude. Il espère, qu'en bout de piste, la sage-femme adoptera un cadre épistémologique qui lui ressemble afin qu'elle puisse développer un espace de communication, un langage "institutionnel" propre à sa pratique.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il faut d'abord que le cerveau reconnaisse un problème avant qu'il s'intéresse à faire un nouvel apprentissage. Cependant, pour reconnaître le problème il faut que le protagoniste y voit un sens pour lui. C'est pourquoi nous nous appliquerons à concevoir des situations visant la compréhension des différences entre des paradigmes de la santé qui s'affrontent et qui touchent directement la pratique sage-femme. Nous tiendrons compte aussi du sens que les acteurs donnent à leur identité de façon à pouvoir proposer un pallier de communication, une dialectique herméneutique (Guba et Lincoln, 1990).

Ainsi nous anticipons établir une connexion entre les points de vue pour faciliter une exploration mutuelle et pour améliorer l'efficacité de la communication en éducation à santé et avec les principaux intervenants en périnatalité.

2- Situation d'arrivée

Les conceptions,
Les obstacles,
Le dérangement.

Afin d'éviter la redondance, puisque nous avons déjà abordé ces sujets, nous tenons simplement à rappeler que nous désirons nous intéresser aux conceptions des étudiantes quant à leur perception du monde scientifique en dégagant leurs conceptions intuitives et en organisant des situations qui interfèrent avec ces dernières de façon à leur présenter, par la suite, des alternatives.

La prise en compte de la dimension didactique dans les ateliers, dont nous vous présenterons le contenu un peu plus bas, est d'abord une activité de dépistage des conceptions, d'analyse et de déconstruction, s'il y a lieu, des conceptions des étudiantes. Cette activité est considérée comme essentielle à l'acquisition de notions utiles à la résolution de problèmes reliés à la santé (Larose, 1998) et plus particulièrement, dans le cas qui nous intéresse soit: la périnatalité. Par la suite, la proposition de solution "de rechange" de stratégie de communication axée sur les perspectives constructivistes devrait orienter l'étudiante sur une conception élargie de la science.

Mais avant d'arriver à cette étape, puisque nous sommes dans une situation d'innovation, il nous faut nous positionner par rapport à la praticabilité de notre action proposée. Est-ce que notre scénario de cours est réalisable dans le contexte du programme de formation sage-femme de P.U.Q.T.R.?

2.3.2.1. Contraintes du champ d'action

Le programme proposé par l'Université du Québec à Trois-Rivières se doit de rencontrer les standards requis par l'appel d'offre du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la formation des futures sages-femmes:

- développer une pratique autonome et responsable,
- respecter les besoins des femmes d'accoucher dans la sécurité et la dignité,
- appliquer une approche globale et familiale,
- s'engager dans la continuité et l'humanisation des soins,
- favoriser le choix éclairé des femmes et respecter leur choix,
- intégrer les services de première ligne,
- collaborer avec les autres professionnels de la première, deuxième et troisième ligne pour des consultations et des transferts.

(*Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998 : V*)

2.3.2.2 Modes particuliers d'enseignement

Le Programme de l'U.Q.T.R. recourt à des périodes d'enseignement intensif sur le campus au premier et au troisième trimestre, d'une durée de quinze semaines, dans des salles de classe et de laboratoire. Aux autres trimestres le programme fait appel à des modalités d'enseignement qui relèvent de la formation à distance et à des stages en milieux communautaires et hospitaliers.

Le choix des modalités pédagogiques de l'U.Q.T.R. s'est fait en considérant les critères suivants:

- 1) Les modalités pédagogiques doivent permettre la maîtrise progressive de compétences en recourant principalement à des approches inductives et constructivistes, qui reposent sur l'activité de l'étudiante et sur la collaboration de ses pairs;
- 2) elles doivent favoriser des apprentissages expérientiels dans les

- milieux de pratique,
- 3) elles doivent permettre à l'étudiante d'acquérir des compétences transversales qui favorisent les transferts d'apprentissage entre les savoirs méthodologiques disciplinaires et la pratique professionnelle;
 - 4) elles doivent permettre à l'étudiante d'acquérir une culture humaniste et scientifique, qui soutient et renforce l'exercice de ses compétences professionnelles.

(Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

“L'apprentissage expérientiel fondé sur des compétences intégrant connaissances, habileté et attitudes, la communauté de recherche, la culture scientifique et humaniste requièrent le recours à plusieurs modalités d'évaluation des apprentissages, auxquelles concourent les divers intervenants dans la formation des étudiantes. Ces modalités font appel également dans une large mesure à l'évaluation formative, de manière à ce que l'étudiante reconnaisse rapidement les performances inadéquates observées sur le plan des connaissances, des habiletés et des attitudes par rapport aux standards prescrits. Par ailleurs, les évaluations sont effectuées par plusieurs catégories d'intervenantes et intervenants: l'étudiante elle-même, ses pairs, les préceptrices, les professeurs et les chargés de cours, les <<clientes standardisées>>. (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

2.3.2.3 Profil de la clientèle

“Le profil d'accueil a été établi en tenant compte des larges dimensions que couvre la pratique des sages-femmes qui s'intéresse aux divers aspects (sociaux, psychologiques, anthropologiques, culturels, historiques, spirituels, biologiques) de la femme, de l'enfant et de sa famille.”

Il s'agit d'un profil d'accueil dit d'"entrée directe", en ce sens qu'il ne requiert pas de la candidate de détenir un diplôme d'infirmière pour être admissible au programme. (Programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Trois-Rivières, mai 1998)

Le programme accueillera seize étudiantes par année à temps complet. Vous trouverez en Annexe G le libellé des conditions d'admission au programme.

2.3.2.4. Le contrat didactique

Le Programme de l'U.Q.T.R. rejoint le contrat social des institutions classiques traditionnelles mais aussi démontre une ouverture à une approche moins traditionaliste. Ce qui le place, comme nous l'avons vu, dans une situation ambivalente quant aux approches positivistes et aux approches constructivistes. C'est pourquoi, nous pensons qu'il est tout à fait approprié d'introduire justement un moyen, une méthode afin de démystifier deux approches qui pourraient se compléter sans toutefois se submerger l'une l'autre, une approche qui faciliterait la communication puisqu'elle permet d'en clarifier les concepts -quand un didacticien réfléchit, c'est avant tout des explications qu'il recherche par rapport aux contraintes qui freinent la communication éducative-

Quant au profil de la clientèle, nous avons voulu jeter en lumière que les étudiantes du programme arrivent de différents moules de formation. Elles auront *a priori* différentes formes d'interprétation du statut épistémologique de la science. Pour certaines, il s'agira probablement d'une première démarche dans le monde scientifique. Point n'est besoin de vous entretenir du défi qui s'annonce en perspective avec notre projet didactique, non plus que de l'importance d'établir entre les étudiantes un pallier de communication; sinon comment éviter la cacophonie?

3- Le processus

La réorganisation

Les éléments retenus

L'expérimentation , la révision, l'amélioration (possible dans une thèse de doctorat).

Le scénario de cours présenté décrit les échanges et les activités qui sont réalisables en tenant compte des besoins, des différences entre les étudiantes elles-mêmes, des contraintes du champ d'action. Nous allons décrire les principales activités prévues entre l'enseignant(e) et les étudiantes en tenant compte des éléments d'un enseignement constructiviste. Nous avons divisé notre démarche en trois ateliers:

- 1er atelier:** Activité de dépistage des conceptions

- 2ième atelier:** Déconstruction (déstabilisation
des conceptions, des valeurs)

- 3ième atelier:** Proposition de solutions et d'un pallier de
communication

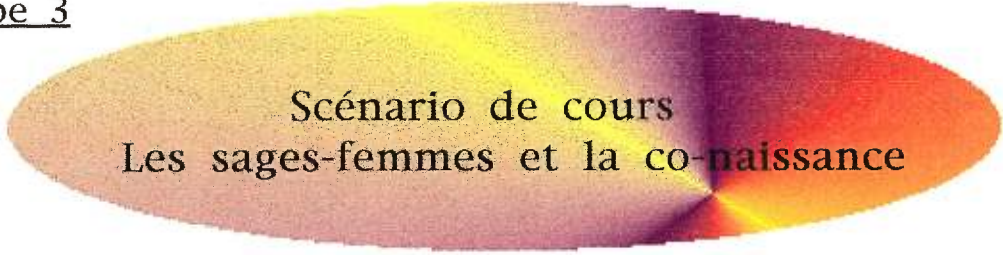
Voici maintenant venu le moment de présenter notre scénario de cours.

Étape III:

Cours:

Les sages-femmes et la
“co-naissance”

Étape 3



Scénario de cours Les sages-femmes et la co-naissance

1er atelier

3.1 Activité de dépistage des conceptions

Afin de bien délimiter notre démarche, nous avons choisi de la présenter en répondant aux trois questions de base: quoi? pourquoi? et comment?

quoi? -comprendre la compréhension (la démarche scientifique) -,
pourquoi? - le sens que les acteurs donnent -, et
comment? -la démarche.

Ces trois questions se rapporteront aux différents thèmes que nous vous avons longuement présentés dans les pages précédentes, soit:

- 1- les différents paradigmes sur la santé.
- 2- l'image (le portrait) de la sage-femme
- 3- la science

Nous procéderont ainsi afin de bien faire le tour de la question et ainsi faciliter la compréhension.

3.1.1 Quoi? (Lesquelles conceptions)

Comme nous l'avions déjà mentionné plus haut, les principaux thèmes que nous désirons approfondir avec les étudiantes se rapportent à : la science, aux différents paradigmes sur la santé et à l'image de la sage-

femme. Cependant, comme on le constatera, nous nous attarderons plus longuement sur le thème “science”. Ce thème rejoint davantage notre argumentation épistémologique et l’objectif premier de notre situation didactique.

3.1.1.1 Par rapport à la science...

Depuis l’avènement des sciences modernes, chaque pratique, chaque savoir qui se veut rationnel, doit se situer par rapport à une référence scientifique. Or, la question est de savoir comment et pourquoi on adhère à telle ou telle idée, quelles sont “*les puissances qui nous portent à consentir*”¹⁴. Qu’il s’agisse de raisons objectives, de raisons subjectives, de raisons affectives, de raisons cognitives, de raisons d’éducation, de croyances, d’un sens commun et j’en passe, nous savons que les êtres intelligents adhèrent à des idées. Quoi qu’il en soit, et pour le sujet qui nous intéresse, nous croyons que les étudiantes qui se présentent dans une formation quelconque, à l’Université, arrivent avec des conceptions de la science qui origine de la diversité de ces raisons.

Alors, où se situent nos futures sages-femmes par rapport à la science? Quelles sont les différentes représentations, ou connaissances, ou conceptions, ou perceptions justifiant leurs croyances à l’égard du monde scientifique? Quelle est donc leur conception de la science?

3.1.1.2 Par rapport aux différents paradigmes sur la santé...

Les sages-femmes nous apportent un paradigme différent en ce qui concerne la naissance où s’élabore une autre vision de l’accouchement, bien sûr, mais aussi de la santé, du progrès, du savoir, du monde (Desjardins, 1983). Au centre de ce paradigme sur la santé se trouve une vision holistique de la réalité. Tandis que le paradigme médical se basant sur la puissance du savoir théorique et son application

¹⁴ (*De l’esprit géométrique*, section II. De l’art de se persuader, in Pascal, *Oeuvres complètes*, Paris Gallimard, Pléiade, p. 592

pratique occasionne une confiance aveugle au progrès scientifique empirique et à la technologie médicale ayant une vision beaucoup plus "rationnelle de la réalité", les termes émotions, pensée ou affectivité ne font pas partie de l'index alphabétique du livre de Jenicek (1995) sur la logique de la médecine moderne...

Ces deux paradigmes s'affronteront nécessairement et quelquefois sur le même terrain. Alors, quelles sont encore une fois les conceptions des unes par rapport aux autres? Y a-t-il des moyens d'établir une "connexion", une communication entre les deux? Est-ce souhaitable?

3.1.1.3 Par rapport à l'image de la sage-femme...

Qu'est-ce qu'une sage-femme, que sera la sage-femme de demain? Comment définir son identité, sa place dans la société et dans son milieu professionnel? Qu'est-ce qu'une identité professionnelle?

Face aux nombreuses informations et opinions contradictoires ou parfois même erronées qui ont été rendues publiques, il n'est pas facile de se faire une idée de ce que sont et seront les sages-femmes québécoises. Quelles sont les conceptions des futures sages-femmes sur leur identité éventuelle, leur rôle dans la société?

3.1.2 Pourquoi?(Pour quelles raisons?)

Le didacticien s'intéresse au dépistage des obstacles à la connaissance. Nous savons que les étudiants apportent avec eux leur lot de connaissances qui va servir pour assimiler certaines notions tout comme elles peuvent introduire aussi beaucoup de confusion dans d'autres situations, il importe donc de dépister et de relativiser ces conceptions si l'on cherche des apprentissages efficaces et intégrés. Deux conceptions contradictoires semblent pouvoir cohabiter avec beaucoup d'aisance dans

le même cerveau (Holland et al. 1987). Il est donc nécessaire d'avoir une bonne idée des connaissances et des croyances des personnes "*du moins pour le domaine comme la santé où la modification des idées spontanées plus que l'apprentissage passif s'avère la vraie nature de l'apprentissage en jeu.*" (Larose, 1998)

Pourquoi ne pas enseigner immédiatement les bonnes règles régissant les phénomènes plutôt que de s'attarder à identifier les conceptions erronées qu'entretiennent les étudiantes? Tout simplement parce que la méthode d'enseigner les bonnes règles ne suffit pas à faire disparaître celles qui sont erronées. Les deux sortes de règles subsistent dans l'esprit de l'étudiante et même si elle a appris et bien réussi à appliquer certains principes, face à certaines situations, elle peut ne pas effectuer le transfert nécessaire faire appel à des préconceptions pour solutionner son problème (Holland et al, 1987)

3.1.2.1 Par rapport à la science...

Depuis un siècle, la plupart des citoyens tiennent pour acquis que les institutions scientifiques garantissent la pertinence du discours scientifique; peuvent-ils donc s'attendre à ce que la science ou du moins la connaissance enseignable soit pratiquement pourvue du statut d'infailibilité puisqu'elle a reçu une caution scientifique.. Pourtant, à la fin du vingtième siècle on se surprend par des proclamations de bon nombre de scientifiques et de philosophes qui veulent que la vérité, l'objectivité soient des notions illusoire.

En effet, par delà le nombre et la diversité des écrits relatifs à cette question, il est de plus en plus évident que le raisonnement humain est victime de plusieurs formes d'illusion. Ce que Stephen Jay Gould (1997:45) appelle "*l'inclination à voir des régularités dans toute séquence d'évènement*" par la méconnaissance des probabilités; ce que Bourdon appelle les idées fausses et douteuses qui peuvent être soumises à une analyse de type scientifique et être expliquées de façon objective; ce que Ilya Prigogine et al. (1979) appellent "des structures dissipatives" par

rapport à certains systèmes physico-chimiques qui sont susceptibles d'adopter un type de comportement nouveau et inattendu. Nous sommes bien loin ici du statut d'infailibilité de la science. Non pas que la science soit une supercherie, loin de là, mais maintenir l'illusion que la science soit la vérité absolue, libre d'erreur, c'est se placer dans une situation d'obscurantisme qui fait obstacle à la progression de la connaissance.

Les futures sages-femmes, pour la plupart, n'ont jamais été confrontées à l'argumentation scientifique. Il est évident qu'elles arrivent à l'Université avec des *a priori* sur la science qui ressemblent aux illusions que se font la majorité des citoyens sur le discours scientifique. Ces *a priori*, ces conceptions, risquent de perturber, de faire obstacle à la compréhension des phénomènes, aux prises de décisions qui doivent être assumées dans la pratique des sages-femmes et dans certains cas, peuvent perturber les conséquences que la sage-femme tire d'une argumentation qui dans sa partie explicite est entièrement acceptable.

3.1.2.2 Par rapport aux différents paradigmes¹⁵ sur la santé...

Voici en résumé quelques affirmations permettant de considérer la pratique de la sage-femme du côté du nouveau paradigme de la santé:

-Le métier de sage-femme a toujours été de répondre aux femmes, d'accompagner les femmes dans le processus de la maternité. C'est une pratique qui est enracinée dans la tradition et qui en même temps se renouvelle. Nos sages-femmes ressemblent donc aux femmes du Québec. Elles répondent aux exigences et aux attentes des femmes du Québec.

-L'importance de l'aspect spirituel, de l'aspect psychique, psychologique émerge dans l'approche des sages-femmes québécoises à

¹⁵ (Le mot paradigme ici, signifie un cadre de pensée, une grille permettant d'interpréter la réalité)

l'image des femmes qu'elles accompagnent et du mouvement manifesté par les médecines douces qui émergent d'un peu partout.

-Les qualités humaines attribuées aux sages-femmes et à leur approche sont considérés par les femmes comme indissociables de leurs compétences. L'écoute, la qualité du temps passé avec la sage-femme, sa philosophie (Voir annexe E), le lien de confiance établi par le rapport égalitaire, le suivi global incluant le soutien psychologique qui favorise une connaissance approfondie de la femme qui accouche, la tradition qui met l'accent sur les personnes, la vision de l'accouchement comme processus normal, la présence continue tout au long de l'accouchement sont les éléments les plus sécurisants cités par les femmes qui utilisent les services des sages-femmes .

-Les sage-femmes considèrent le couple dans son individualité et aboutissent au coeur de la philosophie holistique appliquée à la santé. Leur approche révèle aux couples des facettes insoupçonnées d'eux-même.

-L'accouchement est un acte bio-psycho-socio-environnemental et spirituel dans un abandon le plus total possible. Naître n'est que rarement un acte médical. La part d'irrationnel, d'instinct, de vulnérabilité et d'émotions dans un accouchement fait que le mot autonomie doit prendre une toute autre résonance.

-La sage-femme apprend par son écoute et son expérience un ensemble de détails du déroulement du normal qui ne sont pas pertinents dans un cours de médecine axé sur la compréhension et le traitement de la pathologie.

-La sage-femme n'est pas une intervenante, elle n'est pas là pour intervenir (sauf en cas d'urgence); elle s'illustre souvent par les choses qu'elle ne fait pas, elle sait attendre, elle sait ne rien faire, être hors du temps. Elle sait ce qui est normal et ce qui ne l'est pas et se doit de référer aux spécialistes des complications, en l'occurrence: les médecins.

“Quoiqu’il ne faille pas grande science dans l’accouchement naturel, pour recevoir l’enfant qui se présente bien, il y a néanmoins bien des précautions à prendre pendant le travail, pour que ces favorables dispositions n’aient pas de suite fâcheuses” (Abrégé de l’Art des accouchements de Madame Le Boursier du Coudray, Paris, 1757)

Comme nous l’avons vu, la pratique de la sage-femme est en grande partie cohérente avec un nouveau paradigme de la santé d’autant plus qu’elle joue un rôle important au niveau de la prévention.

Il s’agit maintenant de considérer les conceptions des étudiantes sur cette vision. Nous pensons, *a priori*, qu’elles connaissent certaines de ces affirmations concernant le nouveau paradigme de la santé. Cependant, sont-elles conscientes des paradigmes qui s’affrontent? Comment envisagent-elles de les concilier?

3.1.2.3 Par rapport à l’image de la sage-femme...

“Construire le réel en commençant par l’idée qu’on se fait de soi-même” (Kelly, 1955). Comme nous l’avons vu précédemment les futures étudiantes sages-femmes arriveront de tous les milieux, sans nécessairement avoir le même bagage académique ni les mêmes perceptions de ce qu’est une sage-femme, de son rôle, et auront probablement aussi des cultures ou notions culturelles sur la périnatalité bien différentes.

Puisqu’il est question de tenter de sauvegarder la philosophie de la pratique sage-femme du Québec afin de répondre à la demande des femmes qui ont demandé la légalisation de la pratique, il est, à notre avis, essentiel que les étudiantes se questionnent, se positionnent sur ce qu’est une sage-femme par rapport à l’idée qu’elles en ont mais aussi par rapport au portrait que les femmes elles-mêmes se font d’une sage-femme.

Ce qui ressort des écrits d'auteurs dont Jacques Gélis (1977, 1981, 1984), Michel Odent (1976, 1983, 1989, 1990), Adrienne Rich (1980), Frédérick Leboyer (1974), qui ont réfléchi sur la maternité, sur le savoir et le pouvoir des femmes dans la maternité est qu'il est bien difficile d'en définir toutes les composantes. Ce serait un mélange de savoirs, de conscience et d'activité créatrice, de connaissance; dont les formes s'agencent au gré des singularités. Les étudiantes ont-elles une idée de cette complexité? Quelle vision ont-elles de la maternité et du rôle de celles qui accompagnent les femmes dans ce merveilleux processus?

3.2.3 Comment? (Quelles sont les situations didactiques que nous élaborerons pour "déséquilibrer" l'étudiante?)

Notre façon de dépister les obstacles passe par le langage qui est vu comme un processus qui opère par et sur les concepts. Un des actes élémentaires du langage est de travailler à comprendre en classant ou en distinguant des concepts qui mettent en relation les membres d'un groupe social.

"La pensée procède du vivant et, par conséquent, a aussi besoin de mouvement. Le didacticien de la santé cherche les concepts figés et offre des principes et des stratégies susceptibles de les remettre en mouvement" (Larose, 1998: 37)

Lorsque le didacticien de la santé constate une certitude, un préjugé, ou une conviction, il propose une situation pour provoquer un dérangement épistémologique ou un conflit socio-cognitif et ceci pour relancer la pensée. Son but est d'aider à comprendre la compréhension des savoirs. Or, comment susciter de tels événements. Il y a sans doute de nombreuses stratégies possibles, celle que nous choisirons sera la conception d'un objet qui devrait faciliter la communication éducative centrée sur la compréhension: le conceptoscope.

Nous allons bâtir un conceptoscope -le conceptoscope permet l'observation d'une conception que l'on appelle une classe de structure-. Comme la structure correspond aux relations produites par un observateur, le but du conceptoscope sera d'aider à définir la conception d'une étudiante par rapport aux différentes classes et structures ci-haut mentionnées (science, santé et sage-femme). Une classe appartient à la matière et le concept appartient au répertoire cognitif de la personne. Une conception est un ensemble de classes et leurs inter-relations. L'observation sera faite par l'étudiante ce qui rendra manifeste ses conceptions et pourra faciliter la coordination des efforts de communication entre les autres étudiantes.

Le conceptoscope utilise quatre lentilles pour l'observation des concepts. Chacune regarde un niveau particulier d'analyse.

-le niveau de validité correspond au champ d'application du concept, l'endroit où il est utilisé ou en d'autres mots le contexte,

-le niveau d'abstraction se rapporte à la situation du concept, au regard d'un concept organisateur parmi l'ensemble des classes auxquelles il se réfère,

-le niveau de complexité est déterminé par les différents attributs suivant lesquels un concept est spécifié,

-le niveau des relations s'occupe des relations entre les attributs du concept.

(Larose, 1998)

Un questionnaire est préalablement remis (Annexe H) aux étudiantes, permettant une réflexion sur certaines valeurs retrouvées dans le domaine du paradigme de la santé et de la science, dans lequel on retrouve des pistes afin d'élaborer un concept. Par la suite, en atelier, nous allons bâtir notre propre conceptogramme à partir d'un autre questionnaire qui, cette fois, rendra manifeste les conceptions de

l'étudiante et pourra faciliter la coordination des efforts de communication

entre les autres étudiantes et le professeur puisque chacun(une) pourra comparer son conceptogramme avec celui des autres. D'autres observations peuvent être faites à partir de ces conceptogrammes et c'est précisément cette dynamique qui est recherchée.

Exemple:

Prenons le thème de la santé, on répondra à des questions comme celles qui suivent par rapport à la santé:

La santé est définie comme....,

xxxx est vu par certain comme...

xxxx fait partie de...

xxxx a comme objet...

xxxx vise...

xxxx veut expliquer...

xxxx exige...

xxxx est semblable...

xxxx est différent(e) de...

...est un objet de...

...est un événement de...

...est une règle de...

...est un exemple de...

...ne fait pas partie de...

xxxx est du domaine...

xxxx porte sur...

xxxx comporte...

xxxx a pour but....

xxxx nécessite...

xxxx a besoin...

xxxx est comme

xxxx n'est pas...

...est un élément de...

...est une propriété de..

...est un principe de...

...est un fait...

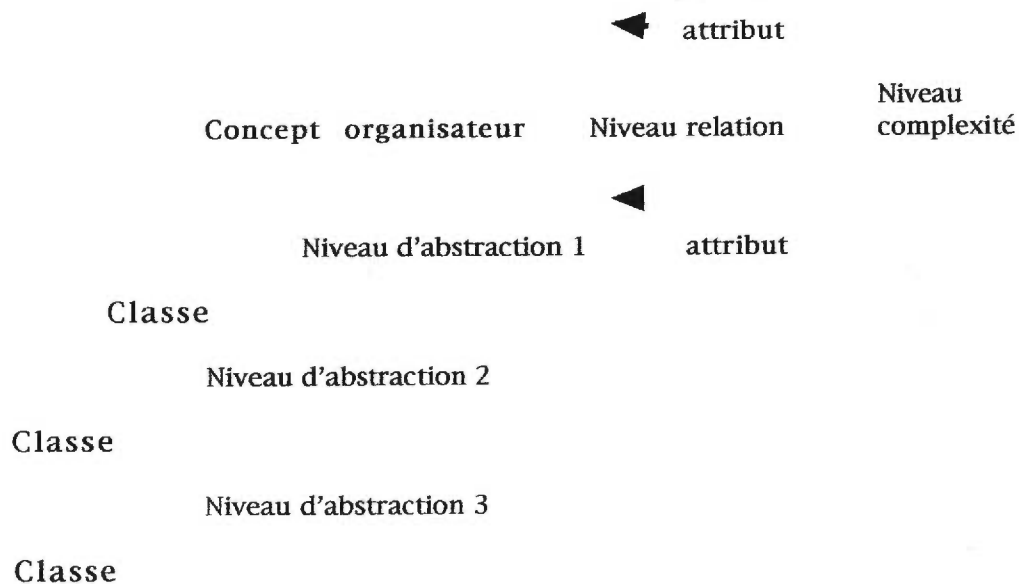
Par la suite, nous utilisons nos quatre lentilles d'observation - validité, abstraction, complexité, relations -. Des exemples et des contre-exemples nous permettront de caractériser une classe et de faire évoluer les idées transitoires. Finalement nous schématiserons l'ensemble de ces paramètres sous la forme d'un conceptogramme.

Voici une liste exhaustive de différentes classes de valeurs ou conceptions qui devraient être prises en considération dans notre questionnaire de base.

- la matière par rapport à la réalité
- le temps, l'histoire, les traditions
- validité des connaissances
 - santé, maladie, soins
 - preuve scientifique
 - connaissance
 - la personne
 - recherches
 - la pensée
 - langage
 - science
 - réalité

Voici à quoi ressemblera notre conceptogramme:

Structure d'un conceptogramme



À la fin du premier atelier, nous recommanderons la lecture du livre de Boudon (1990): *L'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses* et celui de Gould (1997): *L'éventail du vivant, le mythe du progrès*, afin d'introduire le 2ième atelier. Ces livres nous parlent de l'origine des croyances non fondées objectivement et nous permettent aussi de connaître les différentes interprétations dans les variations d'un système. Ils nous permettront, nous l'espérons, de lancer un débat ou du moins une réflexion pour l'atelier qui va suivre.

3.1.3.1 Par rapport à la science...

Nous utiliserons un conceptoscope tel que décrit précédemment. Nous éviterons la redondance en vous rapportant aux démarches précédentes quant à l'utilisation du conceptogramme. Bien entendu, le thème utilisé ici sera la science.

3.1.3.2 Par rapport aux différents paradigmes sur la santé...

Le même cheminement sera employé qu'à l'exercice précédent mais cette fois-ci le thème utilisé sera: la santé

3.1.1.3 Par rapport à l'image de la sage-femme...

Le même cheminement sera employé qu'à l'exercice précédent. Le thème utilisé cette fois-ci sera: une sage-femme.

2ième atelier

3.2 Déconstruction (déstabilisation) des conceptions, des valeurs

Nous croyons que les thèmes parcourus dans l'atelier numéro un, soit: la santé et la sage-femme devraient être abordés suivant les mêmes principes qui suivent. Par contre, l'éclairage apporté sur ces sujets par les différents conceptoscopes précédents facilitera sûrement la prochaine étape de ce travail puisqu'il donnera un sens ou du moins une motivation aux futurs apprentissages. Il aura permis de comprendre ou de saisir des conceptions, des valeurs entourant le devenir des futures sages-femmes du Québec.

Dans cet atelier, cependant, nous nous attarderons plutôt sur le thème de la science tout en enchaînant toujours avec nos trois questions de base: quoi? pourquoi? et comment?

3.2.1 Quoi? Lesquelles

Comme nous l'avions mentionné nous désirons nous limiter à faire travailler sur le thème "science" puisqu'il correspond particulièrement à l'objectif premier que nous nous étions fixé au départ dans la préparation de ce mémoire, c'est à dire: développer chez la future sage-femme une attitude cohérente avec les attentes du milieu à la mesure des phénomènes avec lesquels elle doit composer.

Nous désirons amener la future sage-femme à être en mesure de comprendre ce qui fonde la validité des connaissances, donc de voir

différentes visions et mêmes quelques pièges dans lesquels il est parfois possible de tomber.

3.2.2 Pourquoi? Pour quelles raisons?

Larochelle et Désautels (1993), ont mené une étude dans la continuité des réflexions récentes de la didactique des sciences et de la philosophie constructiviste se rapportant, plus particulièrement, aux glissements de notre pensée. Le fruit de leur conjecture a conduit les auteurs au postulat de la nécessité d'établir la différence entre le savoir "spontané" (expression préférée aux termes de conceptions erronées ou préconceptions) et savoir "savant", pour mieux assimiler ce dernier. Ils ont proposé une solution de "déstabilisation" dont on verra plus de détails un peu plus bas.

Bachelard (1975) aussi, depuis longtemps, nous avait proposé une solution de "déstabilisation" pour mieux reconstruire des connaissances "*...on connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant des connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même, fait obstacle à la spiritualisation*". Il ne s'agit pas de donner une réponse générale à la question de l'origine des croyances aux idées non fondées objectivement, mais de faire comprendre qu'elles peuvent être aussi et souvent le produit du fonctionnement le plus normal de la pensée.

Les conceptions spontanées, naïves, inadéquates ou erronées constituent souvent des obstacles à l'apprentissage de conceptions dites savantes. Pour faire l'acquisition de nouvelles conceptions, il est nécessaire d'éliminer ou de surmonter les anciennes. Nous anticipons que les étudiantes sages-femmes aient ce genre de conceptions inadéquates concernant la démarche scientifique et la science elle-même. Des conceptions comme: l'infailibilité de la rigueur scientifique, la vérification d'une hypothèse par la méthode expérimentale qui constitue une preuve scientifique, l'idée d'une réalité objective en recherche ou même encore que la science soit une tromperie, un moyen d'acquisition de

pouvoir et quoi encore... l'atelier un de notre travail nous dégagera, nous en sommes certains, bien des surprises à cet effet.

Toute démarche mentale, nous dit Boudon (1990), même la plus simple, comporte des aspects implicites, des *a priori*, des cadres ou des formes de pensée. Parce qu'ils sont banals, on les traite comme allant de soi.

“leur présence peut aussi dans certains cas perturber les conséquences que le sujet tire d'une argumentation qui dans sa partie explicite est entièrement acceptable. Réciproquement, des idées fausses peuvent être souvent fondées sur une argumentation acceptable”.

et il rajoute que:

“ces idées fausses proviennent souvent de théories authentiquement scientifiques”.

3.2.3 Comment?

Nous simulerons une série de petits problèmes qui engendreront une réponse de la part des étudiantes qui devraient, par suite de l'explication apporté par le professeur, provoquer un dérangement de certaines croyances.

Avec l'aide de Boudon (1990) et Gould (1997), nous nous pencherons sur une idée reçue de notre temps, celle qui veut que *“la vérité, l'objectivité soient des notions illusoire”*... Comme eux nous poserons nous aussi la question : *“Comment des idées douteuses peuvent-elles être consolidées par des arguments impeccables?”* et *“Comment des théories ou des argumentations irréprochables peuvent-elles aussi aisément inspirer des idées douteuses?”*.

Avec Gould, nous simulerons quelques-unes des illusions classiques dont est victime le raisonnement humain, dont la plus

marquante est la méconnaissance des probabilités en matière de statistiques.

Exemples:

Série de petits problèmes

Problème #1 -Sur pile ou face, l'interprétation de la majorité des gens sur la probabilité d'une suite de résultats est qu'il y a tricherie alors qu'il y a une explication mathématique qui ne mérite pas tant d'énervement...

(Voir détails en Annexe I, Boudon, 1997 : 45-46)

Réponses attendues: Déceler une tendance évidente qui n'existe pas ou invoquer des causes dépourvues de fondement.

Dérangement: *“Plus un problème important menace nos espoirs et nos besoins, plus nous risquons de l'analyser dans un cadre inadéquat. Nous aimons forger des histoires et sommes nous-mêmes le produit de l'histoire. Les tendances nous fascinent, en partie parce qu'elles engendrent des récits en assignant une directionnalité fondamentale au temps, en partie parce qu'elles confèrent très souvent une dimension morale à une succession d'événements - une cause à déplorer quand tout file à la dérive, ou à saluer comme une faible lueur d'espoir.”*

Problème #2: -La “série magique” (où chaque lancer va dans l'anneau) n'existe pas...

(Voir détails en Annexe I, Boudon, 1997 : .46)

Réponses attendues: Une star du basketball, quand elle trouve la bonne distance, peut faire des séries de paniers consécutifs peu importe la séquence.

Dérangement: Il est le même qu'au problème numéro un. Il confirme avec un autre exemple qu'aucune tendance n'existe.

Problème #3: -La confrontation de la corrélation et de la causalité: le statisticien qui remarque une corrélation entre les arrestations pour ivresse publique et l'accroissement du nombre de prédicateurs baptistes...

(Voir détails en Annexe K, Boudon, 1997 : .48)

Réponses attendues: Déceler un mouvement réel entre deux phénomènes et croire que le premier phénomène est à l'origine du deuxième.

Dérangement: Facile de confondre corrélation et causalité lorsque deux phénomènes sont en corrélation.

Il peut y avoir d'autres facteurs qui influencent la causalité. Il n'y a pas que deux phénomènes qui se déplacent en même temps et dans la même direction.

Problème #4: -Les habitants d'une ville mythique qui pesaient tous 50 kilos avant qu'un certain gâteau n'engraisse 15 d'entre eux et vienne perturber la moyenne. L'interprétation du fabricant de gâteau sur les statistiques devrait-elle pencher en sa faveur ou non?..

(Voir détails en Annexe L, Boudon, 1997 : .50)

Réponses attendues: Une soi-disant tendance peut n'être que la simple conséquence de l'étalement ou du resserrement d'une distribution.

Dérangement: L'assimilation d'une tendance au mouvement d'une entité conduit souvent à l'interprétation erronée d'un phénomène.

Problème #5 -Une société totalitaire gouvernée par les fanatiques de la diète. Tout le monde pèse 25 kilos jusqu'à l'avènement d'un gouvernement qui autorise un libre débat sur le poids idéal. Quels en seront les retombées statistiques?

(Voir détails en Annexe M, Boudon, 1997 : 51)

Réponses attendues: Adoption des valeurs moyennes. Tendance qui pousse la totalité de la population à un accroissement de son poids moyen.

Dérangement: La tendance est manifestement trompeuse lorsque la variable étudiée possède une limite et ne peut donc varier que dans une seule direction.

Problème #6: -Si dix gamins possèdent entre eux dix dollars, leur fortune moyenne est un dollar...

(Voir détails en Annexe N, Boudon, 1997 : .53-54)

Réponses attendues: L'identification de l'accroissement ou de la diminution des variations d'un système au déplacement d'une valeur moyenne...

Dérangement: Le mode, et non la moyenne arithmétique, fournit une meilleure compréhension dans l'exemple proposé.

(Avec Boudon, nous emprunterons des exemples de simulation à des analyses ou des idées scientifiques en cherchant les *a priori* qui ont permis d'arriver à certaines conclusions douteuses ou complètement fausses.)

Problème #7: -Les arrêts d'autobus obligatoires: comparer la situation où l'on créerait deux arrêts obligatoires et celle où l'on en créerait par exemple huit, et déterminer si le nombre de possibilités est plus grand, égal ou plus petit dans le premier cas que dans le second..

(Voir détails en Annexe O, Boudon, 1990 : 82-83)

Réponses attendues: Une plus grande possibilité de choix dans le cas de deux que dans celui de huit arrêts obligatoires. Estimation que le nombre de choix est plus grand lorsqu'on se propose de créer deux plutôt que sept ou même six arrêts obligatoires.

Dérangement: *“Le sujet adhère à une croyance fausse en se fondant sur de bonnes raisons. Ces raisons, loin d'être arbitraires, ont au contraire une certaine universalité. L'origine de cette “universalité” est facile à percevoir. Elle provient de la confiance mise par les sujets dans le principe d'induction. “ (Boudon 1990 : 84)*

Problème #8: -On demande à des étudiants(es) d'estimer la fréquence de deux personnalités : dans une population de 100 personnes prises au hasard, combien de personnes ferait preuve de confiance en soi et combien révéleraient des capacités de leadership?

(Voir détails en Annexe P, Boudon, 1990 : 88-89)

Réponses attendues: Avant la recherche, les étudiants(es) estiment que les personnes faisant preuve de confiance en soi sont généralement celles qui révèlent des capacités de leadership. Après la recherche, les données ne démontrent aucune corrélation entre les deux attributs.

Dérangement: La pensée ordinaire de type magique : N'apercevant pas les conséquences d'une argumentation, on se met en contradiction avec soi-même. Les sujets adultes et de surcroît dotés d'un niveau scolaire élevé tendent à tirer profit de leurs observations, voire de leurs propres estimations, des conséquences causales que celles-ci ne comportent pas.

Problème #9: -Les a priori du "raisonnement" inductif.

L'inférence abusive.

Tous les haricots de ce sac ont une couleur identique.

Quelques haricots de ce sac sont blancs.

Tous les haricots du sac sont blancs.

(Voir détails en Annexe Q, Boudon, 1990 : 113-115)

Réponses attendues: Raisonement impeccable.

Dérangement: Comment à partir d'observations singulières, inférer des propositions universelles? Selon Simmel: "*La connaissance humaine serait de nature circulaire et nous apparaîtrait linéaire en raison de la finitude de l'esprit humain, laquelle nous empêche de traiter à la fois plus qu'un nombre restreint de propositions.*"

Problème #10: -Lorsqu'on pose à des médecins la question à savoir si, par exemple, tel symptôme peut légitimement être interprété comme indiquant avec une certaine probabilité la présence de telle affection, ceux-ci ne peuvent - en théorie du moins - répondre positivement ou négativement que s'ils mobilisent une "information fréquentielle pertinente".... pourtant..

(Voir détails en Annexe R, Boudon, 1990 : 121-122)

Réponses attendues: La même que chez les médecins.

Dérangement: *“D’un ensemble de protocoles d’observation corrects on peut déduire une conclusion fausse tout en suivant étroitement les canons de la logique. Réciproquement, une croyance fausse peut être engendrée par un raisonnement juste s’appuyant sur des propositions empiriques valides. De façon générale, le fonctionnement normal de la pensée engendre à la fois la connaissance et l’erreur, des idées vraies et des croyances fausses.”* (Boudon : 120)

3ième atelier

3.3 Proposition de solutions et d’un pallier de communication

Cet atelier nous permettra de répondre à l’objectif spécifique de notre projet didactique soit: Amener l’étudiante sage-femme à amorcer le développement d’une conception élargie de la science, conception qui introduit et tient compte des dimensions constructivistes et positivistes. Le sens de cet objectif est d’outiller l’étudiante afin qu’elle soit en mesure de comprendre les fondements de la validité des connaissances et qu’elle adopte un cadre épistémologique qui lui ressemble.

3.3.1 Quoi? (Lesquelles)

Maintenant que nous avons évalué les conceptions des étudiantes, qu’avec l’aide de Gould et Boudon nous avons “ébranlé certaines croyances, il est temps de tenir compte des épistémologies en général et des épistémologies constructivistes en particulier.

Nous proposons de définir l’épistémologie, à l’instar de Piaget (1967), comme “l’étude de la constitution des connaissances valables”, *épisté*: connaissance, *logos*: discours. Cette définition rencontre les trois grandes questions de ceux qui s’interrogent sur la légitimité des connaissances:

- Qu'est-ce que la connaissance (la question gnoséologique)?
- Comment est-elle constituée ou engendrée (la question méthodologique)?
- Comment apprécier sa valeur ou sa validité (la question éthique)?

3.3.2 Pourquoi? (Pour quelles raisons)

Afin de détecter les multiples formes du charlatanisme, les sociétés se sont dotées de conseils de "savants", d'arbitres qui se veulent au-dessus de tout soupçon telles les académies scientifiques, ce qui fait dire à Le Moigne qu'il existe des "épistémologies institutionnelles".

"Cette épistémologie institutionnelle, parfois tolérante, mais rarement laxiste, se développa avec une telle assurance académique et une telle efficacité apparente que depuis un siècle, la plupart des citoyens et des scientifiques la tiennent pour acquise: les réponses qu'elle apporte aux trois questions fondatrices ne sont en général pas connues, mais chacun sait qu'elles existent, qu'elles ont été débattues par quelques grands esprits, et qu'elles doivent être satisfaisantes puisque les autres communautés culturelles (Amérique, Asie, Afrique...) affichent des options voisines sinon identiques." (Le Moigne, 1995 : 5)

Ces épistémologies institutionnelles, existant sous différents manifestes épistémologiques, sont garanties par l'Institution universitaire. Cependant, et c'est justement un des questionnements du travail précédemment exposé, est-ce que les chercheurs réfléchissent scrupuleusement à leurs réponses aux trois questions fondatrices de l'épistémologie et du statut de la connaissance: quoi? comment? pourquoi? Ou, comme Le Moigne, devrions-nous croire à l'inculture épistémologique

des scientifiques en général? Et alors, proposer une “co-naissance” de ces épistémologies qui permet de réfléchir d’abord sur les origines des différents paradigmes scientifiques, permettant ainsi de pouvoir les reconsidérer de manière à faciliter la communication des différents protagonistes qui doivent entrer en relation dans une institution scientifique. Bien entendu, avant de pouvoir y réfléchir il faut d’abord en avoir pris connaissance.

D’un côté, proposer une alternative plausible au tableau synoptique des disciplines positivistes pour les sciences à culture sociale, qui ont souvent du mal à se mettre en oeuvre dans les institutions. D’un autre côté, proposer l’alternative des épistémologies constructivistes qui s’attache, quant à elle, à décrire une action dans son contexte en exprimant *“cette méditation de l’objet par le sujet qui prend toujours la forme du projet”* (Bachelard, 1980), ce qui ressemble beaucoup plus aux sciences humaines qui sont l’apanage de la culture sage-femme.

Autrement dit, les futures sages-femmes qui seront inscrites au programme de l’U.Q.T.R. seront quelque peu encarcénées par le modèle que leur imposeront les épistémologies positivistes et réalistes qui seront probablement l’apanage des cours “nobles” qu’elles recevront, soit les cours à épistémologies positivistes et réalistes, il faut donc que les épistémologies constructivistes soient capables de proposer une organisation de connaissances *“pour que leur propre projet prenne sa valeur dans la culture dans laquelle elles s’expriment”* (Le Moigne, 1995 : 102) en tenant compte, toutefois, de l’inséparabilité des disciplines telle que proposée par le modèle du système spiralé des sciences de Le Moigne, c’est la solution que l’on souhaite mettre en valeur ici: apporter un “nouveau regard” sur les disciplines.

3.3.3 Comment?

Avec l’aide de Le Moigne:

-Nous jetterons un coup d’oeil à la thèse de la succession des “paradigmes

scientifiques” de Kuhn (1963): le méta-paradigme institutionnel de définition du statut de la connaissance où cohabitent et/ou se succèdent différents paradigmes scientifiques: positivisme comtien, positivisme logique carnapien ou wittgensteinien, épistémologie popperienne, épistémologies réalistes, naturalistes, post et néo-logiques et empiriques... Ainsi nous identifierons et discuterons des hypothèses des épistémologies dites positivistes et réalistes,

-Nous examinerons un autre “lignage” susceptible d’engendrer quelque discours épistémologique alternatif: celui des épistémologies constructivistes. Nous apporterons les dimensions de ses hypothèses fondatrices (hypothèse phénoménologique et l’hypothèse téléologique) et l’histoire des réflexions sur les fondements de cette connaissance,

-Nous examinerons les hypothèses fondatrices que formulent les épistémologies constructivistes contemporaines pour établir le statut et les méthodes d’élaboration de la connaissance: la modélisation systémique et le principe de l’action intelligente,

-Nous élaborerons une matrice des paradigmes de l’organisation des connaissances qui présente non pas un modèle linéaire qui hiérarchise les connaissances entre des disciplines nobles (mathématiques et physique mathématique) et des disciplines ancillaires (sciences de l’homme et de la société), mais un modèle cyclique, déhiérarchisé, de l’organisation des connaissances en <<croisant>> les grandes contributions de H. A. Simon (1969-1982) et de E. Morin (1977-1990).

“L’argument initial est de considérer l’organisation des connaissances en les articulant selon qu’elles privilégient le sillage (le résultat) ou le mouvement (le processus) par lesquels y accède le sujet connaissant” (Le Moigne, 1995 : 99).

Ce modèle fut inspiré à Le Moigne par J. Piaget par une métaphore de l’île volcanique, et le fut aussi par l’image de l’organisation des lignes

maritimes dans *L'archipel scientifique* proposé par le biologiste P. Weiss en 1971-1974 pour présenter ses “études sur le fondement et les perspectives de la science”. Dans cette matrice on considère que les disciplines productrices de connaissances, que l'on perçoit plus volontiers par leur processus que par leurs résultats, sont aussi celles qui peuvent relier les sciences de la matière et les sciences de la vie, nous dit Le Moigne. C'est avec ce modèle que nous vient la capacité de mettre en valeur les épistémologies constructivistes dans la culture (l'Université) où les sages-femmes vont s'exprimer à l'avenir, par sa capacité à exprimer visiblement les options fondamentales, gnoséologiques et méthodologiques du paradigme des épistémologies constructivistes,

-Avec un nouveau regard, nous ferons des “critiques épistémologiques constructives” en posant des hypothèses sur ce qui fonde le statut de telle ou telle connaissance en périnatalité. Par exemple, l'utilisation du monitoring pendant le déroulement du travail de la femme qui accouche, la post-maturité et le déclenchement du travail, l'utilisation du nitrate d'argent ou d'un onguent antibiotique dans les yeux du bébé naissant, l'administration de la vitamine K aux bébés naissants, l'utilisation de l'échographie, etc...

Bien entendu, le choix des “co-naissances” à analyser se fera avec l'aide des étudiantes en utilisant les principales banques de données contenant des études en périnatalité mais aussi, cette fois, nous pourrions tenir compte de la conception des futures sages-femmes et elles-mêmes devraient être en mesure de dégager les différents paradigmes qui se côtoient et peut-être auront-elles à reconsidérer certains gestes ou protocoles de pratique en périnatalité, c'est ainsi que finalement, nous tenterons d'élaborer des protocoles en

-tenant compte de la situation clinique,

-faisant des liens entre les résultats des recherches scientifiques des différents champs des protocoles,

-proposant une argumentation et une reformulation sur le statut de ces connaissances qui ne se situent pas dans les mêmes références gnoséologiques, c'est à dire, par l'argumentation constructiviste. Bien entendu, en respectant les conditions de validation des connaissances enseignables qu'elles produisent : faisabilité projective (et non plus vérité objective).

En résumé, c'est le rôle de la communication éducative que de proposer à quelqu'un des démarches afin qu'il puisse coordonner ses conceptions avec celles d'autres personnes. Toutefois, nous dit Larose, (1998) cette activité rencontre des obstacles qui sont dus à la façon dont chacun construit son savoir. *“Lorsque la logique de l'un se confronte à l'intuition de l'autre et au symbolisme d'un troisième, le trio a peu de chances d'évoluer comme une entité dont la coordination des comportements est efficace.”*

Puisqu'un des rôles du didacticien est d'aider et de favoriser la communication entre les divers protagonistes d'une situation didactique, nous pensons que “l'activité de dépistage des conceptions par rapport à la science, aux différents paradigmes sur la santé et à l'image de la sage-femme” que nous proposons dans l'atelier I à l'aide de questionnaires, du conceptogramme, des discussions de groupe, permettra aux futures sages-femmes de communiquer plus efficacement leurs idées, d'en comprendre la complexité, de comparer, et peut-être d'abandonner ou de raffermir certaines conceptions. La prise de conscience de nos croyances ne nous permet-elle pas de pouvoir débiter notre investigation du réel?

Cette étape est essentielle en tant qu'introduction à notre atelier II: “Déconstruction (déstabilisation) des conceptions, des valeurs”, car la didactique n'ignore pas que le monde des valeurs ou des conceptions est celui qui vient donner un sens ou une motivation aux apprentissages. C'est pourquoi, pour ne pas rester emmuré dans ses certitudes et ne pas faire obstacle à la “co-naissance”, il semble important

de réfléchir sur la science et de comprendre les conséquences de devenir une science, surtout s'il s'agit d'une science "pure".

L'expérience est supposée constituer le coeur de la méthode scientifique, les *curriculum* de formation en sciences accordent une très grande place au raisonnement hypothético-déductif, lequel est soutenu par la logique mathématique. À cause de cela, entre autre, beaucoup de gens placent très souvent la science sur un piédestal et peuvent se faire piéger par des coïncidences et versant en ce sens dans l'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses (Boudon, 1990).

La sage-femme arrive dans une institution scientifique avec, *a priori*, des conceptions fausses, naïves, douteuses sur la science, c'est pourquoi nous avons choisi le dérangement épistémologique comme scénario de changement conceptuel.

“Le “fait scientifique” fonctionne comme un obstacle si l'on commence à y croire. Si on ne peut le questionner, il devient un préjugé; s'il n'exige plus d'être justifié et vérifié, il devient une croyance, une conviction et non une connaissance scientifique”. (Levy-Leblond (1981))

Nous allons donc exploiter l'erreur dans notre stratégie d'intervention. L'erreur est vue comme une fonction positive et non comme un accident regrettable. Pour certains auteurs, l'erreur est en fait ce qui donne sa vitalité au savoir scientifique. Dans un essai intitulé *Éloge des théories fausses*, Lévy-Leblond (1981) va même jusqu'à proposer l'étude des erreurs comme base à l'enseignement des concepts scientifiques.

Après avoir ébranlé, nous l'espérons, les conceptions erronées sur les sciences, et après avoir survolé les diverses épistémologies, nous proposons, comme alternative au positivisme comtien et al. , les épistémologies constructivistes car nous croyons qu'elles apportent au problème des fondements une argumentation du statut et des méthodes de la connaissance qui ne se situe pas dans les mêmes références gnoseologiques

que les épistémologies positivistes ou réalistes mais qui correspondent à une “co-naissance” qui se conçoit comme étant à la fois et scientifique et philosophique. Ce qui à notre avis, répond, en partie, à la problématique de faire vivre dans un même institut les tenants de savoirs issus des théories et les tenants de savoirs issus de la pratique venant d’ un nouveau paradigme de la santé sans qu’ils cherchent constamment à se disqualifier l’un et l’autre.

En terminant, nous permettrons aux étudiantes d’évaluer la pertinence de ce qu’on leur propose avec les “nouveaux moyens” dont elles disposent. Comme le dit si bien Stengers (1997 : 107),

“...qu’il n’y aura pas de pédagogie en un quelconque sens scientifique, tant que le pédagogue se jugera libre d’expliquer comment procéder à un individu - qui se trouve enseigné - mais qui n’a pu construire avec d’autres, au sein de groupes réels, les moyens d’évaluer la pertinence de ce qu’on lui propose”.

L’évaluation de la pertinence, par ailleurs, nous dit Larose (1998) n’est pas quelque chose de facile à réaliser dans le domaine de l’enseignement, surtout que la didactique se défend d’être prescriptive. C’est pourquoi, c’est par le partage des points de vue sur certains protocoles ou certaines recherches que le groupe d’étudiantes pourra arriver à un certain consensus en tenant compte des éléments d’un enseignement constructiviste, c’est-à-dire, rappelons-le, en :

- mettant l’accent sur des problèmes de situation de vie plutôt que sur des problèmes disciplinaires;
- faisant appel au savoir systématisé (disciplinaire) pour proposer des solutions aux problèmes de situation de vie;
- plaçant l’accent sur le dépistage de conceptions spontanées ou acquises qui semblent inadéquates pour la solution de

ces derniers problèmes;

- élaborant des interventions visant la déconstruction des conceptions inadéquates;
- indiquant les voies de solutions possibles en rapport avec un problème;
- se servant de la force du groupe pour soutenir l'individu;
- s'assurant de la viabilité (consistance et permanence) de la nouvelle conception.

Terminons avec Le Moigne (1995: 118):

“Ne peut-on, dès lors, considérer le développement contemporain des épistémologies constructivistes comme le redéploiement réfléchi de l'éventail des paradigmes d'élaboration des connaissances qu'institutionnalisent les sociétés humaines : ce changement de regard, cette autre lecture des paradigmes épistémologiques conduiront à ne plus privilégier le seul paradigme positiviste et réaliste, en récusant le caractère contraignant et exclusif des hypothèses gnoséologiques et des principes méthodologiques qui le fondent : en considérant d'autres hypothèses gnoséologiques (et donc d'autres critères de légitimation des connaissances), que les sociocultures tiendront pour également plausibles, et d'autres principes méthodologiques (et donc d'autres procédures d'évaluation et d'organisation des connaissances) compatibles avec des hypothèses fondatrices, d'autres paradigmes épistémologiques émergent et peuvent émerger.”

Conclusion

3. Conclusion

“L’institutionnalisation” d’une pratique vieille comme le monde signe le déclin de l’apprentissage traditionnel chez les sages-femmes, l’absence de formalisation de l’apprentissage, le privilège du gestuel, l’existence d’une langue du métier, l’usage des médecines traditionnelles.... Ces deux modes de formation, ces deux modes de pensée opposés procèdent de deux expériences difficilement conciliables, celle de l’artisan et celle de l’ingénieur. L’artisan acquiert ses connaissances par une “imprégnation habituelle” profonde, son habileté procède d’une “symbiose” prolongée de l’*experiri* (faire l’essai de , expérimenter), sa formation technique est pratiquement informulable, initiatique, exclusive et ne vaut que pour la société qui la structure. Par contre, avec les ressources de la rationalité scientifique, le savoir qui va de pair devient lui aussi dominant. Alors comment concilier le meilleur de ces deux mondes?

Situation souhaitée

Notre intention a été de proposer un élément de remplacement, une stratégie de fonctionnement partant des concepts d’épistémologie de la science dans le cadre de la future formation des sages-femmes en milieu universitaire.

Il y a été question de porter un oeil critique quant aux lacunes, aux difficultés rencontrées dans un cadre institutionnel favorisant les épistémologies positivistes et réalistes par rapport au nouveau paradigme de la santé qui caractérise la pratique sage-femme du Québec.

Ce que nous avons proposé est d’outiller la future sage-femme afin qu’elle soit en mesure de comprendre les fondements de la validité des

connaissances et d'adopter un cadre épistémologique adapté à sa pratique qui lui ressemble et qui ressemble aux besoins exprimés par les femmes demandant la légalisation des sages-femmes, en sorte qu'elle soit en mesure de comprendre les fondements de la validité des connaissances, de choisir les cadres épistémologiques adaptés à sa pratique et d'avoir une formation à la recherche l'aidant à comprendre et critiquer celle-ci, en grande partie de nature positiviste.

Notre vision de didacticien nous permet l'ouverture à la pensée systémique et holistique de cette profession de sage-femme de par notre approche épistémologique. Elle favorise la démarche d'institutionnalisation vers une profession autonome qui respectera son histoire, son contexte social, sa philosophie et développera en même temps la sage-femme de demain, une sage femme "scientifique" c'est à dire une sage-femme outillée pour comprendre, critiquer la recherche, les épistémologies de cette recherche et qui par un langage qui lui ressemble, contribuera à construire elle-même ses propres recherches pour l'avancement de la science...

Cette représentation tient compte de l'amalgame de deux cultures- une culture artisanale/culturelle et une culture ingénieure/scientifique. Elle permet de garder l'équilibre entre connaissances et habiletés/compétences comme nous l'avons décrit plus avant dans notre présentation. L'accumulation des expériences, des compétences -habiletés-, d'une certaine sagesse venant du coeur, de l'esprit et des mains -de l'art- dans un contexte qui développe les compétences intellectuelles, personnelles, cliniques et pratiques, voilà une situation qui à prime abord aurait pu paraître utopique mais qui se veut réaliste dans le contexte de la formation de l'Université de Trois Rivières à Québec, et souhaitable pour la future pratique sage-femme.

Cet "idéal" favorise le développement de la personne dans son intégralité: on y apprend comment apprendre, comment apprendre à en profiter au maximum tout en sachant comment, où et quand retrouver la connaissance et aussi comment communiquer et développer sa conscience

personnelle. Il laisse une place pour la reconnaissance des acquis à travers le vécu étudiant et il tient compte de la valeur et de l'importance de la maturité et du développement de l'étudiante tout en étant encadré par la culture institutionnelle.

Non seulement nous avons proposé un cours basé sur les savoirs savants mais aussi nous avons tenu compte de "l'art de la pratique sage-femme" -car il existe des savoirs, des actions qui ne s'apprennent pas dans les livres et qui sont omniprésents à l'intérieur d'une pratique clinique-, et nous avons aussi proposé un pallier de communication crédible, un langage institutionnel propre à la pratique sage-femme.

Recommandations:

Nous croyons qu'il soit indispensable, dans l'institutionnalisation de cette pratique, de respecter deux conditions afin d'éviter la submersion de la philosophie sage-femme par l'océan du positiviste institutionnel. La première sera de respecter l'apprentissage des gestes -habiletés- sages-femmes par les préceptrices tout au long de la formation et ce dès la première année comme le prévoit le programme de l'U.Q.T.R.. La deuxième étant de doter les futures sages-femmes et les perceptrices d'un discours -un langage- qui leur est propre, un langage interprofessionnel qui rejoint la pensée constructiviste. Notre but étant d'encourager le vécu, dans un même milieu, de deux paradigmes sans qu'ils cherchent constamment à se disqualifier l'un et l'autre.

Nous avons voulu tout au long de ce mémoire tracer les enjeux et les risques de cette institutionnalisation et nous espérons avoir convaincu notre lecteur que ces recommandations originaient de la volonté des utilisatrices des services sages-femmes, soit les femmes du Québec.

Lorsque la pratique de la sage-femme est cohérente avec les éléments du nouveau paradigme de la santé, elle permet aux femmes de se réapproprier, dans la dignité, l'acte de donner naissance.


Les femmes sont libres de choisir, en toute connaissance de cause, quel type d'intervention elles sont prêtes à accepter ou à refuser. La grossesse et l'accouchement deviennent des occasions privilégiées pour les femmes de reprendre contact avec leur pouvoir, de faire confiance en leurs capacités; de s'associer avec leur corps et de faire reconnaître la validité de leur savoir.

Bref, la grossesse et l'accouchement sont des moments privilégiés, pour les femmes, d'entreprendre une démarche vers une plus grande connaissance d'elles-mêmes et vers une plus grande autonomie. Je termine ainsi en leur laissant la parole:

“L’approche particulière des sages-femmes et leur apport exceptionnel pour une famille lors d’une naissance est à préserver à tout prix. Elle comporte en outre des défis particuliers et les parents ont formulé plusieurs recommandations afin de soutenir une pratique des sages-femmes qui soit toujours étroitement liée aux besoins des femmes et des familles tout en assurant la protection du caractère foncièrement naturel de la grossesse et de l’accouchement.” ¹⁶

16 (Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maison de naissance. Une initiative du Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel). Février 1998, par Mireille Bouffard et Lysane Grégoire).

Bibliographie



BIBLIOGRAPHIE

Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, Comité de formation
Outil de transmission du savoir sage-femme, 1991.

Association pour la santé publique du Québec, Profession sage-femme, petit manuel de base pour préparer la naissance de l'avenir, Montréal, 1998.

Bardy, J.-C., Analyse socio-politique de la situation actuelle des sages-femmes au Québec, mémoire de maîtrise, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1988.

Bachelard, G. La formation de l'esprit scientifique. Paris: Vrin, 1934-1975

Bachelard, G., Le nouvel esprit scientifique, Paris, PUF, 1934-1980.

Blais, R. et coll., La périnatalité et les sages-femmes au Québec: qu'en pensent les médecins, les infirmières et les sages-femmes? Rapport d'étape, Université de Montréal, jan. 1992, 48 p.

Boilard, H., Briggs, J., Goulet, L., et Stonier, J., Perspectives de la pratique sage-femme au Québec - Identité professionnelle et rôle de la sage-femme, Programme d'actualisation et d'intégration des sages-femmes, Notes de cours, Université du Québec à Trois-Rivières, Novembre 1994.

Bouchard, C., Un Québec fou de ses enfants. Rapport du groupe de travail pour les jeunes, MSSS, 1991.

Boudon, R., L'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses, Paris, Fayard, 1990.

Braybrooke, David, & Lindblom, Charles E., A Strategy of Decision, New York, The Free Press, 1963.

Brousseau, G., Fondements et méthodes de la didactique des mathématiques, Recherches en didactique des mathématiques, Montréal, CIRADE, 1986.

Burtch, B., Trials-of-labor - The Reemergence of Midwifery, Mc Gill-Queen's University Press, 1994, 270 p.

Canguilhem, G., Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 4e édition, 2e trimestre, 1979.

Chevallard, Y., La transposition didactique du savoir savant au savoir enseigné, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1991.

Collins, H.M., "Expert Systems and the Science of Knowledge", in Buker W. E., Hughes, T.P. Pinch, T. J., (ed), The Social Construction of Technological systems. New Directions in the Sociology and History of Technology, Cambridge (Mass.) London, The MIT Press, 329-348, 1987.

Comité d'admission à la pratique des sages-femmes (1995), Bilan des activités, mars 1991 à juin 1995, MSSS, Québec.

Comité de travail sur la pratique des sages-femmes, La pratique des sages-femmes, Avis No 1, La périnatalité au Québec, MSSS, Québec, 1989.

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, MSSS, Rapport final et recommandations, - Projets-pilotes, sages-femmes, mars 1999.

Corin, Helen, La santé, nouvelles conceptions, nouvelles images, dans le traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie, sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presse de l'Université de Lyon, 1993.

Cornelie, Hélène. Créer une nouvelle profession...vieille comme le monde, la sage-femme professionnelle de la santé au Québec, en comparaison avec la situation de la sage-femme au Canada et à l'étranger, Maîtrise en droit de la santé, Université de Sherbrooke, Faculté de droit, 1993

Cornu, Laurence, et Vergnioux, Alain. Enjeux du système éducatif. La didactique en questions. Ed. Hachette, Centre de documentation pédagogique, Paris, 1992.

Desjardins, M. C, et Falquet, J., Les enjeux de la loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes, Naissance-Renaissance, avril, 1993.

Desjardins, Sergine. Médecin et sage-femme. Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus, Québec/Amérique, Montréal, 1993.

Detienne, M., et Vernant, J. -P., Les ruses de l'intelligence. La métis des Grecs, Paris, Flammarion, 1974.

Dumouchel, et P., Dupuy, J.P.,(éd.), L'auto-organisation. De la physique au politique, Paris, Seuil, 1983.

Frye, Anne, Holistic Midwifery. A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice, Volume 1, Labrys Press, OR, 1995.

Gagnon, Sophie, La naissance d'un choix, L'Actuelle, magazine des Cercles de Fermières du Québec, Vol #11, novembre 1995.

Gaudette, Pierre. Par-delà la rationalité technique, une recherche d'harmonie, dans les Actes du Colloque. L'éthique à venir: une question de sagesse? Une question d'expertise? Colloque tenu les 29-30-31 octobre 1986 à l'Université du Québec à Rimouski. Rimouski, Les Éditions du Groupe de Recherche Éthos, U.Q.A.R.

Gélis, Jacques, La formation des accoucheurs au 17e et 18e siècles; évolution d'un matériel et d'une pédagogie, Annales de démographie historique, 1977

Gélis, Jacques, Quand les femmes accouchaient sans médecin, L'histoire, mai 1981, Volume #34, p. 105-112

Gélis, Jacques, L'arbre et le fruit, La naissance dans l'Occident moderne, 16e et 19e siècle, Paris, Fayard, 1984.

Gibson, H.G., A Concept Analysis of Empowerment, J. Adv. Nurs., 1991; Volume #19, p.354-361.

Gilovich, T., Vallone et A Tversky, The Hot Hand in Basketball; On the Misperception of random Sequences, Cognitive Psychology, Volume #17, 1985, p.295-314.

Gould, S.J., L'éventail du vivant, le mythe du progrès, trad. Full House Ed. original, Harmony Book, N.Y., Trad. Seuil, 1997.

Gouvernement du Québec, MSSS, Politique de périnatalité, 1993.

Gouvernement du Québec, MSSS, Accoucher avec une sage-femme à la maison de naissances, (dépliant) 1994.

Gouvernement du Québec, Loi sur la pratique sage-femme dans le cadre de projets-pilotes, L.R.Q., c.P 16.1.

Gouvernement du Québec, Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux, D.413093, 24 mars 1993, G.O.Q., 1993, II.2499.

Gouvernement du Québec, MSSS, Voir le jour autrement - Les projets-pilotes de pratique sage-femme, Les Productions Vidéo 30, 1995; durée: 15 minutes.

Gouvernement du Québec, MSSS, Recommandations ministérielles - Pratique des sages-femmes, 1998.

Gouvernement du Québec, Assemblée Nationale, Projet de loi no 28 - Loi sur les sages-femmes, Présenté par Madame Linda Goupil, Ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Éditeur officiel du Québec, 1999.

Granger, G.G., La science et les sciences, Paris, PUF, "Que sais-je?", 1993.

Groupe MAMAN, Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance, Février 1998

Guba, E.G., et Lincoln, Y.S., Fourth Generation Evaluation, New Delhi, Sage Publications, 1990.

Hassenfofder, Jean, L'innovation dans l'enseignement, Belgique, Casterman, 1972.

Holland, J.H., Holyoak, K.J., Nisbet, R. E.. & Thagard, P.R., Induction, Cambridge, M.I.T., 1987.

Hope, Suarez, S., Midwifery is not the Practice of Medicine, Yale Journal of Law and Feminism, Volume 5, printemps 1993, p. 315-364.

Kitzinger, S., The Midwife Challenge, Pandora, London, 1988,

Koestler, A. The Ghost in the Machine, London, Picador, (1967), 1975.

Kuhn, T.S., The Structure of scientific Revolutions, The University of Chicago Press, 1962-1970, Trad. franç. La structure des révolutions scientifiques, Paris, Flammarion, 1983.

Lacombe, D., art. "Didactique" in Encyclopaedia Universalis, édition 1985.

Laforce, Hélène, Histoire de la sage-femme dans la région de Québec.

Institut québécois de recherche sur la culture, Collection Prix Edmond Nevers, Volume # 4, 1987.

Larochelle, et M., Désautels, J., Autour de l'idée des sciences, Sainte-Foy, Les presses de l'Université Laval, 1992.

Larose, Réal et al, Didactique de la santé , (à paraître), Université de Montréal

Larose, Réal, Didascalanalyse et santé cognitive. Pour penser l'éducation à la santé et la santé de l'éducation , (à paraître), Université de Montréal.

Larose, Réal. La santé par la didactique, Spectre, V.26, no 3, 1997.

Larose, Réal. Les vices cachés de la recherche expérimentale, Le Core Link, Montréal, CEO, jan. 1995, p.18-19.

Le Boursier du Coudray, Madame, Abrégé de l'Art des accouchements, Paris, 1757.

Leboyer, Frédérick, Pour une naissance sans violence, Paris, Seuil, 1974.

Lemay, Céline, L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans", Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Département d'anthropologie, juin 1997.

Le Moigne, Jean-Louis, Les épistémologies constructivistes, Les presses universitaires de France, Paris, 1995.

Les dossiers de l'obstétrique, Volume # 220, Naissance Initiation, Août-septembre 1994, p.30.

Lévy, P., Qu'est-ce que le virtuel ?, Paris, La Découverte, 1995.

Lévy-Leblond, Jean Marc, L'esprit de sel, Paris, Fayard, Points, 1981.

Lilly, J.C., Les simulacres de dieu, Paris, Retz, 1957.

Manwaring, T., & Wood, S., "The Ghost in the Labour Process", in Knights D. et al. (ed.), Job Redesign, Critical Perspectives on the Labour Process, Aldershot, Gower, 171-196 (1re éd: 1984, in *Socialist Review*, 74 : 55-83), 1985.

Maturana , H.R., & Varela, F.J., The Tree of Knowledge, Boston, New Science Library, 1987

Manderscheid, Jean-Claude, et Galichet, François. L'éducation à la santé et la construction de l'identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines, Revue Française de Pédagogie, Volume # 114, janvier-février-mars 1996.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Pratique des sages-femmes, Recommandations ministérielles, Gouvernement du Québec, 1998.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Perspectives de la pratique Sage-femme au Québec, "Identité professionnelle et rôle de la sage-femme", Programme d'actualisation et d'intégration des sages-femmes, Gouvernement du Québec, Novembre 1994.

Morin, E., La méthode, t. I : La nature de la nature, Paris, Seuil "Points", 1977.

Morin, E., La méthode t. II : La vie de la vie, Paris, Seuil, "Points", 1980.

Morin, E., La méthode t. III : La connaissance de la connaissance, Paris, Seuil,"Points", 1987.

Morin, E., Introduction à la pensée complexe, Paris, ESF, "Communication et complexité", 1990.

Nathan, T., et Stengers, I., *Médecins et sorciers*, Collection les empêcheurs de penser en rond, 1995.

Page L., MIDIRS *Education for Practice*, Midwifery Digest, Volume # 3, 1993.

Pinkker, Steven, *How the Mind Work*, W.W. Northern and Co, New York, 1997. Odent, Michel, *Bien naître*, Seuil, 1976.

Odent, Michel, *Genèse de l'homme écologique*, Epi, 1979

Odent, Michel, *Birth under Water*, Lancet, ii, 1476-7, 1983

Odent, Michel, *The Rôle of Fear during Labour*, 9th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Amsterdam, Parthenon, 1989.

Odent, Michel, *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Albin Michel, 1990

Paradis, Louise, *À la recherche de l'accouchement idéal*, Papyrus, Montréal, 1987.

Peirce, C., *Collected Papers*, Cambridge, Harvard Press, 1931, Volume #5, p.397.

Piaget, J., *L'épistémologie génétique*, Paris, PUF. "Que sais-je?" 1970.

Piaget, J. (éd.), *Logique et connaissance scientifique*, Paris, Gallimard-Encyclopédie de la Pléiade, 1967.

Pocztar, J., *Approche systémique appliquée à la pédagogie*, Paris, E.S.F., 1992.

Polanyi, M., & Prosch, H., *Meaning*, Chicago, University of Chicago Press, 1975.

Popper, K., La rationalité et le statut du principe de rationalité, E.M. (réd), Les fondements philosophiques des systèmes économiques, Paris, Payot, 1967.

Prigogine, I., Stengers, I., La nouvelle alliance, Paris, Gallimard, "NFK", 1979.

Regroupement les Sages-Femmes du Québec, Identité professionnelle et éthique sage-femme, Décembre 1998.

Regroupement les Sages-Femmes du Québec, La profession sage-femme au Québec, janvier 1999, mise à jour du document produit en mai 1998,

Relyea, J.M., The Rebirth of Midwifery in Canada: an historical Perspective, Midwifery, 1992, Volume #8, p.159-169

Rich, Adrienne, Naître d'une femme, Paris, Denoël/Gonthier, 1980.

Richard, Louise, Sage-femme et législation - Responsabilité légale, lois et règlements, Programme d'actualisation et d'intégration des sages-femmes, Notes de cours, Université du Québec à Trois Rivières, Printemps 1994.

Saillant, F., & O'Neill, M., Accoucher autrement - Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec, Montréal, St-Martin, 1987.

Simmel, G., Die Probleme der Geschichtsphilosophie, Leipzig, 1923, Duncker & Humblot (5e édition); trad, franç., Les Problèmes de la philosophie de l'histoire, Paris, PUF, 1984.

Simon, H.A., The Sciences of the Artificial, 1969, 2e éd. augmentée, 1981, Cambridge, The MIT Press, 1981, trad. franç., Sciences des systèmes, sciences de l'artificiel, Paris, Dunod, 1990.

Simon, H. A. , Models of bounded Rationality, (2 vol.) Cambridge, The MIT Press, 1982.

Simon, H.A., Reason in human Affairs, California, Stanford University Press, 1983.

Stengers, L., et Nathan, T., Médecins et sorciers, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1995.

Stengers, Isabelle, La vie et l'artifice : visages de l'émergence, Paris, La découverte, 1997.

Stengers I., et Schlanger, J., Les concepts scientifiques, Paris, La Découverte, 1989.

Stroobants, Marcelle, Savoir-faire et compétences au travail, Université de Bruxelles, 1993.

Stufflebeam, Daniel, L. Foley, Walter J. et Al., Educational Evaluation and Decision Making, Itasca, Illinois, F.E. Peacock Publishers Inc., 1972.

Shweder, R.A., Likeliness and Likelihood in everyday Thought: magical Thinking in Judgments about Personality, Current Anthropology, Volume #18, décembre 1977, p.637-659.

Tremblay, Gilles, À propos des compétences comme principe d'organisation d'une formation : éléments de réflexion théorique et perspectives historiques, Bulletin d'information, F.I.R.A.C., Volume #6 , avril 1990.

Unité de Coordination Projets-Pilotes Sages-femmes, MSSS, Québec, par Vadeboncoeur, H., La sécurité dans les centres de maternité autonomes, rapport de recherche, sept. 1993.

Université du Québec à Trois-Rivières. Dossier, Programme de baccalauréat

en pratique sage femme, Trois-Rivières, mai 1998.

Valentini, Hélène, Au pays des cigognes... caractéristiques du système de soins de maternité néerlandais, Conseil des affaires sociales, 1990.

Varela, F.J., & Maturana , H.R., The Tree of Knowledge, Boston, New Science Library, 1987.

Vergnaud G., La théorie des champs conceptuels, Recherches en didactique des mathématiques, 10/2, Volume #3, p 133-170.

Von Glasersfeld, E., Radical Constructivism, Falmer Press Wiener, 1995.

Weiss, P. A. , L'archipel scientifique, traduit de l'anglais, Paris, Maloine, 1974.

Annexes

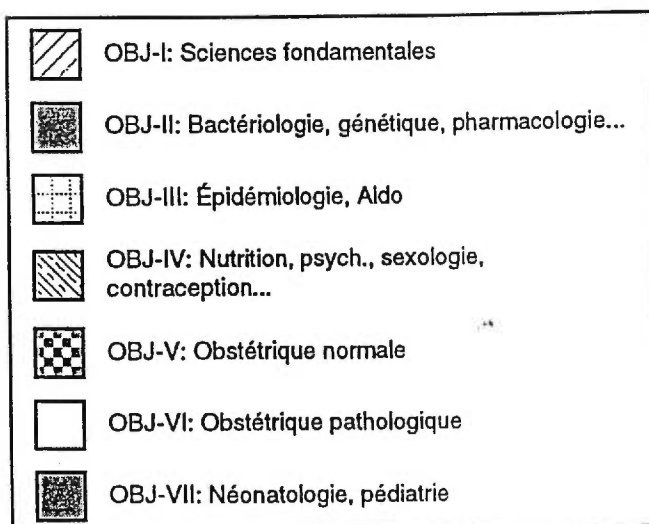
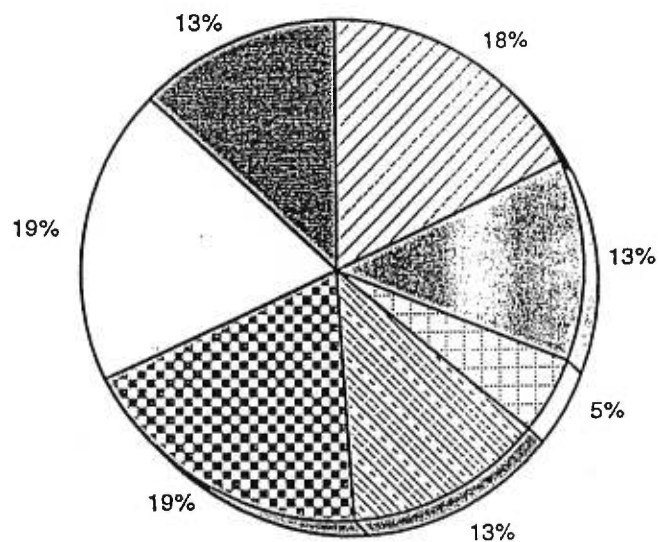
Annexe ADéfinition internationale d'une sage-femme

Une sage-femme est une personne qui, après avoir été admise à un programme de formation à l'exercice du métier de sage-femme officiellement reconnu dans le pays où il est dispensé, a terminé avec succès les cours obligatoires et possède les compétences indispensables pour être agréée et (ou) obtenir le droit légal de pratiquer la profession de sage-femme. Cette personne doit être en mesure de suivre comme il faut l'évolution d'une grossesse et de donner des soins et des conseils aux femmes pendant cette période, pendant leur accouchement et au cours de la période du postpartum; elle doit en outre être capable d'aider seule une femme à accoucher et de donner des soins aux nouveaux-nés et aux nourrissons. Ces soins comprennent toutes les mesures de prévention, le dépistage des anomalies dans l'évolution de la mère et de l'enfant, la prestation d'une assistance médicale et, au besoin, l'application de mesures d'urgence. Son rôle est très important en ce sens qu'elle donne des conseils de santé et de l'information, non seulement à ses clientes mais aussi aux familles et à la collectivité. Ses responsabilités doivent aussi porter sur l'éducation prénatale et sur la préparation au rôle de parents, ainsi que sur certains domaines de la gynécologie, de la planification familiale et des soins aux enfants. Elle peut exercer sa profession dans un hôpital, une clinique, une unité de santé ou dispensaire, à domicile ou dans n'importe quel autre service.

(Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et Confédération internationale des sages-femmes. International Definition of Midwifery, *Maternity Care in the World*. Deuxième édition Winchester: C.M. Printing Services, 1976; p. x. et p. xi)

Annexe B

Objectifs évalués à l'examen écrit



Annexe C

Standards généraux de compétence
selon le programme du baccalauréat
en pratique sage-femme
de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Note importante: Dans les énoncés de compétence qui suivent, le terme "femme" signifie que cette dernière détermine elle-même les personnes de son milieu de vie ou de son entourage avec lesquelles la sage-femme peut intervenir.

1. Exercer sa profession de façon autonome et en tout lieu, selon le cadre législatif en vigueur et selon la philosophie adoptée par l'ordre professionnel des sages-femmes.
2. Établir avec la femme une relation personnalisée et continue, basée sur la confiance et le respect mutuel.
3. Informer et conseiller la femme en période préconceptionnelle.
4. Encourager la femme à avoir confiance en ses propres capacités dans le processus de la maternité.
5. Prescrire et effectuer tous les tests et les examens nécessaires durant le cycle de la maternité et interpréter les résultats.
6. Reconnaître et diagnostiquer toute condition anormale, suggérer un traitement approprié et, s'il y a lieu, faire les références nécessaires.

7. Établir avec la femme un plan de suivi pré, per et postnatal à l'intérieur des limites professionnelles de la pratique sage-femme et selon les besoins de la femme.
8. Déterminer avec la femme les soins nécessaires à la mère et au nouveau-né et prodiguer ces soins.
9. Prescrire et administrer des médicaments autorisés et les autres produits ou accessoires thérapeutiques, pour la mère et le nouveau-né à l'intérieur du cycle de la maternité.
10. Informer, conseiller et éveiller la femme aux réalités de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et de la vie de parent, entre autres par l'élaboration et la réalisation de programmes de rencontres prénatales et postnatales.
11. Conseiller la femme en matière d'habitude de vie, l'informer et la guider au sujet des ressources et des services offerts dans la communauté et dans le réseau de la santé.
12. Informer la femme au sujet des interventions possibles, des mesures médicales et alternatives, et des lieux de naissance, incluant les risques et les avantages, afin de lui permettre de faire des choix éclairés.
13. Accompagner la femme pendant le travail.
14. Évaluer le déroulement du travail, surveiller l'état du foetus et de la mère par les moyens cliniques et techniques appropriés.

15. Assister un accouchement vaginal sous sa propre responsabilité
16. Préserver l'intégrité du corps de la femme.
17. Effectuer l'épisiotomie et réparer les voies génitales, au besoin.
18. Déterminer et appliquer des mesures d'urgence pour la mère et le nouveau-né.
19. Évaluer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux pouvant influencer la grossesse, l'accouchement et le post-partum, incluant les facteurs de risque.
20. Prodiguer les soins et les traitements prescrits par le médecin, au besoin.
21. Surveiller l'état du nouveau-né, effectuer un examen physique complet et prendre les décisions et les initiatives nécessaires en cas de besoin en informant la femme.
22. Surveiller l'état de la mère pendant la période postnatale, soutenir l'allaitement et accompagner les parents dans cette expérience de vie.
23. Informer et conseiller en matière de planification familiale et, au besoin, mettre en place des contraceptifs non pharmacologiques.
24. Communiquer de façon efficace et collaborer avec ses collègues et les intervenants de la santé et du milieu communautaire, en respectant les intérêts de la femme et de son bébé.

25. Intégrer les résultats de la recherche à la pratique de la profession sage-femme et participer aux recherches en périnatalité.
26. Évaluer et actualiser ses connaissances et ses compétences professionnelles.

Les attitudes essentielles

- a. Empathie pour la femme
- b. Autonomie
- c. Sang-froid dans les situations d'urgence
- d. Esprit d'équipe et sens de la collaboration
- e. Patience
- f. Ouverture d'esprit
- g. Calme
- h. Créativité et adaptabilité
- i. Confiance dans le processus naturel de la maternité
- j. Confiance dans la femme
- k. Capacité de faciliter la prise en charge de la cliente par elle-même
- l. Sens de l'humour
- m. Discrétion
- n. Tact
- o. Disponibilité
- p. Capacité de faire face à des niveaux élevés de stress
- q. Souci d'auto-évaluation
- r. Discernement
- s. Perspicacité
- t. Sagacité

Annexe D:

Association pour la santé publique du Québec,
1998,
Profession sage-femme.
Petit manuel de base pour préparer la naissance de l'avenir.
Montréal. p.21

Les avantages pour les femmes et leur famille

L'expérience directe et concrète des femmes ne trompe pas.

“Quand ma sage-femme a observé que ma tendance à l'hypertension persistait, elle m'a conseillé des changements dans mon alimentation, puis m'a convaincue d'arrêter de travailler. J'ai ainsi évité la prééclampsie et j'ai eu un accouchement tout à fait normal”.

“Les contractions me laissaient épuisée et la dilatation ne progressait plus. Ma sage-femme savait ce qui me faisait peur, m'a laissée l'exprimer, puis m'a aidée à trouver un rythme et la position pour continuer sans paniquer”.

“J'étais découragée d'allaiter tant j'avais les seins engorgés et douloureux. Les conseils de ma sage-femme m'ont beaucoup aidée”

“La naissance de ma fille avec l'assistance d'une sage-femme m'a fait vivre un intense sentiment de force et de joie qui m'inspire encore dix ans plus tard et m'aide à traverser des moments difficiles avec la conviction que j'ai les ressources pour y arriver.”

Celle des conjoints non plus.

“La sage-femme s’adressait vraiment à nous deux, ce n’était pas seulement une relation de femme à femme”.

“J’ai développé une certaine complicité avec la sage-femme à force d’accompagner ma femme aux consultations. À l’accouchement, on formait vraiment une équipe”.

“J’ai pu prendre mon bébé dans mes bras une minute après sa naissance. Je n’avais jamais été aussi ému de toute ma vie. Je n’oublierai jamais ce moment-là.”

Les avantages sur la santé sont indéniables

L’expérimentation actuelle vise notamment à vérifier les effets sur la santé déjà observés partout dans le monde. Dans son avis, *La pratique des sages-femmes*, Le MSSS rapporte (*La pratique des sages-femmes*, : 25-27) que là où des sages-femmes pratiquent, on note:

- des accouchements plus aisés et plus rapides;
- une diminution importante du nombre de complications;
- une diminution marquée du nombre d’interventions obstétricales: césariennes, ventouses, forceps.

On observe aussi une diminution substantielle:

- du nombre de bébés de petit poids;
- du nombre de bébés prématurés;
- du taux de mortalité périnatale;
- du taux de morbidité périnatale.

Une des recherches touche une clientèle socio-économiquement défavorisée et à haut risque du Kentucky, desservie par

des sages-femmes depuis 1926. En 1952, le taux de mortalité néonatale était de 9,1 pour 1,000 contre 34 pour 1,000 dans le reste des États-Unis. Entre 1971 et 1979, le taux de mortalité périnatale était de 6 pour 1,000 dans le Kentucky alors que le meilleur taux ailleurs dans le pays était de 15 pour 1000.

Dans les années 1970, l'Organisation mondiale de la santé relevait que les taux d'interventions obstétricales les plus bas en Europe s'observaient là où les sages-femmes étaient bien implantées. De plus, les taux de mortalité périnatale les plus bas se trouvaient là où le taux de césariennes était inférieur à 10%.

Plusieurs études ont prouvé que le soutien aux parents, c'est plus qu'un simple coup de main: il favorise le développement du lien parental et du sentiment de compétence des parents et contribue à réduire l'incidence d'abus et de négligence envers les enfants. (Bouchard, 1991.)

Annexe E

Philosophie

Regroupement les Sages-femmes du Québec

La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.

Les sages-femmes reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. La responsabilité des professionnels de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir et dans la dignité.

Les sages-femmes respectent la diversité des besoins des femmes et la pluralité des significations personnelles et culturelles que les femmes, leur famille et leur communauté attribuent à la grossesse, à la naissance et à l'expérience de nouveau parent.

La pratique des sages-femmes s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Les sages-femmes encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un

processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnels de la santé. Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.

Les sages-femmes respectent le droit des femmes de choisir le professionnel de la santé et le lieu de l'accouchement, en accord avec les normes de pratique du *Regroupement les Sages-femmes du Québec*.

Les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile.

Les sages-femmes considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de maternité.

Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.

Les sages-femmes considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles: Elles croient que le meilleur moyen d'assurer le bien-être de la mère et de son bébé est de centrer leurs soins sur la mère.

Les sages-femmes encouragent le soutien des familles et de la communauté comme moyens privilégiés de faciliter l'adaptation des nouvelles familles.

Annexe F

Conditions d'admission
au programme de baccalauréat en pratique sage-femme
de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Le profil d'accueil a été établi en tenant compte des larges dimensions que couvre la pratique sage-femme qui s'intéressent aux divers aspects (sociaux, psychologiques, anthropologiques, culturels, historiques, spirituels, biologiques) de la femme, de l'enfant et de la famille.

Il s'agit d'un profil d'accueil dit d'entrée directe", en ce sens qu'il ne requiert pas de la candidate de détenir un diplôme d'infirmière pour être admissible au programme.

Toutes les catégories de candidats(tes) qui sont décrites dans cette section sont traitées sur un pied d'égalité dans le processus de sélection mis en place pour choisir celles et ceux qui pourront recevoir une offre d'inscription.

Voici le libellé des conditions d'admission au programme:

- Etre titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) ou l'équivalent et avoir complété les cours de niveau collégial suivants ou leur équivalent:
 - Biologie 401
 - Chimie 201 et 202

- Ou être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en sciences, lettres et arts ou l'équivalent.

-Ou être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en formation technique ou l'équivalent et avoir complété les cours de niveau collégial suivants ou leur équivalent:

Biologie 401

Chimie 201 et 202

-Ou être âgée d'au moins 21 ans, avoir une expérience de travail dans un domaine relié au champ d'études du programme et posséder des connaissances équivalentes au contenu des cours de niveau collégial suivants ou leur équivalent:

Biologie 401

Chimie 201 et 202

Chaque candidate doit répondre à un questionnaire et transmettre deux lettres de référence. Les candidates retenues après la première étape de sélection doivent se soumettre à une entrevue.

Université du Québec à Trois-Rivières, Dossier, (*Programme de baccalauréat en pratique sage-femme*. Trois-Rivières, mai 1998 : 47-48)

Annexe G

Pourquoi choisir l'U.Q.T.R. pour la formation des sages-femmes?

En appuyant l'Université du Québec à Trois-Rivières, le Regroupement les Sages-femmes du Québec, les organismes communautaires qui les appuient ainsi que les regroupements des usagères des maisons de naissance chérissent l'espoir de mettre sur pied une formation professionnelle indépendante des corporations médicales. Je vous explique pourquoi.

Ce sont les femmes, les couples et les familles qui sont à l'origine de la renaissance des sages-femmes du Québec. La pratique des sages-femmes s'est développée en lien étroit avec les communautés qu'elles desservent. Elle est basée sur "le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs de signification profonde dans la vie des femmes". La pratique des sages-femmes s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs des femmes, des couples et des familles; elle encourage des prises de décisions éclairées, où la responsabilité se partage entre la mère, la famille et la professionnelle. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale. La pratique des sages-femmes se centre sur la confiance dans le processus naturel de la grossesse et de l'accouchement et sur la confiance dans le pouvoir des femmes dans ce processus. Elles sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix: à domicile, en maison de naissance ou en centre hospitalier. Le champ de pratique des sages-femmes se limite à la normalité; elles ont toutes les

compétences nécessaires pour faire un suivi sécuritaire et référer au besoin.

La gynécologie-obstétrique intervient quand les femmes présentent des facteurs de risque ou lorsque surviennent des complications lors d'un processus normal dans la plupart des cas. Des connaissances plus approfondies de la pathologie, de la grossesse et de l'accouchement ainsi qu'une technologie plus spécialisée s'avèrent alors nécessaires et bénéfiques.

Bien que le champ de pratique des sages-femmes et des obstétriciens-gynécologues s'entrecoupent et se complètent, la manière de concevoir et d'aborder le processus de la maternité est complètement différente. En ayant une formation dans un lieu où il n'y a pas de faculté de médecine, nous espérons garder l'autonomie de la profession et ainsi pouvoir la développer en lien étroit avec la communauté plutôt qu'avec la culture médicale institutionnelle.

Cette approche communautaire est possible à l'U.Q.T.R. où les programmes sont montés de manière à ce que chaque sage-femme soit dès sa première année jumelée avec une sage-femme praticienne qui agira comme préceptrice et qu'elle suivra à domicile, en maison de naissance et en centre hospitalier. De plus, elles auront des stages dans les CLSC et les organismes communautaires qui les ouvriront sur les divers aspects de la vie des familles. Le processus de maternité est certes un processus physiologique mais aussi psychologique, familial, social et spirituel. La formation doit ouvrir et préparer les futures sages-femmes à aborder la maternité dans sa globalité et à accompagner les femmes et les couples en tenant compte des réalités de chacun.

Les sages-femmes sont soucieuses d'être à jour dans la littérature scientifique. Cependant, en plus des données

statistiques, elles tiennent compte de ce que les femmes vivent, ressentent et expérimentent pour ajuster leur pratique. L'écoute, la sensibilité, la flexibilité, l'intuition sont autant de qualités professionnelles que doit apprendre à développer une sage-femme compétente. Ces qualités se développent dans un contexte de partenariat et de confiance entre les formatrices et leurs apprenties.

C'est pour cette raison que la mise sur pied de la formation des sages-femmes doit garder un modèle de formation par tutorat en grande partie ancrée dans la pratique, et dans trois lieux de naissance: à domicile, dans les maisons de naissance et dans les centres hospitaliers. L'U.Q.T.R. s'est montrée jusqu'ici ouverte et créative dans la conception de programmes qui tiennent compte des spécificités de cette nouvelle profession.

Pour que cette profession garde son sens et demeure enracinée dans les communautés qu'elles desservent, elle doit se développer et prendre de la force en dehors des modèles hiérarchiques de la formation médicale. Les sages-femmes sont nées d'une demande de la communauté: avoir une alternative sécuritaire à l'approche médicalisée de la naissance en milieu hospitalier. La formation universitaire des nouvelles sages-femmes doit refléter et transmettre le rôle qu'elles sont appelées à jouer dans la société. L'autonomie de la profession sage-femme est la clé de sa continuité. Il sera toujours possible de développer un partenariat entre les sages-femmes et les corporations médicales basé sur le respect des spécificités et des compétences de chacun et ainsi que sur la reconnaissance que, chaque groupe répond à des besoins différents.

Margot Soulière,
Représentante de la communauté au
Centre de maternité de l'Estrie. Avril 1999.

Annexe HPiste de réflexion sur certaines valeursQuestionnaire

- 1- A la veille d'embrasser la carrière de sage-femme, identifiez au moins cinq certitudes auxquelles vous tenez particulièrement par rapport à la science, au paradigme de la santé et aux sages-femmes.
- 2- C'est quoi pour vous, la science?
- 3- C'est quoi pour vous, la santé?
- 4- C'est quoi une sage-femme?
- 5- C'est quoi l'intelligence émotionnelle?
- 6- Votre opinion sur les médecines douces, alternatives ou différentes?
- 7- Votre opinion sur la médecine officielle.
- 8- C'est quoi, l'éducation à la santé?
- 9- De quelle façon sommes-nous humain? par le langage, par le geste, par quoi?

- 10- Comment la connaissance peut-elle être transmise?
- 11- Quels sont les obstacles à la connaissance?
- 12- Qu'est-ce que la science?
- 13- Qu'est-ce qu'une certitude?
- 14- Donnez une brève définition de la réalité.
- 15- Quelle est votre définition d'un être vivant?
- 16- Quel rapport établissez-vous entre connaissance et langage?
- 17- Comment reliez-vous les termes "concept" et "représentation"?
- 18- Quelle importance accordez-vous à l'expérimentation en science?
- 19- Sur quoi se fonde la preuve scientifique?
- 20- Pouvez-vous expliquer comment les probabilités pourraient vous aider à prendre une décision?
- 21- Comment faire pour dépister les charlatans dans le domaine de l'éducation à la santé?
- 22- Y a-t-il différentes visions de la santé?

- 23- Qu'est-ce qu'une compétence?
- 24- Qu'entend-on par "l'art de la pratique sage-femme"?
- 25- Qu'est-ce qu'un ou une professionnel(le) de la santé?
- 26- Qu'est-ce qu'un(e) scientifique?
- 27- Si vous aviez à choisir entre un monde de femmes et un monde d'hommes, lequel choisiriez-vous et pourquoi?
- 28- Deux visions: médicale et alternative. Qu'est-ce qui les différencie?
- 29- Les médecines alternatives sont-elles "scientifiques"?

Annexe I:

Gould, 1997 :. 45-46

Problème #1

“...notre puissant désir d’identifier des tendances nous conduit souvent à déceler un mouvement qui n’existe pas ou à invoquer des causes dépourvues de fondement. La recherche de tendances a provoqué - et illustre - quelques-unes des illusions classiques dont est victime le raisonnement humain. La plus marquante conséquence d’une méconnaissance des probabilités et d’une inclination à voir des régularités dans toute séquence d’évènements, conduit souvent à déceler une tendance <<évidente>> et à spéculer sur ses causes, alors qu’on n’observe rien d’autre qu’une suite d’évènements aléatoires.

Cette erreur se rencontre classiquement chez les gens qui n’ont qu’une vague idée de la fréquence avec laquelle une régularité se manifeste réellement au sein de données purement aléatoires. Prenez l’exemple de pile ou face: la probabilité d’une suite de résultats se calcule en multipliant les probabilités de chaque résultat individuel. La probabilité pour <<face>> étant toujours 1/2, la probabilité d’obtenir cinq <<face>> d’affilée vaut $1/2 \times 1/2 \times 1/2 \times 1/2 \times 1/2$, soit une chance sur trente-deux: c’est peu, bien sûr, mais ça se produit de temps en temps, en vertu des seules lois du hasard. Combien de personnes, néanmoins, interpréteront la sortie de cinq <face>> d’affilée comme une preuve manifeste de tricherie - surtout si elles ont parié sur <<pile>>? On a tué des gens pour moins que ça... et pas seulement au cinéma.”

Annexe I:

Gould, 1997 :. 45-46

Problème #2

“...une étude réalisée par T. Gilovich, R. Vallone et A Tversky: il est plus subtil et concerne le basket. Ces trois chercheurs ont démystifié un phénomène que tout joueur ou amateur de basket jure ses grands dieux être vrai: la <<série magique>>, ces instants divins où tout se passe <<comme à la parade>>, où l'on a <<trouvé la distance>>, où chaque lancer va droit dans l'anneau. L'explication du phénomène semble pourtant évidente: vous êtes un crack ou vous ne l'êtes pas. Malheureusement, la <<série magique>> n'existe pas. Mes collègues ont étudié tous les paniers marqués par les Philadelphia 76ers durant plus d'une saison et ont fait deux découvertes qui ont mis fin au mythe. Premièrement, la probabilité de marquer un second panier n'augmente pas après un premier panier réussi. Deuxièmement, et c'est plus important, la longueur de la <<série>> -le nombre de tirs gagnants consécutifs - ne dépasse pas ce que prédit tout modèle aléatoire standard - de type pile ou face. Rappelez-vous qu'en moyenne, on obtient cinq <<face>> consécutifs chaque fois que l'on entreprend 32 séries de 5 lancers de la pièce. Un raisonnement analogue appliqué au basket permet de prédire la probabilité pour qu'un joueur réussisse un nombre quelconque de paniers consécutifs. Supposez qu'un seigneur des anneaux ait 60% de réussite lors de ses lancers. Il devrait alors, en moyenne, marquer six paniers consécutifs une fois sur 20 séries de 6 lancers ($0.6 \times 0.6 \times 0.6 \times 0.6 \times 0.6 \times 0.6$, soit 0, 047 ou 4,7%). Si donc, lors d'une partie réelle, notre champion marque des

séries de six paniers consécutifs avec une telle fréquence, on ne peut parler de série magique; on peut simplement dire que, lors de chaque lancer, il a joué conformément à son style personnel. Gilovich, Valone et Tversky n'ont trouvé aucune série de paniers dont la fréquence dépasse les prédictions des modèles aléatoires."

Annexe K:

Gould, 1997 :. 48

Problème #3

“La recherche de tendances se laisse souvent prendre à un autre grand piège: on décèle un mouvement réel, puis on suppose à tort qu’un autre phénomène, se développant simultanément dans la même direction, est à l’origine du premier mouvement. Cette erreur, qui confond corrélation et causalité, s’explique évidemment (une fois que vous y réfléchissez) par le fait qu’à n’importe quel instant quantités de choses se déplacent dans la même direction (la comète Haley s’éloigne de la Terre et mon chat me snobe); ces suites corrélées n’ont, dans leur immense majorité, aucun lien causal entre elles. L’exemple classique a été donné par un célèbre statisticien qui remarqua une corrélation entre les arrestations pour ivresse publique et le nombre de prêcheurs baptistes dans l’Amérique du XIXe siècle. La corrélation est réelle et très marquée, mais on peut plus simplement supposer que ces deux accroissements n’ont entre eux aucun lien causal et qu’ils sont la conséquence d’un troisième facteur: une nette augmentation de la population américaine.”

Annexe L:

Gould, 1997 :50-51

Problème #4

“Les cent habitants d’une contrée mythique suivent un même régime alimentaire et pèsent tous 50 kilos. Cette diététique fait un jour l’objet d’un débat, certains défendant une nouvelle marque de cake (particulièrement calorique), d’autres prêchant un accroissement de la frugalité. Loin d’être passionnés par ce débat, la plupart des habitants s’en tiennent à leurs habitudes alimentaires. Dix d’entre eux, toutefois, se mettent à dévorer de copieuses portions de cake et pèsent maintenant un moyenne 75 kilos, tandis que dix autres, accentuant leur régime, atteignent un poids moyen de 25 kilos. Le poids moyen de la population n’a donc pas changé en reste à sa valeur initiale de 50 kilos - mais l’écart en poids s’est considérablement accru (symétriquement dans les deux directions).

Ne mentionnant que le petit sous-ensemble de leurs partisans, les fabricants de cakes pourraient alors vanter l’esthétique de la silhouette rebondie et célébrer l’émergence d’une tendance à la prise de poids, tandis que, de leur côté, les moralistes défenseurs de l’anorexie pourraient, en invoquant leur propre sous-ensemble exalter la maigreur et se réjouir de l’apparition d’une soi-disant tendance dans cette direction. Mais aucune tendance générale ne s’est dessinée, du moins au

sens ordinaire du terme. Le poids moyen de la population n'a pas varié d'un seul kilo, et la plupart des gens (en l'occurrence 80%) n'ont ni gagné ni perdu un seul gramme. Le seul changement a été un accroissement symétrique de l'écart pondéral de part et d'autre d'un poids moyen constant. (Libre à vous, bien sûr, de considérer que cet accroissement n'est pas intéressant, mais il ne constitue pas ce que l'on appelle habituellement une <<tendance>>.)

Cet exemple loufoque ne présente probablement aucun mystère pour vous. Peu d'entre nous éprouveraient des difficultés à identifier les changements réellement survenus dans cette population, et nous nous moquerions des fabricants de cakes comme des partisans de l'abstinence s'ils tentaient de faire croire que les changements survenus dans leurs petits sous-ensembles traduisent une tendance générale. Mais je vais montrer que nombre de phénomènes, souvent perçus comme des tendances et vivement célébrés ou déplorés à grand renfort de publicité correspondent également à une variation symétrique de part et d'autre d'une valeur moyenne constante et sont donc tout aussi trompeurs, bien que de manière plus dissimulée."

Annexe M:

Gould, 1997 :.51

Problème #5

“Mon second exemple met en scène une société totalitaire gouvernée par les fanatiques de la diète. L’intoxication idéologique a été telle que tout le monde a succombé à la pression sociale et pèse 25 kilos. Vient ensuite aux affaires un gouvernement plus libéral, qui autorise un libre débat sur le poids idéal. Politiquement c’est parfait, mais physiologiquement le débat est faussé; 25 kilos est le poids minimal en dessous duquel on ne peut descendre sans mourir. Ainsi, bien que les citoyens soient maintenant libres de modifier leur poids, cette modification ne peut s’effectuer que dans une seule direction. La grande majorité des habitants, satisfaite du statut quo, décide de conserver ses 25 kilos. Quinze pour cent de la population fêtent leur liberté retrouvée en se gavant abondamment. Six mois plus tard, ces quinze individus pèsent en moyenne 37.5 kilos; au bout d’un an, 50 kilos; au bout de deux ans, 75 kilos.

C’est alors que des statisticiens véreux lancent une campagne en faveur des quinze obèses. Ils affirment que la philosophie de leurs client domine l’ensemble de la société, ainsi qu’en témoigne clairement l’accroissement régulier du poids moyen de toute la population. Qui oserait d’ailleurs contester leurs chiffres? Ils présentent même un très beau

graphe. Avant la libération, le poids moyen stagnait à 25 kilos; six mois plus tard, il est passé à 26.9 kilos (moyenne des 85 personnes restées à 25 kilos et des 15 personnes passées à 37.5 kilos); au bout d'un an, il a atteint 28.8 kilos; deux ans plus tard, 32.5 kilos (30% de plus par rapport aux 25 kilos initiaux); l'accroissement est indéniable.

Ici, encore, vous pouvez considérer que l'exemple est exagéré et ne sert qu'à illustrer l'évidence de l'argument; vous avez alors compris le fonctionnement du système et de ses variations. Dès que l'on perçoit la situation d'ensemble, on sait que la plupart des habitants ont gardé un poids constant et que l'accroissement continu du poids moyen n'est qu'un artefact dû à l'amalgame de deux sous-populations entièrement distinctes - une majorité de conservateurs et une minorité de révolutionnaires, et il est plus difficile de se laisser piéger. Mais supposez en outre que vous tendiez à accorder aux valeurs moyennes (comme je crains que ne fassent nombre d'entre nous) une réalité transcendant les individus réels et leurs différences. Qui sait alors si la figure 3 ne vous persuaderait pas que la population est soumise à une tendance qui la pousse, dans sa totalité, à un accroissement de son poids moyen?

Nous risquons d'être plus facilement bernés par le second exemple, lorsque la grandeur étudiée possède une limite et ne peut donc varier que dans une seule direction."

Annexe N:

Gould, 1997 : 53-54

Problème #6

“Si 10 gamins possèdent entre eux 10 dollars, leur fortune moyenne est 1 dollar. Mais une moyenne est parfois grossièrement trompeuse - surtout, comme dans l'exemple présenté à l'instant, lorsque les variations peuvent se développer significativement dans une direction et peu ou pas dans l'autre: la moyenne dérive alors dans cette première direction et donne l'impression (souvent tout à fait fausse) que l'ensemble de la population évolue dans cette même direction.

Qui sait en effet si l'un des gamins ne possède pas un billet de 10 dollars et les neuf autres rien? La moyenne arithmétique serait encore de 1 dollar par gamin, mais caractériserait-elle fidèlement cette petite population? De même -revenons plus sérieusement à la réalité- , les politiciens au pouvoir invoquent souvent le revenu moyen pour donner une image avantageuse de la situation économique. Supposez que dans le cadre d'un système ultra-reaganien soustrayant les riches à la taxation fiscale, quelques milliardaires accumulent des fortunes colossales tandis que la masse immense des gens situés au seuil de pauvreté ne gagne absolument rien, voire se paupérise davantage. Le revenu moyen par habitant augmenterait parce que la fortune d'un magnat, passée par

exemple de 6 millions de dollars à 600 millions de dollars en une année, équilibrerait la misère de plusieurs millions de personnes. Si un homme gagne 594 millions de dollars tandis que cent millions de personnes perdent chacune 5 dollars (soit en tout 500 millions de dollars), le revenu moyen de l'ensemble de la population n'en augmenterait pas moins - mais personne n'oserait affirmer (décevement) que l'individu moyen s'est enrichi.

Les statisticiens disposent d'autres mesures de la moyenne, en tant que <<tendance centrale>>, pour traiter de telles situations. L'une d'elles, le <<mode>>, se définit comme la valeur la plus fréquente au sein de la population. Aucune règle mathématique, toutefois, ne dit quelle est, pour une situation donnée, la mesure la plus adéquate de la tendance centrale. Le choix correct repose sur une connaissance de tous les facteurs en jeu...et sur une foncière honnêteté."

Annexe O:

Boudon, 1990 : .82-83

Problème #7

“Imaginons une ligne d’autobus comportant, outre deux terminus, dix arrêts, et supposons qu’on veuille instituer sur la ligne un certain nombre d’arrêts obligatoires, par exemple deux. Plusieurs choix sont possibles: rendre obligatoires les arrêts 1 et 2, 1 et 3, ..., 2 et 4, ..., 9 et 10. L’on fait totalement abstraction de l’intérêt pratique qu’il peut y avoir à placer un arrêt obligatoire à un endroit plutôt qu’à un autre. La question posée au sujet est la suivante:

Comparer la situation où l’on créerait deux arrêts obligatoires et celle où l’on créerait par exemple huit, et déterminer si le nombre des possibilités est plus grand, égal ou plus petit dans le premier cas que dans le second.

La même question est ensuite répétée, l’expérimentateur modifiant à chaque fois la valeur de ces deux nombres.

Confrontés à ce type de questions, les répondants tendent à diagnostiquer une plus grande possibilité de choix dans le cas de deux que dans celui de huit arrêts obligatoires; ils estiment de même que le nombre de choix est plus grand lorsqu’on se propose de créer deux plutôt que sept ou même six arrêts obligatoires.

*En réalité, le nombre de possibilités est identique dans le cas de deux et de huit arrêts, et il est - à l'inverse de ce que croient majoritairement les répondants - plus grand (plus de deux fois plus grand) dans le cas de sept arrêts obligatoires que dans le cas de deux, et quatre fois plus grand dans le cas de six que dans le cas de deux.**

* Nous avons 10 possibilités pour choisir un premier arrêt et 9 pour en choisir un second. Mais ces 90 possibilités ne correspondent qu'à $(10 \times 9) / 2 = 45$ choix distincts (la combinaison constituée par l'arrêt no X et l'arrêt no Y ne se distinguant pas de la combinaison entre l'arrêt no Y et l'arrêt no X). De même, l'on a respectivement 10, 9 et 8 possibilités pour éliminer un premier, un second et un troisième arrêt, en d'autres termes pour choisir 7 arrêts. Mais ces possibilités ne correspondent qu'à $(10 \times 9 \times 8) / (2 \times 3) = 120$ choix distincts (les six combinaisons xyz, xzy, ..., zyx étant indistinctes). Dans le cas de 4 (ou de 6) arrêts, le nombre des choix est de $(10 \times 9 \times 8 \times 7) / (2 \times 3 \times 4) = 210$

Annexe P:

Boudon, 1990 : 88-89

Problème #8

“On demande à des étudiants d’estimer la fréquence de deux traits de personnalité: dans une population de 100 personnes prises au hasard, combien de personnes feraient preuve de confiance en soi (self esteem)? combien révéleraient des capacités de leadership?”

Les estimations subjectives qu’on obtient lorsqu’on pose ce type de question à des étudiants américains correspondent toujours à peu près, selon Shweder, aux données du tableau ci-dessous. Dans ce tableau, sur 100 personnes, 65 sont créditées de confiance en soi et 20 de capacités de leadership.

Lorsqu’on demande ensuite aux étudiants de considérer les 20 personnes réputées avoir des capacités de leadership et d’estimer combien d’entre elles feraient, selon eux, preuve de confiance en soi, ils fixent cet effectif à 15.

Si l’on établit le tableau de contingence correspondant à cette triple estimation et si l’on calcule la corrélation entre les deux variables, l’on remarque qu’elle est en fait très faible.

En effet, la probabilité conditionnelle de démontrer une capacité de leadership quand on a confiance en soi apparaît dans ce tableau comme étant égale à 0,23 (15/65). La probabilité conditionnelle d’avoir du leadership quand on n’a pas

confiance en soi est de 0,14 (5/35). La différence entre ces deux quantités est de 0,09. En langage statistique, l'on dirait que la confiance en soi n'explique que dans une mesure négligeable la capacité de leadership. Ainsi, les estimations des étudiants sur la fréquence des deux traits n'impliquent en aucune façon une relation entre eux. En d'autres termes, elles n'impliquent nullement que la confiance en soi soit une condition ni nécessaire, ni suffisante, ni a fortiori nécessaire et suffisante au leadership.

Pourtant, lorsqu'on demande aux mêmes étudiants s'ils estiment que le premier trait de caractère est une condition du second, ils s'en déclarent convaincus. Ainsi, les étudiants tirent de leurs estimations des conclusions qui ne s'en déduisent en aucune façon. Ces estimations impliquent - répétons-le - une quasi-indépendance des deux traits de personnalité l'un par rapport à l'autre. Or, la plupart des étudiants avancent que la présence de l'un des deux traits permet de prédire avec vraisemblance celle de l'autre".

Annexe O:

Boudon, 1990 : 113-115

Problème #9

Tous les haricots de ce sac ont une couleur identique.

Quelques haricots de ce sac sont blancs.

Tous les haricots du sac sont blancs.

“Formellement, un tel raisonnement est impeccable. Il permet bien de passer d’une proposition singulière (la deuxième) à une proposition universelle (la troisième). Mais cette extension n’est possible que grâce à la première proposition. La question est alors, bien sûr, de savoir si elle est valide.

Mais comment le savoir, sinon en testant cette conjecture à partir des observations singulières que l’on peut faire: si ces observations sont convergentes, elles renforcent la conjecture.

Bref, il n’est pas impossible que le texte que je viens de citer nous propose une interprétation du paradoxe de l’induction et que le raisonnement qu’y évoque Simmel traduise de façon générale et abstraite un argument inductif comme le suivant:

- 1) *Jusqu’ici, tous les haricots que j’ai tirés de ce sac sont blancs.*

- 2) *{(Cela suggère la conjecture que) tous les haricots du sac ont une couleur identique}.*
- 3) *Les haricots de ce sac ont tous la même couleur.*
- 4) *Tous les haricots du sac sont blancs.*

Le raisonnement complet - assorti de sa proposition implicite - est bien sûr circulaire et, par là, invalide. Surtout, l'une de ses prémisses étant conjecturale, sa conclusion l'est aussi. Mais nous n'en voyons que la partie explicite et nous ne prenons pas conscience du fait que la confiance que nous accordons à la prémisse 3) (<<les haricots de ce sac ont tous la même couleur>> est fondée sur les propositions 1) et 2). Ne percevant pas clairement 2), nous ne voyons pas le caractère conjectural de la conclusion et l'estimons au contraire aussi solide que la proposition 1).

Si le problème de l'induction a représenté pendant deux siècles un défi à la réflexion sur la connaissance, c'est que, comme le reconnaissent tous les philosophes des sciences de Peirce à Popper lui-même, ce raisonnement - qui apparaît comme irrecevable d'un point de vue logique - est à la base de l'expérience commune aussi bien que de toutes les sciences de l'observation et de l'expérimentation. Ainsi, le chimiste admettra que toutes les molécules d'eau ont la même composition et, ayant observé, à chaque fois qu'il a eu l'occasion de procéder à l'analyse de l'eau, que celle-ci, présentait effectivement la même composition moléculaire, il en conclut que la molécule d'eau se compose de deux atomes d'hydrogène et d'un atome d'oxygène.

La question qui se pose est alors de savoir comment il se fait qu'une forme de raisonnement dont on sait depuis Hume qu'elle est en théorie illégitime - puisqu'elle a l'allure d'un tour de passe-passe par lequel on transforme une proposition singulière en proposition universelle ou une information limitée en affirmation illimitée - puisse être l'objet d'une telle confiance."

Annexe R:

Boudon, 1990 : 121-122

Problème #10

“Lorsqu’on pose à des médecins la question à savoir si, par exemple, tel symptôme peut légitimement être interprété comme indiquant avec une certaine probabilité la présence de telle affection, ceux-ci ne peuvent - en théorie du moins - répondre positivement ou négativement que s’ils mobilisent une <<information fréquentielle pertinente>>. Plus précisément, il faut que la fréquence avec laquelle se développe la maladie soit sensiblement plus forte lorsque le symptôme est présent que lorsqu’il est absent. En d’autres termes, une réponse pertinente suppose la comparaison de deux fréquences, lesquelles se déterminent chacune à partir de deux informations numériques. Il faut donc disposer de quatre informations pour répondre à cette question.

En tout cas, pour donner une réponse fondée à la question, il faut disposer d’informations quantitatives comme celles qui sont contenues dans les deux moitiés du tableau ci-dessous: (voir p. 121)

Pourtant, de nombreuses études montrent que les sujets, quels que soient leur niveau de formation et leur domaine de compétence, tendent à se fonder sur une seule des quatre données représentant l’<<information fréquentielle pertinente>>.

Ainsi, le psychiatre à qui l'on demande si la dépression est une cause du suicide répond généralement à cette question en évoquant les cas de tentative de suicide qu'il a connus chez des patients présentant par ailleurs des symptômes de dépression. S'il a l'impression que ces cas ne sont pas rares, il a tendance à en déduire que la dépression est effectivement l'une des causes importantes des tentatives de suicide.

Il est clair que l'inférence est incorrecte; c'est seulement lorsqu'on peut affirmer que la proportion des suicidaires parmi les dépressifs est plus grande que la proportion des suicidaires parmi les non-dépressifs que l'on peut supputer une influence causale de la dépression sur le suicide."⁶¹