

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC**  
**INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
**CENTRE – URBANISATION CULTURE SOCIÉTÉ**

**EXPLORATION DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE D'ÉTUDIANTES  
SAGES-FEMMES LITUANIENNES : STAGE DE RECHERCHE ET DE  
MOBILISATION DES CONNAISSANCES DU ROYAUME-UNI À LA  
LITUANIE**

Par

**Alix BUKKFALVI-CADOTTE**

B.Sc. Anthropologie

Essai présenté pour obtenir le grade de

Maître ès arts, M.A.

**Maîtrise en mobilisation et transfert des connaissances**

Décembre 2020

Cet essai intitulé

**EXPLORATION DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE D'ÉTUDIANTES  
SAGES-FEMMES LITUANIENNES : STAGE DE RECHERCHE ET DE  
MOBILISATION DES CONNAISSANCES DU ROYAUME-UNI À LA  
LITUANIE**

et présenté par

**Alix BUKKFALVI-CADOTTE**

a été évalué par un jury composé de

Mme Laurence CHARTON, directrice de recherche, INRS-UCS

Mme Magalie QUINTAL MARINEAU, examinatrice interne, INRS-UCS

Mme Céline LEMAY, examinatrice externe, sage-femme

## RÉSUMÉ

Cet essai fait état d'une expérience de stage effectuée dans le cadre du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances*. Ce stage, réalisé en collaboration avec le *Centre collaboratif de l'OMS pour le développement de la pratique sage-femme de l'Université de Cardiff*, situé au Royaume-Uni, consistait à documenter la pratique sage-femme en Lituanie, puis à présenter ces résultats de recherche aux membres de l'équipe du Centre collaboratif.

Les résultats de recherche suggèrent que la pratique sage-femme en Lituanie est ancrée dans le modèle biomédical : la vaste majorité des naissances ont lieu en milieu hospitalier, et les étudiantes sages-femmes interviewées dans le cadre de cette étude expriment une vision de la naissance médicalisée. Ces résultats ont été transmis aux membres du Centre collaboratif sous la forme d'un rapport et d'un feuillet d'information, ainsi que par le biais d'une présentation orale.

Dans le présent essai, cette expérience de stage est examinée afin d'en faire un bilan critique et d'explorer la notion de mobilisation des connaissances ainsi que le métier d'agent d'interface.

Mots-clés : sages-femmes; santé maternelle; professions; Lituanie; mobilisation des connaissances; transfert des connaissances

## ABSTRACT

This essay describes an internship experience undertaken in fulfilment of the requirements for the master's program in Knowledge mobilization. This internship, carried out in collaboration with the *Cardiff University WHO Collaborating Centre for Midwifery Development*, located in the United Kingdom, involved conducting research on midwifery practice in Lithuania and presenting the findings to members of the Collaborating Centre.

The findings suggest that midwifery practice in Lithuania is rooted in the biomedical model: the vast majority of births take place in hospitals, and the midwifery students interviewed for this research project seem to have a medicalized vision of birth. These results were shared with the Collaborating Centre members in the form of a report and information sheet, as well as through an oral presentation.

In this essay, this internship experience is examined in order to critically assess it and explore the notion of knowledge mobilization as well as the role of the interface agent.

Keywords: midwifery; maternal health; professions; Lithuania; knowledge mobilization; knowledge transfer

## REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche, Laurence Charton, sans qui je n'aurais pu réaliser un stage aussi enrichissant. Ses conseils judicieux, ses questions pertinentes et ses réponses éclairantes, ainsi que ses encouragements constants ont été d'une valeur inestimable tout au long de mon parcours.

Je souhaite également remercier les membres de mon milieu de stage pour leur accueil chaleureux : de grands mercis à Billie Hunter et Grace Thomas pour leur soutien et leur expertise, à Lucie Warren et Nikki Lacey pour leur enthousiasme et leurs sourires contagieux et, finalement, à Ana pour son accompagnement pendant mon séjour à Cardiff.

Enfin, j'aimerais remercier tous ceux qui ont marqué mon parcours à l'INRS : notamment mes collègues étudiantes avec qui j'ai relevé de nombreux défis et partagé tant de beaux moments ainsi que les professeurs qui ont su partager leur expertise avec passion.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>viii</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>viii</b>
<b>Liste des abréviations et des sigles</b> .....	<b>ix</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
Le stage.....	1
Le présent essai .....	2
<b>Chapitre I - Le stage : L'identité professionnelle et le rôle des sages-femmes en Lituanie.</b>	<b>4</b>
La mobilisation des connaissances.....	4
<i>Revue de la littérature</i> .....	4
<i>La mobilisation des connaissances dans le cadre du stage</i> .....	11
Genèse du projet de stage.....	11
<i>Programme de maîtrise en Mobilisation et transfert des connaissances</i> .....	12
<i>Entre exigences, contraintes et préférences : définition et négociation du projet de stage.</i>	13
Le stage : Étude exploratoire sur le développement de la pratique sage-femme en Lituanie .	19
<i>Modalités du stage</i> .....	20
<i>Projet de recherche</i> .....	22
<i>Résultats de recherche</i> .....	31
<i>Produits de mobilisation des connaissances</i> .....	35
<b>Chapitre II - Le transfert de connaissances de Montréal à Cardiff</b> .....	<b>38</b>
Transfert de connaissances au sein du milieu de stage .....	38
Transfert de connaissances auprès de la communauté scientifique.....	41
Bilan des activités de transfert de connaissances .....	44
<i>Une fausse dichotomie?</i> .....	44
<i>Rôle du public</i> .....	45
<b>Chapitre III - Bilan critique du stage : réalisations, défis et imprévus</b> .....	<b>46</b>
Retombées du stage.....	46
<i>Pour le milieu d'accueil</i> .....	46

<i>Pour la communauté scientifique</i> .....	47
<i>Pour la stagiaire</i> .....	47
Contraintes et limitations.....	50
<i>Ressources limitées</i> .....	50
<i>Défis d'un projet international</i> .....	51
Imprévisibilité du stage .....	53
<i>Relations humaines</i> .....	53
<i>Contexte de pandémie</i> .....	55
<b>Chapitre IV - Réflexion critique sur la mobilisation des connaissances et l'agent d'interface</b> .....	<b>57</b>
<i>Expérience de stage</i> .....	57
Le rôle de l'agent d'interface .....	59
<i>Liminalité et pluralité des identités professionnelles</i> .....	60
<i>Positionnalité et réflexivité</i> .....	61
<i>Le rôle de l'agent d'interface : vécu et réflexions</i> .....	62
<b>Conclusion</b> .....	<b>64</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>66</b>
<b>Annexe I : Schéma d'entretien</b> .....	<b>73</b>
<b>Annexe II : Table des matières du rapport présenté au milieu d'accueil</b> .....	<b>76</b>
<b>Annexe III : Feuillet d'information présenté au milieu d'accueil</b> .....	<b>77</b>
<b>Annexe IV : Sélection de diapositives du support visuel pour l'activité de transfert de connaissances dans le milieu de stage</b> .....	<b>79</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1 : Mots-clés utilisés pour la revue de la littérature.....</b>	<b>27</b>
--	-----------

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1 : Calendrier des activités de stage .....</b>	<b>20</b>
---	-----------

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES**

INRS	Institut national de la recherche scientifique
OMS	Organisation mondiale de la santé
UCS	Urbanisation Culture Société
UE	Union européenne

## INTRODUCTION

Cet essai fait état d'un stage réalisé entre le 30 septembre et le 12 décembre 2019 dans le cadre du programme de maîtrise *Mobilisation et transfert des connaissances*, de sa préparation et de ses retombées, ainsi que des questionnements et réflexions qui en sont découlés.

Le stage fait partie intégrante du parcours de ce programme de maîtrise. Après avoir complété les cours prérequis, l'étudiant(e) intègre un milieu de stage – généralement une équipe de recherche ou un milieu de pratique – pour une durée d'environ douze semaines afin de réaliser des activités de recherche (collecte ou analyse de données, par exemple) et de mobilisation des connaissances (rédaction d'un rapport ou présentation de résultats, notamment).

### **Le stage**

Ce stage de recherche et de mobilisation des connaissances, réalisé à l'automne 2019 au sein du *Centre collaboratif de l'OMS pour le développement de la pratique sage-femme de l'Université de Cardiff*, situé au Royaume-Uni, portait sur la pratique sage-femme en Lituanie. La pratique sage-femme, c'est-à-dire la prestation de soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale aux femmes et à leurs nouveau-nés dans une perspective continue et holistique par des sages-femmes (International Confederation of Midwives 2017), varie grandement d'une région à l'autre en fonction du contexte local (Renfrew et al. 2015). Ce projet a été élaboré en collaboration avec Billie Hunter, directrice du Centre collaboratif, en tenant compte à la fois de mes intérêts personnels pour les enjeux liés à la santé reproductive, des exigences du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances*, et des besoins exprimés par les membres du Centre collaboratif. Dans le cadre de ce projet, une recherche exploratoire a été menée afin de recueillir des renseignements sur l'identité professionnelle et le rôle des sages-femmes au sein du système de santé en Europe de l'Est, et plus spécifiquement en Lituanie. Les résultats de recherche ont fait l'objet d'activités de transfert de connaissances, soit une présentation orale au sein du milieu de stage et la publication d'un article intitulé « *The professional identity of Lithuanian midwifery students: An exploratory study* » dans la revue scientifique *European Journal of Midwifery*, visant à diffuser ces résultats auprès de divers types

de publics, incluant à la fois des chercheuses<sup>1</sup> et des praticiennes, et de favoriser leur utilisation dans le milieu de la pratique.

## **Le présent essai**

Dans cet essai seront présentés l'expérience de stage, puis les activités de transfert des connaissances issues de cette expérience. Ensuite, un bilan critique du stage fera état des difficultés rencontrées et des retombées du stage. Finalement, la mobilisation des connaissances et le rôle de l'agente d'interface seront explorés à la lumière de mon expérience personnelle dans le cadre du stage.

Si Gillian Rose amorçait il y a plus de deux décennies son article séminal sur la réflexivité par le frappant « *This is an article written from a sense of failure* » (Rose 1997, 305), j'introduirai plutôt mon essai sur une note plus optimiste en annonçant qu'il émerge d'un sentiment d'incertitude.

Le stage est centré autour d'un projet de recherche *exploratoire*, n'abordant qu'une infime partie des nombreux enjeux effleurés au fil de mes lectures et activités de recherche, et complété par la production d'outils de mobilisation des connaissances visant à faciliter l'appropriation et l'usage des savoirs scientifiques par les praticiennes – soit les sages-femmes et chercheuses membres du Centre collaboratif. Le volet recherche du stage est limité dans son ampleur par le contexte : le stage est limité dans le temps puisqu'il ne dure qu'une session universitaire et la stagiaire est en période d'apprentissage. Le second volet, lié à la mobilisation et au transfert des connaissances, est d'une importance particulière étant donné la nature du programme de maîtrise : il s'agit d'une maîtrise *professionnelle*, visant l'acquisition de compétences pratiques en mobilisation des connaissances. *Exploratoire* – c'est bien le mot-clé qui décrit selon moi l'ensemble de mon expérience : une exploration des pratiques de recherche en sciences sociales, de l'univers de la pratique sage-femme, du terrain est-européen, du rôle de l'agent d'interface. De cette exploration, je ressors avec plus de questions que de réponses, avec un sentiment d'incertitude. Cette incertitude est le moteur des deux pôles de mon expérience de stage : la recherche d'une part, qui vise à combler les incertitudes et à apporter réponses aux questions; puis la mobilisation des connaissances d'autre part, qui résiste à l'exercice de définition et dont la

---

<sup>1</sup> Le féminin est employé afin de représenter la proportion largement féminine de la profession sage-femme et de la communauté de recherche liée à ce sujet.

pratique défie l'incertitude en démontrant adaptabilité, flexibilité et ingénuité pour saisir des savoirs de tous types et coordonner leur distribution, leur traduction, leur mobilisation.

Dans le cadre de cet essai, l'expérience de stage sera abordée à la manière d'une étude de cas, c'est-à-dire une étude de nature exploratoire et explicative centrée sur la description et l'analyse d'un cas particulier (Harrison et al. 2017). Dans ce cas-ci, l'étude de l'expérience de stage réalisée dans le cadre d'un programme de maîtrise professionnelle permettra d'explorer le concept et la pratique de la mobilisation des connaissances, dans une perspective critique et réflexive. Le cadre analytique de cette étude de cas est inspiré de celle de Smith et Ward (2015), qui emploient le concept de la co-construction, la théorie interactionniste, ainsi que l'étude des communications dans leur étude sur la recherche collaborative. Les auteurs affirment que ces éléments théoriques leur ont permis de « *to balance our focus on science (or academic research) and politics (society, culture) and to explore how the project was configured both to organize knowledge production and to order the collaboration as a social world or political micro-system* » (Smith et Ward 2015, 227). Un tel regard posé sur les relations et interactions entre divers acteurs permettra ainsi d'examiner la mobilisation des connaissances réfléchie ou pratiquée dans le cadre de l'expérience de stage, tout en tenant compte du plus large contexte de cette expérience et des réseaux d'acteurs qui la constituent.

# CHAPITRE I

## LE STAGE : L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ET LE RÔLE DES SAGES-FEMMES EN LITUANIE

Le stage est l'un des éléments centraux du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances*. Réalisé au sein d'une équipe de recherche ou d'un milieu de pratique, le stage consiste à exécuter des activités de recherche et de mobilisation de connaissances afin, d'une part, de répondre aux besoins du milieu de stage et, d'autre part, de mettre en pratique les connaissances et compétences acquises dans le cadre des cours complétés au préalable. Le stage inclut ainsi deux volets : la recherche et la mobilisation des connaissances. Cette dernière réfère ici aux pratiques visant à favoriser la production, l'utilisation ou le partage des connaissances dans une perspective collaborative entre chercheurs et praticiens.

Dans le présent chapitre seront présentés le concept de mobilisation des connaissances, le processus de préparation de ce stage ainsi que sa réalisation, incluant notamment une description du projet de recherche et de ses résultats, ainsi qu'une courte présentation des outils de mobilisation de connaissances conçus.

### **La mobilisation des connaissances**

Le concept de mobilisation des connaissances est central au stage dont il est question dans cet essai – il est donc impératif d'apporter quelques éléments de définition avant de décrire le stage lui-même. Le concept sera abordé dans cet essai sous deux angles : d'abord, une revue de la littérature permettra de définir et explorer ce concept de façon plus théorique; ensuite, au chapitre IV (voir p. 57), ma propre expérience pratique de la mobilisation des connaissances dans le cadre de mon stage permettra de poser un regard critique et réflexif sur les pratiques liées à la mobilisation des savoirs.

### **Revue de la littérature**

La littérature portant sur la mobilisation des connaissances – et sur ses cousins aux appellations variées : co-construction, traduction, transfert des connaissances – est en croissance et permet

de brosse un portrait, certes incomplet, de ce concept qui semble évader à ce jour un véritable consensus quant à sa définition. La littérature porte notamment sur quatre grandes facettes de la mobilisation des connaissances : 1) le contexte dans lequel elle a émergé et s'est développée; 2) les éléments de définition de ce concept; 3) les objectifs et résultats escomptés de cette pratique et 4) les défis qui la caractérisent.

### **Contexte**

De nombreux écrits décrivent le contexte dans lequel s'inscrirait l'émergence de pratiques nouvelles telle que la mobilisation des connaissances comme une transformation de l'univers de la recherche, voire des « *tectonic shifts in the relationship between science and society* » (Knights et Scarbrough 2010, 1290). Gibbons (1994), notamment, décrit ce phénomène en contrastant la recherche de **Mode 1**, soit la production de savoir *traditionnelle*, sous l'égide de la communauté scientifique, à la recherche de **Mode 2**, soit la production et la mobilisation du savoir en contexte d'application, favorisant la négociation et la collaboration d'une diversité d'acteurs aux compétences et aux intérêts variés dans un milieu en constante évolution. Le Mode 2 serait ainsi caractérisé par la transdisciplinarité et l'hétérogénéité des acteurs qui y sont impliqués. Gibbons insiste également sur la responsabilisation sociale et la réflexivité : il attribue à l'intérêt public croissant pour des problématiques liées par exemple à l'environnement ou à la santé à un effet stimulant pour la recherche de Mode 2, marqué par des intérêts académiques, mais également sociaux, économiques ou politiques.

Bien qu'adoptée par de nombreux chercheurs et praticiens - et mentionnée à plusieurs reprises tout au long du cursus du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances* – cette idée de la transformation du monde de la recherche du Mode 1 au Mode 2 ne fait pas nécessairement consensus (Nowotny, Scott et Gibbons 2003). Weingart (1997), par exemple, soutient que les caractéristiques du Mode 2 présentées par Gibbons (1994) sont limitées à certaines disciplines ou certains contextes d'application. Les grands principes du Mode 2 – la transdisciplinarité ou la responsabilisation sociale, par exemple – seraient donc davantage caractéristiques de secteurs intimement liés aux politiques publiques, comme les sciences environnementales, qu'indicateurs d'un large mouvement englobant l'ensemble des sciences. Il explique ainsi : « *For areas of knowledge having no immediate connection to social values and subjective risk perceptions these conditions do not apply : high-energy physics, astronomy, and*

*paleontology lie outside the concerns of citizens' groups and, at best, end up as issues in priority debates* » (Weingart 1997, 603).

D'autres auteurs remettent plutôt en question la nouveauté prétendue du Mode 2, soulignant que les caractéristiques de ce type de recherche étaient présentes – quoique peut-être moins communes – bien avant l'émergence décrite par Gibbons (1994) pour le phénomène du Mode 2. Godin (1998), par exemple, soutient que des échanges – entre chercheurs, entre disciplines, entre secteurs – avaient lieu dans le monde de la recherche et que les chercheurs réalisaient des activités extra-académiques (vulgarisation, consultation, et innovation entre autres) étaient bien avant 1945, date à laquelle l'émergence du Mode 2 est généralement située.

Outre les questions de l'universalité et de la nouveauté du Mode 2 abordées par les critiques cités ci-haut, les travaux de Gibbons (1994) fournissent un cadre d'analyse pertinent pour examiner différentes facettes des pratiques de recherche. Sans nécessairement se prononcer sur la généralisation des pratiques de Mode 2 dans l'ensemble des sciences, ni sur le moment précis de l'émergence de ces pratiques, il est possible d'examiner les caractéristiques proposées par Gibbons pour chacun des deux Modes comme des points de repère, les extrémités de continuums sur lesquels les pratiques de recherches passées ou contemporaines peuvent être situées et évoluer dans le temps. Par exemple, Audoux et Gillet (2011) décrivent la dichotomie entre la mission fondamentale de production de connaissances en sciences et l'objectif de participer à la résolution de problèmes concrets comme un continuum sur lequel les postures de recherche peuvent être situées. Ainsi, les pôles caractéristiques des Modes 1 et 2 peuvent constituer des repères en fonction desquels il est possible d'examiner de façon critique les pratiques de recherche, sans nécessairement les confiner à un seul mode de recherche.

Aujourd'hui, certains auteurs tissent des liens entre le contexte d'application de la mobilisation des connaissances et les motivations de ces pratiques. Bannister et Hardill (2013), par exemple, situent la mobilisation des connaissances dans un contexte politique et économique marqué par l'austérité et le désir de prouver l'efficacité des politiques publiques. C'est dans cette perspective que les sciences sociales « *require to rise to the challenge of the 'double hurdle' of demonstrating the scholarly and practical impact of their research* » (Bannister et Hardill 2013, 170). La mobilisation des connaissances – de même que ses variantes, le transfert ou l'échange de connaissances – permettrait donc de favoriser l'utilisation des savoirs issus de la recherche et de démontrer l'impact concret de la recherche, justifiant ainsi son soutien par les instances publiques.

De plus, dans le domaine de la sociologie plus spécifiquement, Mesny (2009) souligne que les sociologues se doivent d'assumer des responsabilités envers le public pour diverses raisons, notamment puisqu'une portion considérable du financement de la recherche provient de sources publiques et parce que, dans le cas de la recherche empirique, l'éthique liée au consentement éclairé des participants implique que ces participants soient informés et exercent un certain contrôle sur les études dont ils sont le sujet. La mobilisation des connaissances pourrait, ainsi, être une avenue pour un meilleur dialogue entre chercheurs, participants, et autres acteurs impliqués.

La mobilisation des connaissances s'inscrirait ainsi dans un contexte marqué par une certaine transformation du monde de la recherche, davantage axé sur le contexte d'application des savoirs et la collaboration de divers types d'acteurs, mais également marqué par l'austérité politique et économique exigeant un certain rendement de la recherche.

### ***Définition(s)***

La mobilisation des connaissances réfère à un concept situé au sein d'une toile de concepts interreliés, aux appellations parfois interchangeable, caractérisés par des principes centraux, mais différenciés par leur orientation, leur intention ou leur pratique : traduction, échange, utilisation, ou diffusion des savoirs, entre autres (Graham et al. 2006). Aucun consensus clair n'émerge de la littérature et il est possible d'en retirer plusieurs définitions – complémentaires ou contradictoires, selon les cas – pour chacun des termes utilisés dans les discours sur la mobilisation des connaissances et les pratiques connexes.

Il existe ainsi une pluralité de modèles ou d'orientations que les chercheurs peuvent adopter pour guider leurs pratiques de recherche et de mobilisation des connaissances. Si cette revue de la littérature ne permet pas de définir chacune de ces pratiques, elle permet tout de même de mettre en évidence certains éléments de définition récurrents qui permettent de broser un portrait général des pratiques associées à la mobilisation des connaissances. J'aborderai dans cette section différents concepts liés à la mobilisation des connaissances en conservant la terminologie utilisée par les auteurs. Les divers termes utilisés ne sont pas nécessairement interchangeable, mais réfèrent à des concepts ou pratiques suffisamment semblables pour être comparés et contrastés, dans l'objectif d'en retirer des éléments de définition communs.

Dans la littérature portant sur la mobilisation des connaissances, plusieurs auteurs abordent la conception des savoirs et des milieux de la recherche et de la pratique : la mobilisation des connaissances serait ainsi caractérisée par une posture épistémologique particulière et par la prise en compte de différents types de savoirs issus de divers milieux. Bien que les mondes de la recherche et de la pratique soient caractérisés par des cultures et perspectives distinctes (Graham et al. 2006), ils seraient interreliés et perméables, permettant la production et la mobilisation de savoirs communs. La notion de *traduction* de connaissances est critiquée notamment par Greenhalgh et Wieringa (2011) comme une notion qui implique, faussement, que le savoir est objectif et qu'une séparation claire existe entre les mondes de la recherche et de la pratique. Le savoir ne serait donc pas un objet indépendant des relations collaboratives entre chercheurs et praticiens – la production du savoir serait plutôt dynamique, émergeant de ces relations collaboratives et en constante reconstruction (Knights et Scarbrough 2010 ; Elissalde, Gaudet et Renaud 2010). On retire de ces écrits une vision du savoir comme intrinsèquement liée aux acteurs qui le construisent, au contexte dans lequel il s'inscrit, et aux pratiques auxquelles il est rattaché. Currie et White (2012) suggèrent ainsi que « *knowledge is not something people 'have', but something they 'do', with practice connecting 'knowing' with 'doing'; i.e. it is not a codifiable entity, but embedded within and inseparable from practice* » (p. 1335).

L'interaction entre divers types d'acteurs impliqués dans le processus serait également centrale dans la définition des pratiques liées à la mobilisation des connaissances et permettrait de distinguer différents types de pratiques liées à la mobilisation des connaissances. Les pratiques unidirectionnelles constitueraient ainsi plutôt de la *dissémination*, de la *diffusion* ou du *transfert* des connaissances, c'est-à-dire une présentation des résultats de recherche, sans nécessairement s'attarder à la production du savoir ou à sa mobilisation dans le milieu de la pratique (Bannister et Hardill 2013 ; Graham et al. 2006 ; Abma et al. 2017). L'échange de connaissances, quant à lui, serait notamment caractérisé par l'interaction réciproque et le dialogue entre différents acteurs (Bannister et Hardill 2013 ; Elissalde, Gaudet et Renaud 2010). Abma et al. (2017), quant à eux, affirment que la *mobilisation des connaissances* implique des interactions multidirectionnelles entre différents types d'acteurs, articulant différentes formes de savoirs. Pour Vaillancourt (2019), l'interaction entre les acteurs doit être présente tout au long de la recherche dans la *co-construction* des connaissances, qui impliquerait la participation d'acteurs qui ne sont pas des chercheurs académiques au processus de construction du savoir, au-delà de la simple consultation. La *recherche partenariale*, quant à elle, n'impliquerait pas nécessairement une véritable co-construction des connaissances entre les chercheurs et les autres acteurs puisque la

participation des partenaires au processus de recherche peut être limitée, parfois uniquement à titre consultatif. Morrissette (2013) aborde également cette distinction en contrastant ce qu'elle nomme la *recherche-action*, soit une stratégie d'intervention s'inscrivant dans une démarche de résolution de problèmes, et la *recherche collaborative*, une démarche d'exploration d'une pratique professionnelle visant la co-construction de savoirs. Selon l'auteur, le premier type de recherche implique un engagement des praticiens dans toutes les étapes de la recherche, tandis que le second n'implique qu'une participation des praticiens dans le processus de recherche, sans nécessairement partager l'ensemble des tâches et responsabilités des chercheurs.

Ce processus d'interaction est parfois qualifié d'*hybridant* : la recherche partenariale représenterait, pour Audoux et Gillet (2011) une « modalité 'hybridante' entre recherche et société » (p. 11), soit une collaboration entre professionnels et partenaires dans l'élaboration du processus de recherche lui-même. Ce concept d'*hybridation* est également mobilisé par Caillouette et Soussi (2014) pour décrire la recherche partenariale comme un « espace hybride d'action et de recherche » (p. 33) où les identités et perspectives des chercheurs et des praticiens interagissent et s'interfécondent pour constituer un nouveau milieu.

Ainsi, la mobilisation des connaissances et les pratiques qui y sont associées seraient caractérisées par la production de savoirs hybrides issus d'un dialogue continu et multidirectionnel entre divers acteurs aux expertises et perspectives variées.

### **Objectifs**

Plusieurs auteurs mettent plutôt l'accent sur l'intention ou les objectifs qui orientent les pratiques liées à la mobilisation des connaissances. Pour Green (2008), la recherche participative a pour objectif la production de connaissances plus utiles, plus utilisables, plus ciblées et plus adaptées au contexte de la pratique, qui sont également transmises plus rapidement aux praticiens. Bannister et Hardill (2013) ajoutent que la mobilisation des connaissances vise à développer une culture de collaboration entre chercheurs et décideurs afin de contribuer au développement de politiques, de pratiques et de savoirs coconstruits. La transdisciplinarité, quant à elle, aurait pour objectif l'évolution et la réconciliation des compréhensions des différents types d'acteurs – chercheurs ou praticiens – d'un enjeu particulier (Roux et al. 2017).

La mobilisation des connaissances aurait ainsi des objectifs plus instrumentaux, comme l'utilisation des savoirs dans la pratique, et plus conceptuels, tels que la construction d'espaces

communs où divers types d'acteurs peuvent collaborer, échanger des savoirs et développer des compréhensions communes.

### **Défis**

On note dans la littérature plusieurs textes portant sur les défis inhérents à la pratique de la mobilisation des connaissances. Un des principaux défis relevés dans la littérature consiste à assurer la conciliation des différentes perspectives et compréhensions des acteurs impliqués dans le processus de recherche, dont les perceptions et réflexions sont influencés par leurs contextes spécifiques – classe sociale, domaine professionnel, normes culturelles ou structures institutionnelles, par exemple (Roux et al. 2017 ; Eckerle Curwood et al. 2011). Les défis liés aux perspectives et expériences différentes peuvent se concrétiser sous forme de malentendus ou de conflits notamment dans les communications, lorsque chercheurs et praticiens n'ont pas de vocabulaire commun, ou encore dans l'organisation des travaux, puisque les acteurs seront souvent amenés à remplir des rôles qui leur sont peu familiers (Coburn et Penuel 2016). Or, cette diversité de perspectives, bien que porteuse de défis, représente également la richesse des pratiques de recherche collaboratives, permettant d'innover et d'évoluer en cultivant la complémentarité des regards de chacun.

Cette réflexion fait écho aux écrits de Turner et al. (2015) qui reprend le concept de tensions essentielles (*essential tensions*) de Kuhn pour explorer le rôle des tensions convergentes et divergentes dans la collaboration interdisciplinaire. Les auteurs notent que « *science needs both research that converges around a set of frameworks, methods and theories – normal science – to achieve scientific consensus as well as disruptions that challenge fundamental assumptions in order to innovate* » (Turner et al. 2015, 650). En équipe interdisciplinaire, des tensions (convergentes ou divergentes) peuvent notamment émerger en lien avec les différentes approches épistémiques, les structures organisationnelles et les personnalités ou états émotionnels des acteurs individuels. Les stratégies adoptées pour gérer ces tensions peuvent permettre de faire émerger des pratiques innovantes et efficaces en contexte de recherche interdisciplinaire (Turner et al. 2015).

Coburn et Penuel (2016) soulignent également le défi lié à l'environnement politisé dans lequel évoluent les recherches partenariales : des groupes d'intérêts peuvent faire pression sur différents acteurs et affecter le processus de recherche.

Les principaux défis caractéristiques des pratiques de mobilisation des connaissances seraient ainsi liés à un élément fondamental de ces pratiques, soit la mise en réseau de divers acteurs provenant de milieux différents et ayant des intérêts potentiellement divergents. La collaboration entre ces acteurs est enrichie par leur diversité, mais peut également être entravée par ces différences.

### **La mobilisation des connaissances dans le cadre du stage**

Le stage permet aux étudiantes du programme de maîtrise d'explorer les pratiques liées à la mobilisation des connaissances. Dans le cadre de ce stage, par exemple, j'ai adopté une perspective collaborative afin que plusieurs acteurs différents – incluant notamment les membres du Centre collaboratif où j'ai réalisé mon stage – de participer à la planification et à l'exécution du stage. De plus, puisque le stage comportait des activités de recherche, ces dernières ont été orientées de façon à répondre aux besoins du Centre collaboratif et les résultats de recherche ont été communiqués aux membres du Centre collaboratif sous la forme de produits de mobilisation des connaissances (décrits ci-bas, voir p. 35) afin de favoriser l'utilisation de ces données dans leurs activités professionnelles. L'approche collaborative adoptée ainsi que l'attention particulière portée au partage et au transfert des connaissances tout au long du projet constituent des pratiques favorisant la mobilisation des connaissances.

### **Genèse du projet de stage**

Central au programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances* de l'Institut national de recherche scientifique, le stage constitue la ligne directrice du parcours académique, et son achèvement, la proverbiale lumière au bout du tunnel. Si les activités directement liées au stage doivent habituellement durer l'équivalent d'une session à temps plein, l'ensemble des activités de préparation, de mise en place, de réalisation et de bilan du stage s'étendent généralement sur la durée totale du programme de maîtrise.

## **Programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances***

Le stage s'inscrit dans le parcours académique de la maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances* – anciennement *Pratiques de recherche et action publique* – soit un programme de deuxième cycle visant à « explorer et comprendre les liens entre la recherche et l'action [et centré sur] l'acquisition d'outils théoriques et pratiques concernant la production, la co-construction, l'appropriation, la valorisation et la circulation des savoirs en société » (INRS 2020). Ce programme vise notamment à permettre à l'étudiant d'expérimenter le métier d'agent d'interface, dont le rôle consiste à faire le pont entre les milieux de la recherche et de la pratique afin de favoriser la production, la mobilisation et l'utilisation des connaissances dans une perspective collaborative entre chercheurs et praticiens d'un domaine.

Le programme de maîtrise combine un cursus portant notamment sur les méthodes de recherche qualitatives et quantitatives, les fondements disciplinaires des sciences sociales et les principes de la mobilisation des connaissances, et un stage final permettant de mettre en pratique les connaissances et compétences acquises tout au long du parcours. Dans le cadre de ce stage, d'une durée d'environ douze semaines, l'étudiant s'intègre à un milieu de stage et réalise des activités de recherche et de mobilisation de connaissances afin de répondre au mandat déterminé par l'étudiant, les représentants du milieu de stage et le superviseur de recherche à l'INRS. Le programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances* constitue ainsi une maîtrise professionnelle, soit un programme axé sur la pratique et complété par une activité d'intégration supervisée – le stage.

Après un baccalauréat en anthropologie largement centré sur les fondements théoriques de la discipline, j'étais quelque peu désenchantée par le milieu de la recherche académique. Moins attirée par l'aspect purement théorique des sciences sociales, je cherchais plutôt à tisser des liens entre mes apprentissages et leur utilisation dans le « monde réel », leur application concrète. Le programme d'études en *Mobilisation et transfert des connaissances* représentait donc pour moi l'occasion de poursuivre mon parcours académique au deuxième cycle tout en découvrant l'univers de la mobilisation des connaissances ancré dans la pratique, et en ayant la liberté de construire un projet de stage à mon image, combinant à la fois les exigences du programme et mes intérêts personnels.

## **Entre exigences, contraintes et préférences : définition et négociation du projet de stage**

À la bienveillante insistance de ma directrice de recherche, Laurence Charton, j'ai amorcé le processus de recherche d'un milieu de stage dès l'été précédant le début de mon programme de maîtrise. Ce démarrage hâtif de la préparation au stage m'a permis de définir mes objectifs particulièrement tôt, de négocier un projet de stage correspondant à mes attentes, et d'explorer le thème de mon stage pendant plus d'un an à travers mes travaux dans le cadre des différents cours du programme.

### ***La quête du milieu de stage idéal***

Puisque l'organisation du stage relève principalement de l'étudiant, il est possible – et fortement recommandé – d'arrimer ce stage aux intérêts personnels de l'étudiant, ce qui permet d'en faire une expérience particulièrement agréable et même, sait-on jamais, de marquer le début d'une carrière dans son domaine de prédilection.

Durant mon baccalauréat en anthropologie, j'ai développé un intérêt particulier pour la bioanthropologie, une sous-discipline de l'anthropologie située à la frontière entre le biologique et le social. C'est dans cette perspective que j'ai cultivé une passion pour les enjeux touchant à la santé, et plus spécifiquement à la santé reproductive. En effet, ces enjeux comportent des facettes biologiques, sociales et culturelles complexes correspondant tout à fait à mes champs d'intérêt. La pratique sage-femme, plus particulièrement, prend en compte cette multidimensionnalité de l'expérience de la grossesse et de la parentalité : « les soins prodigués par les sages-femmes sont par nature holistiques et continus, ancrés dans la compréhension des expériences sociales, émotionnelles, culturelles, spirituelles, psychologiques et physiques des femmes » (International Confederation of Midwives 2014). J'ai voulu, dans le cadre de mon stage, marier ces champs d'intérêt à ma passion personnelle pour le voyage et la collaboration internationale.

Dans cette optique, j'ai entrepris des démarches auprès de trois milieux de stage afin de sonder l'intérêt des organismes pour accueillir une stagiaire et de déterminer quel type de projet pourrait y être mené pour répondre aux réels besoins de ces organismes. Au cours de l'été 2018, j'ai ainsi contacté les directions du Centre de santé des femmes de Montréal et de deux centres collaboratifs de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) pour le développement de la pratique

sage-femme – l'un hébergé par *Universidad de Chile* au Chili et le second hébergé par *Cardiff University* au Royaume-Uni.

Les directrices de ces trois organismes ont manifesté un intérêt pour l'accueil d'une stagiaire et ont proposé des pistes de réflexion quant à la mise en place d'un projet de stage. Au Centre de santé des femmes de Montréal, on me proposait un projet sur l'accès aux soins de santé maternelle pour les femmes immigrantes afin d'orienter les interventions visant à améliorer l'accessibilité de ces soins. Au Centre collaboratif de Santiago, on me suggérait d'explorer le lien entre les politiques publiques, le développement de la pratique sage-femme et les indicateurs de santé maternelle au Chili afin d'enrichir les connaissances liées à la santé et au bien-être des mères et des nouveau-nés. Finalement, au Centre collaboratif de Cardiff, on m'offrait l'opportunité d'explorer le sujet de la pratique sage-femme en Europe de l'Est – un sujet peu documenté – afin de faciliter le développement d'interventions ciblées et pertinentes par les membres de ce Centre collaboratif dans la région est-européenne.

Ultimement, j'ai choisi de réaliser mon stage au **Centre collaboratif de l'OMS pour le développement de la pratique sage-femme à l'Université de Cardiff** (ci-après « le Centre collaboratif ») pour diverses raisons : le projet proposé correspondait à mes intérêts de recherche pour la santé reproductive, le milieu de stage me permettrait de voyager au Royaume-Uni, un pays que j'affectionne particulièrement, et la langue de fonctionnement de cet organisme, l'anglais, en est une que je maîtrise très bien. C'est donc une combinaison de facteurs, liés notamment à mon parcours académique, à mes préférences personnelles et à des considérations plus pragmatiques, qui a guidé mon choix.

### ***Milieu de stage***

Le milieu de stage choisi est affilié à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'agence des Nations Unies œuvrant dans le domaine de la santé publique mondiale. Cette agence promeut l'accès aux soins de santé pour tous, contribue à la gestion de crises sanitaires, et traite des enjeux de santé et de bien-être. Sa mission inclut notamment l'amélioration de la qualité des données et renseignements portant sur les enjeux liés à la santé et le soutien à la prestation de soins et services de santé adéquats dans le monde (World Health Organization 2020b).

Les Centres collaboratifs de l'OMS sont des institutions de recherche mandatées par l'OMS pour soutenir la mise en œuvre des programmes de l'organisation. Le Centre collaboratif de l'OMS

pour le développement de la pratique sage-femme de l'Université de Cardiff est hébergé par l'école des sciences de la santé de l'Université de Cardiff, située au Royaume-Uni, et dirigé par Billie Hunter, PhD, professeure de pratique sage-femme. La mission de ce Centre collaboratif est de soutenir le développement de la pratique sage-femme en collaboration avec des infirmières et sages-femmes praticiennes dans 43 pays de la région européenne.

Puisque la pratique sage-femme varie grandement d'un pays à l'autre en Europe en termes d'exigences académiques et de champ de pratique, le partage de renseignements et de compétences peut contribuer au développement de la profession sage-femme sur ce continent. Les membres du Centre collaboratif ont donc comme rôle de générer des données scientifiques sur l'éducation et la pratique sage-femme, de disséminer ces données et d'offrir des conseils quant aux meilleures pratiques liées à la profession sage-femme aux États européens. Ultiment, l'objectif du Centre collaboratif est de contribuer à l'amélioration des soins de santé pour les mères et les nouveau-nés en Europe (Cardiff University 2020).

### ***Négociation du stage***

C'est la directrice du Centre collaboratif, Billie Hunter, qui a endossé le rôle de superviseuse de stage et qui m'a accompagnée – à distance – tout au long du processus de préparation du projet. Ayant convenu de réaliser le stage à l'automne 2019, nous disposions d'une année complète pour négocier les paramètres du stage, surmonter les nombreux obstacles logistiques liés à la réalisation d'un stage à l'étranger, et démarrer les activités de recherche.

Le premier défi consistait à définir un projet de stage qui réponde aux besoins du Centre collaboratif, qui remplisse les exigences du programme de maîtrise, et qui demeure malgré tout réalisable dans les limites de temps et de ressources imposées par le contexte du stage.

Dans une perspective collaborative, le projet de stage a été construit graduellement en tenant compte des besoins et contraintes des différentes parties prenantes, au gré de communications fréquentes avec Billie Hunter et Laurence Charton.

Dès les premiers balbutiements de notre collaboration, Billie Hunter a exprimé le besoin du Centre collaboratif pour des renseignements fiables sur l'état de la pratique sage-femme en Europe de l'Est. Dans un document transmis par courriel le 18 octobre 2018, elle écrit :

*« It is currently difficult to access accurate and up to date information about the state of midwifery and midwifery education in Eastern Europe<sup>2</sup>. A WHO project mapping midwifery and nursing education across the whole European region was carried out in 2016/17. The report will be in the public domain during the timescale of this project, however the information it contains is limited. Accurate, detailed and up to date information is essential to inform the work of the Cardiff University WHO Collaborating Centre for Midwifery Development, and ensure that our activities are appropriately targeted and relevant. »*

En effet, il n'existe que très peu d'articles scientifiques datant de l'ère soviétique, les conflits géopolitiques ayant fait obstacle à la publication des projets de recherche réalisés en URSS (Oakley 2016). Depuis la chute de l'URSS en 1991, la littérature scientifique concernant l'Europe de l'Est est en croissance, mais plusieurs domaines de recherche demeurent sous-développés, dont la recherche portant sur les soins de santé maternelle. En effet, une revue de littérature systématique réalisée par Miteniece et al. (2017) sur l'accès aux soins de santé maternelle en Europe centrale et de l'Est ont révélé des lacunes importantes : pour plusieurs pays, aucune étude ou uniquement des publications obsolètes n'étaient disponibles. Ainsi, il existe peu de données fiables et à jour sur la pratique sage-femme dans la région est-européenne, et les membres du Centre collaboratif rencontrent des difficultés quand vient le temps de développer des interventions ciblées dans cette région.

Le projet de stage a été développé dans le but de combler ces lacunes – en partie – et de faciliter les activités du Centre collaboratif. Ainsi, Billie Hunter, Laurence Charton et moi-même avons décidé que l'objectif principal du stage serait de collecter des données sur la pratique sage-femme dans les pays d'Europe de l'Est et de rendre ces données disponibles aux membres du Centre collaboratif afin de les aider à mieux cibler leurs interventions dans cette région. Le projet de stage initialement envisagé consistait ainsi à dresser une liste des pays d'Europe de l'Est et à recueillir des informations sommaires sur les soins de santé maternelle et la pratique sage-femme dans ces pays dans une perspective comparative afin d'y déceler les points communs et les variations régionales ou locales. Une première revue de la littérature sur la pratique sage-femme en Europe

---

<sup>2</sup> Il est à noter que, bien que la pratique sage-femme varie d'un pays à l'autre – et au sein de chaque pays – le contexte socio-politique lié à l'histoire de ces sociétés sous le régime soviétique leur confère une certaine commonalité. C'est pourquoi les pays de l'ex-Union soviétiques sont souvent désignés comme un tout, sous l'appellation « région est-européenne » par exemple, dans les activités de recherche et de pratique du Centre collaboratif. Toutefois, une perspective comparative nuancée est maintenue dans le cadre de ces activités afin d'aborder les spécificités nationales, régionales ou locales au sein de cette région.

de l'Est nous a permis de constater que le projet initialement prévu était nettement trop ambitieux pour être réalisé dans le cadre de ce stage. Nous avons donc choisi de concentrer ce projet sur un seul pays, la Lituanie. Ce dernier a été choisi pour deux principales raisons : d'une part, les données disponibles dans la littérature scientifique et la littérature grise semblaient suffisantes et adéquates pour la portée de cette recherche et, d'autre part, les membres du Centre collaboratif avaient déjà des contacts sur le terrain qui pourraient faciliter les activités de recherche. Cependant, considérant les limites de temps et de ressources associées à ce stage, il a été convenu que la recherche demeurerait exploratoire.

Le processus de négociation du projet de stage fût donc plutôt long, étendu sur une période d'environ un an, mais également très fructueux : les communications fréquentes entre les différentes parties impliquées et la prise en compte des exigences et contraintes de chacun ont permis de mettre en place un projet de stage exigeant, mais également réaliste, pertinent et stimulant.

### ***Préparation au stage***

Ayant ébauché les grandes lignes de mon projet de stage avant même d'amorcer ma scolarité de maîtrise, j'ai pu tirer profit de chacun de mes cours pour approfondir ma compréhension des enjeux liés à la santé maternelle dans le cadre de mes lectures et travaux. Bien que mes divers essais et présentations ne portaient pas toujours spécifiquement sur le thème de mon stage, ils m'ont permis d'explorer des sujets connexes et de m'immerger ainsi dans le thème de la santé maternelle, d'élargir mes horizons de recherche, et de prendre conscience de la multiplicité des enjeux et perspectives liés à mon sujet de recherche. Si tous les cours ont été fortement utiles, trois d'entre eux ont particulièrement marqué mon parcours.

Dès l'automne 2018, dans le cadre du cours *Action publique* enseigné par Diane St-Pierre, j'ai eu la chance, d'une part, d'interviewer une sage-femme québécoise et, d'autre part, d'imaginer une table de concertation fictive sur l'enjeu des mères porteuses. La première activité m'a permis de m'introduire à la pratique sage-femme, une activité professionnelle marquée à la fois par un champ d'activité particulier, mais également par un historique de lutte pour défendre la pertinence de leur pratique et par de forts principes et valeurs qui sous-tendent la pratique professionnelle : la grossesse et l'accouchement comme processus physiologiques normaux, la pluralité des expériences de la parentalité et l'agentivité des femmes, c'est-à-dire leur puissance d'agir. J'ai

également pu adopter un regard comparatif, contrastant l'expérience de cette sage-femme québécoise de celle de ma superviseure de stage Billie Hunter. Si, au Québec, la pratique sage-femme est marquée par les très récentes luttes pour une reconnaissance légale culminant en la légalisation de cette pratique en 1999 (Rivard 2010), les sages-femmes exerçant au Royaume-Uni bénéficiaient d'une reconnaissance politique et sociale bien plus tôt, illustré notamment par l'adoption du *Midwives Act* qui visait à réguler la pratique sage-femme dès 1902 (Nash 2015). J'ai ainsi pris conscience de la grande diversité des pratiques sages-femmes exercées à travers l'espace et le temps, tel qu'exprimé notamment par Hunt et Symonds (1995, XV-XVI) : « *This experience will differ from culture to culture and over time. To be a midwife in a Bronze Age encampment, or in the court of a Stuart monarch, in the slums of nineteenth-century Manchester and in a modern hospital are different experiences which carry different meanings.* »

La seconde activité réalisée dans le cadre de ce cours, soit la planification d'une table de concertation fictive sur le thème des mères porteuses<sup>3</sup>, quant à elle, m'a permis d'explorer les différentes facettes de la maternité – physiologique, psychologique, sociale et culturelle, entre autres. J'ai également pu me familiariser avec les divers types d'acteurs impliqués dans les enjeux qui y sont liés : les mères et leur famille, différents prestataires de soins de santé maternelle, des décideurs politiques, des juristes, des éthiciens et de nombreux groupes d'intérêts, notamment.

À la session suivante, dans le cadre du cours *Lien social*, incidemment enseigné par ma directrice de recherche Laurence Charton, j'ai exploré les diverses disciplines des sciences sociales et posé de solides bases théoriques sur lesquelles échafauder mon projet de stage. Ce cours m'a permis d'approfondir ma compréhension de la perspective sociologique sur les enjeux liés à la pratique sage-femme et d'amorcer la construction du cadre théorique utilisé pour mon projet de recherche dans le cadre du stage.

Pendant la même session, le cours *Préparation au stage* enseigné par Michel Trépanier m'a permis, tel que son titre l'indique sans nuances, de préparer mon stage. Dans le cadre des exercices réalisés pour ce cours, j'ai ébauché mon projet de stage, défini les paramètres du projet et cristallisé mes ambitions abstraites en un plan rigoureux. Des considérations légales aux détails logistiques et de la conception du cadre théorique à la planification des activités de transfert des connaissances, les multiples étapes du stage y ont été abordées. Le cursus académique du programme *Mobilisation et transfert de connaissances* m'a ainsi permis d'acquérir des

---

<sup>3</sup> L'expression *mère porteuse* (ou *gestatrice*) réfère aux femmes qui portent un enfant pour autrui dans le cadre d'une entente avec une personne ou un couple, qui ne peut, pour divers types de raisons, porter un enfant.

connaissances théoriques et compétences pratiques particulièrement utiles pour la réalisation de mon stage.

En outre, la longue période de préparation au stage m'a permis de faire des demandes de financement et, ainsi, de mobiliser les fonds nécessaires pour mettre en œuvre mon projet de stage à l'étranger puisque l'entente de stage ne prévoyait aucune rémunération. J'ai ainsi obtenu la bourse de maîtrise du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) ainsi que le supplément Michael-Smith pour un séjour de recherche à l'étranger. Ces sources de financement m'ont permis de me rendre à Cardiff, au Royaume-Uni, pour la durée du stage, et d'effectuer un séjour de recherche en Lituanie d'une durée d'une semaine. De plus, j'ai obtenu la bourse d'excellence INRS-CRSH pour participation à un congrès scientifique, qui m'a permis d'assister à la conférence annuelle de l'Association européenne des sages-femmes ayant eu lieu à Malmö, en Suède, du 29 au 30 novembre 2019.

Finalement, j'ai pu planifier mon approche méthodologique et entreprendre les démarches nécessaires au bon déroulement des activités de recherche. Puisque je prévoyais réaliser des entretiens avec des étudiantes en pratique sage-femme, j'ai notamment obtenu un certificat d'éthique de l'INRS afin d'assurer le respect et la protection des participantes.

## **Le stage : Étude exploratoire sur le développement de la pratique sage-femme en Lituanie**

L'objectif du stage consistait à réaliser une recherche exploratoire visant à documenter la pratique sage-femme en Lituanie dans une approche socioanthropologique. Les acteurs principaux impliqués dans le projet étaient :

- La **stagiaire**, dont le rôle était de réaliser les activités de recherche et de communiquer les résultats de recherche tout en respectant les contraintes et attentes issues, d'une part, des exigences du programme de maîtrise à l'INRS et, d'autre part, des besoins du milieu de stage partenaire;
- **Laurence Charton**, superviseure de recherche, dont le rôle était de contribuer au développement du projet de stage et d'offrir du soutien quant à la réalisation des activités de recherche, particulièrement pour bâtir le cadre conceptuel et effectuer la collecte et l'analyse de données;

- **Billie Hunter**, superviseure de stage, dont le rôle consistait à contribuer à l'orientation du projet de stage afin de s'assurer qu'il corresponde aux besoins du Centre collaboratif et à offrir un soutien tout au long du stage pour faciliter l'entrée et l'intégration de la stagiaire dans le milieu de stage. Il est à noter que c'est généralement le superviseur de stage, ou un autre membre du milieu de stage, qui participe à l'évaluation de l'essai final à titre de représentant du milieu de pratique. Cependant, puisque le présent essai est rédigé en français et qu'aucun membre du Centre collaboratif n'est francophone, c'est une autre représentante du milieu de pratique qui fait partie du jury. Céline Lemay, une sage-femme québécoise que j'ai rencontrée en novembre 2019 au congrès annuel de l'Association européenne des sages-femmes, a été sollicitée et a gracieusement accepté de remplir ce rôle.

### Modalités du stage

Les activités préstage, incluant notamment la revue de la littérature initiale réalisée dans le cadre du cours *Lectures dirigées* et ayant permis de circonscrire le sujet de recherche, ont été réalisées durant l'été 2019. Les activités de stage, incluant une revue de la littérature grise, la réalisation d'entretiens avec des étudiantes sages-femmes lituaniennes, l'analyse de données et la rédaction d'un rapport et d'un feuillet d'information, ont eu lieu entre le 30 septembre et le 12 décembre 2019. Pendant cette période, j'ai travaillé à Cardiff, au Royaume-Uni, et effectué un séjour de recherche d'une semaine à Kaunas, en Lituanie, pour réaliser les entretiens en personne. Finalement, les activités post-stage, incluant les activités de transfert de connaissances et la rédaction de l'essai ont été effectuées entre le 12 décembre 2019 et la fin de l'été 2020. Un calendrier plus détaillé des activités réalisées par rapport au stage est présenté à la figure 1.

**Figure 1 : Calendrier des activités de stage**

	2019								2020								
	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.
<b>Pré-stage</b>																	
Revue de la littérature																	
Demande de certificat d'éthique																	
<b>Stage</b>																	
Revue de la littérature grise																	

Entretiens																		
Analyse des données																		
Conception des outils de mobilisation des connaissances																		
<b>Post-stage</b>																		
Activité de transfert en milieu de pratique																		
Préparation d'une activité de transfert en milieu scientifique – Conférence annulée																		
Activité de transfert en milieu scientifique – Article																		
Rédaction de l'essai																		

À Cardiff, on m'a assigné un bureau au département de pratique sage-femme de l'Université de Cardiff. Cet espace, partagé avec deux professeures du département, a été mis à ma disponibilité pendant toute la durée de mon séjour. J'avais également accès aux ressources étudiantes de l'université (incluant les bibliothèques et le soutien technique) ainsi qu'aux ressources du Centre collaboratif (incluant notamment des bases de données spécialisées et la documentation interne de l'organisme). Entre le 23 et le 30 octobre 2019, j'ai effectué un court séjour de recherche à Kaunas, en Lituanie.

Tout au long du stage, j'ai bénéficié de la supervision de Laurence Charton et Billie Hunter. La première a particulièrement soutenu mes activités de préparation du stage, incluant notamment la construction du devis de recherche et l'élaboration du cadre théorique. La seconde, quant à elle, a orienté et soutenu mes activités de recherche et de conception des produits de mobilisation des connaissances, particulièrement durant la période de stage, lorsque je me trouvais à Cardiff. J'ai alors bénéficié d'une grande liberté : Billie Hunter demeurait disponible pour répondre à mes questions, apaiser mes inquiétudes et proposer des pistes de réflexion, mais je demeurais la principale responsable du projet. Il est à noter que j'étais la première stagiaire au sein du Centre collaboratif et, tel que Billie Hunter me l'a répété à plusieurs reprises, il s'agissait d'une expérience d'apprentissage autant pour elle que pour moi.

Le 12 décembre 2019, j'ai réalisé une activité de transfert des connaissances au sein du milieu de stage sous la forme d'une présentation orale et, au mois de janvier 2020, j'ai remis à Billie Hunter deux outils de mobilisation des connaissances, soit un rapport de stage et un feuillet d'information (voir p. 35).

## Projet de recherche

Le stage réalisé au sein du Centre collaboratif visait à répondre aux besoins exprimés par Billie Hunter pour des données fiables et récentes sur la pratique sage-femme en Europe de l'Est, et plus spécifiquement en Lituanie. Dans la présente section sera présenté un sommaire du volet recherche de ce stage, incluant la problématique, la question de recherche, le cadre théorique, la méthodologie et les résultats de recherche. Ces éléments ont été décrits en détail dans le rapport de recherche, outil de mobilisation des connaissances remis à Billie Hunter à la fin du stage.

### ***Problématique et question de recherche***

Bien que la pratique sage-femme présente une certaine universalité – l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement étant pratiqué d'une façon ou d'une autre dans le monde entier depuis des siècles, voire des millénaires – elle est également caractérisée par une grande diversité. En effet, « *everywhere there exists a common concept of a person assisting at birth and caring about women and their newborns, but that is all. The midwife status is conditioned by many factors in the spheres of economic development, social stratification, the status of physicians, and the status of women in society* » (Hrešanová 2007, 379). En Europe, l'éducation et le champ de pratique des sages-femmes varient grandement en fonction des contextes politiques, sociaux et culturels (Renfrew et al. 2015).

En Europe de l'Est, le développement de la pratique sage-femme au cours du dernier siècle a notamment été influencé par le contexte sociopolitique lié au régime soviétique, caractérisé par des soins de santé maternelle médicalisés et des politiques pronatalistes (Issoupova 2012 ; Borozdina 2018). Cependant, bien que les pays d'ex-URSS partagent certains aspects de leur contexte politique historique, il est à noter qu'une large variation pouvait tout de même exister entre les différents systèmes de santé : par exemple, l'accès à l'avortement était libre en Russie, mais entièrement interdit en Roumanie, tandis que l'accès aux contraceptifs était limité dans la majorité des pays, mais tout à fait libre en Hongrie (Larivaara 2012).

La variabilité des contextes locaux est à prendre en compte dans l'étude de la pratique sage-femme afin de mieux comprendre l'identité professionnelle des sages-femmes, leur rôle au sein du système de santé et, plus largement, dans la société. En effet, Wrede et al. (2006, 2992) ont démontré que « *a country's maternity system exists against the background of political, social,*

*economic and cultural features that strongly predispose its form.* » Pour les membres du Centre collaboratif, ce type de connaissances permet de mieux comprendre les sages-femmes européennes et le contexte dans lequel elles exercent leur profession afin de contribuer au développement de la pratique sage-femme dans les différents pays de la région européenne.

Or, peu de renseignements sont disponibles sur la pratique sage-femme en Europe de l'Est (Miteniece et al. 2017). Le projet de recherche réalisé dans le cadre de ce stage vise donc à récolter des données sur la pratique sage-femme dans un pays est-européen en répondant à la question de recherche suivante : **Quel est le rôle professionnel des sages-femmes en Lituanie?** Il est à noter que le projet de recherche entrepris demeure exploratoire : il permet de répondre partiellement à cette question et pourrait être complété par des recherches supplémentaires employant des méthodologies différentes et explorant les perspectives de divers types d'acteurs, dont, par exemple, des sages-femmes praticiennes, d'autres professionnels du domaine de la santé maternelle ainsi que des mères et leurs familles.

### ***Cadre théorique***

La pratique sage-femme, et plus particulièrement son rôle au sein du système de santé et de la société en général, peut être abordée sous un angle socioanthropologique à travers, notamment, le concept de biopolitique et la théorie de la dominance professionnelle.

En effet, le concept de biopolitique de Foucault, référant à la gouvernance des populations par la régulation de la santé, du corps et de la sexualité (Bert 2011 ; Foucault 1997), fournit un outil d'analyse pour examiner le phénomène de médicalisation de la naissance en termes de relations de pouvoir (Rivard 2010 ; Pollard 2011). La régulation du corps par le biopouvoir se traduit par une préoccupation croissante pour l'état de santé, à la fois par les institutions publiques et par les individus qui intériorisent cette valeur accordée à la santé. Dans ce contexte, les professions médicales endossent un rôle autoritaire et régulent les excès, tandis que les milieux hospitaliers deviennent des sites de surveillance et de normativité.

Le phénomène de la médicalisation de la naissance peut également illustrer le concept de biopouvoir. Ce phénomène est caractérisé par le déplacement de l'accouchement de la maison vers l'hôpital, par une augmentation du nombre d'interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et par une définition de l'accouchement comme un événement *médical*, le plaçant ainsi dans la sphère du biopouvoir (Rivard 2010).

Le rôle des professionnels de la santé peut également être examiné à travers le prisme du biopouvoir. Les médecins, dont la pratique est ancrée dans le modèle biomédical et qui exercent une autorité sur l'accouchement, pourraient ainsi être considérés des agents du biopouvoir – il s'agirait d'une biopolitique *déléguée* (A. S. M. Lee et Kirkman 2008 ; Rivard 2010 ; Memmi 2010). Qu'en est-il des sages-femmes? La Confédération internationale des sages-femmes qualifie les soins prodigués par ces professionnelles comme « émancipateurs » et souligne que les soins « ont lieu en partenariat avec les femmes, ils reconnaissent le droit à l'auto-détermination et sont respectueux, personnalisés, continus et non autoritaires » (International Confederation of Midwives 2014). La pratique sage-femme, centrée sur la femme et son agentivité, pourrait-elle être considérée comme une forme de résistance au biopouvoir? Shaw (2013) propose que la pratique sage-femme contribue à l'émancipation des femmes du système de santé patriarcal et médicalisé – puisque ce système est centré sur l'intervention médicale et sous l'autorité de la profession de médecin historiquement masculine – en promouvant une vision de la grossesse et de l'accouchement comme des processus naturels et en encourageant l'*empowerment* des femmes. Cependant, Fannin (2013) soutient plutôt que la *biopolitique déléguée* puisse également être pratiquée à travers le discours des professionnels de la santé : les sages-femmes, encourageant l'agentivité de leurs patientes, pourraient jouer un rôle dans la transmission des normes de la régulation de la santé aux individus, qui adopteraient ainsi la responsabilité de surveiller et de réguler leur propre état de santé. Le concept de biopolitique de Foucault permet ainsi d'aborder le rôle des sages-femmes comme agentes insérées dans un réseau de relations de pouvoir dans toute sa complexité.

La pratique sage-femme peut également être étudiée sous l'angle de la sociologie des professions en examinant les relations interprofessionnelles dans le milieu des soins de santé maternelle (Benoit et al. 2005). Par exemple, Eliot Freidson stipule dans sa théorie de la dominance professionnelle que certains groupes professionnels – généralement les médecins dans le contexte du domaine de la santé – occupent une position dominante par rapport aux professions avoisinantes – incluant par exemple les sages-femmes dans le cas des soins de santé maternelle (Freidson 1974). Les stratégies de professionnalisation utilisées individuellement et collectivement pour obtenir et maintenir ce statut dominant peuvent être des stratégies d'exclusion (*exclusionary strategies*), lesquelles visent à exclure certains groupes ou individus d'accéder à la profession, ou des stratégies de démarcation (*demarcationary strategies*), lesquelles visent à définir et contrôler le champ de pratique de la profession et des professions connexes (Witz 2013). La médicalisation de la naissance peut, par exemple, être considérée comme une stratégie de

démarcation : la définition de l'accouchement comme un événement médical le place sous l'autorité des médecins au détriment de professions connexes comme la profession sage-femme (Witz 2013).

La position dominante des médecins dans le domaine de la santé aurait été obtenue en préservant la nature exclusive de leur savoir et de leurs compétences, et en affirmant leur autorité sur des enjeux cliniques et politiques (Benoit 1994 ; Freidson 1974 ; Calnan 2015). Cette position dominante aurait notamment été maintenue, historiquement, par l'attitude réductrice de certains médecins critiquant les sages-femmes comme peu éduquées et mal informées, voire dangereuses (Nash 2015 ; McIntosh 2013), et par des mécanismes juridiques et idéologiques. Ces derniers sont illustrés par exemple par les lois et réglementations limitant le champ de pratique des sages-femmes et favorisant la profession médicale dans de nombreux pays, attestant du soutien de ces États pour la position dominante des médecins (Hartley 2002). De plus, il existe une certaine hiérarchie des savoirs qui soutient cette relation de dominance : le savoir médical est souvent considéré comme le seul type de savoir légitime, renforçant la dominance de la profession médicale par rapport à la profession sage-femme, qui est plutôt associée à un savoir expérientiel et intuitif (Reiger 2008 ; Power 2015). Cette vision serait consolidée par une conception genrée du savoir et des professions : la profession médicale, traditionnellement masculine, est associée au savoir rationnel « masculin », tandis que la profession sage-femme, largement féminine, est associée au savoir émotionnel « féminin » (Reiger 2008). Rivard (2010) démontre que ce type de discours a été utilisé notamment au Québec pour miner l'autorité des sages-femmes : dans les années 70 et 80, « Le président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Dr Augustin Roy, rabaisse la position défendue par les femmes avec un remarquable acharnement, affirmant par exemple que les défenseuses de la reconnaissance légale des sages-femmes “tiennent un discours émotif”, tandis que les médecins “tiennent un discours scientifique” » (p. 274).

Cependant, des analyses comparatives révèlent que le contexte socio-culturel peut affecter les relations de dominance professionnelle au sein du système de santé. En effet, Bourgeault et Grignon (2013) suggèrent que le modèle de prise en charge du système de santé – privé ou étatique – peut influencer les relations interprofessionnelles. Aux États-Unis, l'importance du choix du consommateur ainsi que le pouvoir des gestionnaires cherchant à maximiser les profits auraient érodé la dominance des médecins, tandis que dans des pays où le système de santé est public et centralisé (le Canada, le Royaume-Uni et l'Australie, par exemple), les médecins auraient conservé une position dominante et une autorité sur l'organisation et la prestation des soins

(Bourgeault et Grignon 2013). En URSS, les hiérarchies liées à la profession médicale étaient quelque peu paradoxales : les médecins, collectivement, étaient sujets à la stricte autorité de l'État mais étaient également, individuellement, fortement autoritaires envers leurs patients. En effet, il n'existait pas d'ordre professionnel pour les médecins, ces derniers étaient peu autonomes, contraints par les normes et mesures imposées par le gouvernement centralisé, et ne possédaient pas un statut social particulièrement élevé (Grant 2017 ; Riska et Novelskaite 2011). Cependant, ils exerçaient à leur tour une autorité sévère sur leurs propres patients et jouissaient d'un monopole quasi-complet sur la prestation de soins de santé puisque les thérapies alternatives étaient pratiquement inexistantes (Field 1988). Une étude plus récente de la profession médicale en Lituanie par Riska et Novelskaite (2011) explore les changements issus de la transition post-soviétique, caractérisée par le développement de l'organisation professionnelle des médecins et l'introduction de certains éléments de l'économie de marché. Les autrices notent que, bien que les régulations étatiques du système de santé demeurent fortes, une économie informelle impliquant des références entre pairs, l'offre de cadeaux ou même de pots-de-vin confèrent un certain pouvoir aux professionnels ainsi qu'aux patients (Riska et Novelskaite 2011). Ces paiements informels seraient d'ailleurs davantage communs au sein de spécialités majoritairement masculines et plus prestigieuses, comme la chirurgie (Riska et Novelskaite 2008), suggérant l'existence de rapports de force genrés au sein même de la profession médicale. Ces analyses mettent en évidence le rôle de différents acteurs dans la modulation des rapports interprofessionnels, notamment les consommateurs ou utilisateurs, les gestionnaires des services de santé, ainsi que l'État. Le modèle de la dominance professionnelle n'est donc pas parfaitement homogène : les relations interprofessionnelles au sein du système de santé sont influencées par le contexte social, culturel, politique et économique.

De plus, il est à noter que la promotion plus récente de la collaboration interprofessionnelle et de la flexibilité dans les organisations de santé peut ouvrir la porte à la transformation des identités et des frontières professionnelles, permettant ainsi la résistance de certains groupes professionnels, comme les sages-femmes, à la dominance de la profession médicale (Hunter et Segrott 2014).

La théorie de la dominance professionnelle permet ainsi d'examiner la pratique sage-femme sous l'angle des relations interprofessionnelles et des relations de pouvoir dans le domaine de la santé maternelle. Toutefois, ces rapports de force s'exercent différemment dans divers contextes sociaux-culturels et sont en constante évolution.

## **Méthodologie**

La méthodologie employée dans le cadre de ce projet de recherche est de nature qualitative, combinant l'analyse de sources documentaires et l'analyse d'entretiens semi-dirigés avec des étudiantes en pratique sage-femme dans une approche inductive. Cette méthodologie a permis d'explorer le thème de la pratique sage-femme en Lituanie aux niveaux *macro*, incluant notamment le contexte historique et géopolitique, et *méso*, abordant par exemple la structure des programmes éducatifs en pratique sage-femme et les relations interprofessionnelles dans le domaine des soins de santé maternelle. Cette approche est d'ailleurs privilégiée par Wrede et al. (2006) qui soulèvent l'importance de tenir compte des contextes sociaux et culturels locaux dans l'étude comparative des services de santé.

### *Revue de la littérature*

D'abord, une revue de la littérature a été réalisée dans le cadre du cours *Lectures dirigées* réalisé sous la supervision de L. Charton afin d'explorer les facettes historiques, politiques, sociales et culturelles de la pratique sage-femme et de la santé maternelle en Europe de l'Est. Entre les mois de juillet et septembre 2019, j'ai interrogé les bases de données *Google Scholar* et *Scopus* afin de repérer les publications pertinentes. Les mots-clés présentés au tableau 1 ont été utilisés, ainsi que leur traduction en anglais, afin d'explorer les thèmes liés à la santé maternelle, à la pratique sage-femme et à la région est-européenne. La recherche a été complétée en examinant les bibliographies des textes repérés pour des publications portant sur des sujets similaires. Aucune limite de date de publication n'a été imposée afin de maximiser le nombre de textes repérés, puisqu'il n'existe que très peu de publications sur le sujet (Miteniece et al. 2017). De plus, des publications moins récentes – utilisées de façon critique et nuancée – peuvent tout de même fournir des informations précieuses, particulièrement sur le contexte historique.

**Tableau 1 : Mots-clés utilisés pour la revue de la littérature**

<b>Santé maternelle</b>	<b>Pratique sage-femme</b>	<b>Région est-européenne</b>
Santé maternelle	Pratique sage-femme	Europe de l'Est
Santé prénatale	Champ de pratique sage-	Europe centrale
Santé périnatale	femme	Ex-URSS
Grossesse	Éducation des sages-	Baltiques
Accouchement	femmes	Caucase
Obstétri*		

Vingt-neuf textes ont été sélectionnés après la lecture de leur résumé, puis trois publications ont été éliminées à la suite de la lecture du texte complet puisqu'elles ne correspondaient pas aux objectifs de cette revue de la littérature. Vingt-six publications ont donc finalement été retenues dans le cadre de cet exercice. Un rapport résumant le propos de chaque texte et établissant des liens entre eux a été produit dans le cadre du cours *Lectures dirigées*, et également remis à Billie Hunter. Les renseignements recueillis par le biais de cette revue de la littérature ont été repris à nouveau dans le rapport de recherche final.

### *Analyse de la littérature grise*

Les données collectées lors de la revue de littérature ont ensuite été enrichies par la collecte et l'analyse de sources documentaires primaires, telles que des rapports et des textes législatifs, concernant la pratique sage-femme spécifiquement en Lituanie. Ces publications ont été repérées en utilisant les mêmes mots-clés que pour la première revue de littérature sur la base de données *Google*. Les résultats de cet exercice n'ont pas fait l'objet d'une analyse systématique, mais ont plutôt permis de combler les lacunes de la première revue de littérature et de répondre aux besoins plus précis exprimés par Billie Hunter. Les informations collectées à cette étape portaient, par exemple, sur les taux de morbidité et de mortalité maternelle en Lituanie, sur le nombre de sages-femmes pratiquant dans ce pays, ou encore sur la structure des programmes académiques de pratique sage-femme. Il est à noter que la majorité de ces publications issues de la littérature grise étaient rédigées en anglais. La Lituanie faisant partie de l'Union Européenne (UE), plusieurs organismes gouvernementaux traduisent les documents qu'ils produisent dans les langues officielles de l'UE, dont l'anglais. Pour quelques textes disponibles uniquement en lituanien, notamment les textes de loi, le contenu a été traduit sommairement via l'outil libre d'accès *Google Translate*, puis les informations qui en ont été tirées ont été confirmées verbalement lors d'échanges avec les étudiantes en pratique sage-femme lituaniennes. Toutefois, ces enjeux liés à la langue signifient que je n'ai eu accès qu'à une partie de la littérature grise, soit les publications disponibles librement et identifiables à partir de mots-clés en français ou en anglais.

### *Entretiens*

Finalement, six étudiantes en pratique sage-femme ont été interviewées à Kaunas, en Lituanie, afin de mieux comprendre leur perception et leur expérience de l'éducation et de la pratique sage-

femme. J'ai fait le choix de réaliser les entretiens avec des étudiantes plutôt qu'avec des sages-femmes praticiennes pour diverses raisons. D'abord, les étudiantes, généralement plus jeunes que les praticiennes, étaient plus susceptibles de parler anglais et de pouvoir participer aux entretiens. Ensuite, cela a permis de circonscrire la population visée et de faciliter le recrutement. Finalement, les étudiantes sages-femmes peuvent témoigner d'éléments liés à la pratique sage-femme en Lituanie qui ont récemment émergé, comme les programmes d'éducation au niveau universitaire développés dans les dernières années, ou encore la légalisation des accouchements à domicile.

Les répondantes ont été recrutées dans deux institutions académiques, soit l'Université lituanienne des sciences de la santé (*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*) et le Collège de Kaunas (*Kauno Kolegijos*). La première est une université, c'est-à-dire un établissement d'études supérieures offrant des programmes universitaires, tandis que la seconde est un collège, un établissement d'études supérieures offrant des programmes professionnels ou de recherche appliquée. Le programme universitaire en pratique sage-femme est d'une durée de quatre ans à temps plein, tandis que le programme collégial est d'une durée de trois ans et demi. Les deux types de programmes mènent à l'accréditation permettant aux graduées de pratiquer le métier de sage-femme.

Des personnes-clés pouvant prendre contact avec les étudiantes en pratique sage-femme ont été contactés dans chacun de ces établissements pour faciliter le recrutement des répondantes. Aurelija Blaževičienė et Alina Vaškelytė, professeures à l'Université lituanienne des sciences de la santé, ainsi que Povilas Beseckas, coordonnateur international au Collège de Kaunas, ont ainsi diffusé de la documentation et organisé des rencontres d'information avec les étudiantes en pratique sage-femme de leurs établissements afin de faciliter mes activités de recherche. Les critères de sélection pour les participantes étaient 1) déclarer avoir une connaissance de l'anglais suffisante pour tenir une conversation et 2) avoir complété au moins un an de son programme d'éducation en pratique sage-femme. Une méthode d'échantillonnage de convenance a été employée : pour chacune des deux institutions académiques ciblées, les trois premières étudiantes qui ont exprimé leur intérêt ont été sélectionnées. Les six répondantes étaient des femmes, âgées de 20 à 27 ans, et étudiant en deuxième, troisième, ou quatrième année d'un programme d'éducation en pratique sage-femme au moment de l'entrevue.

L'objectif des entretiens était d'explorer l'identité professionnelle des répondantes par une analyse thématique de leurs réponses à des questions portant sur 1) leurs motivations pour devenir sage-

femme; 2) leur expérience et leur perception de l'éducation et de la pratique sage-femme en Lituanie et 3) leur compréhension des relations interprofessionnelles dans le domaine de la santé maternelle (voir le schéma d'entretien à l'Annexe I).

Si la documentation destinée aux participantes (lettre d'invitation, lettre d'information et formulaire de consentement) était traduite en lituanien pour assurer le consentement libre et éclairé des participantes, les entretiens ont été réalisés en anglais. Ces entretiens, d'une durée d'environ 30 à 60 minutes, ont été réalisés dans des lieux publics choisis par les répondantes. Un certificat d'éthique a été obtenu à l'INRS afin d'assurer la protection des participantes à ce volet du projet de recherche.

### ***Limitations***

Il est à noter que le projet de recherche comporte des limitations issues notamment des contraintes de temps et de ressources. Par exemple, seuls six entretiens semi-dirigés ont été effectués – une décision prise en fonction de mes capacités : j'ai dû organiser, réaliser, enregistrer, transcrire et analyser ces entretiens moi-même en l'espace d'environ quatre semaines. Bien que le petit nombre de répondants introduise des limitations méthodologiques, ces entretiens ont tout de même permis d'enrichir ma recherche en examinant la perspective d'étudiantes en pratique sage-femme, des actrices de premier plan dans le domaine étudié qui ont pu témoigner de leur expérience de l'éducation et de la pratique sage-femme – particulièrement pour celles en troisième ou quatrième année de leur programme ayant fait des ateliers ou des stages cliniques. Cependant, le petit nombre d'entretiens signifie que les participantes ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des étudiantes en pratique sage-femme lituaniennes et que les renseignements récoltés lors de ces entretiens doivent être analysés avec précaution, sans généralisation abusive.

De plus, les entretiens ont été réalisés en anglais, qui est la seconde ou troisième langue des répondantes. La décision de réaliser les entretiens dans cette langue a été prise en fonction de contraintes liées aux ressources : je ne disposais ni du temps requis pour recruter un interprète qualifié et disponible pour chacun des entretiens ni du budget nécessaire pour le rémunérer. Les résultats de recherche issus des entretiens ont probablement été affectés par la langue utilisée. En effet, la littérature montre que, particulièrement dans le domaine de la santé, le vocabulaire utilisé pour décrire des concepts précis n'existe pas toujours dans toutes les langues (Squires

2009). Par exemple, en lituanien, le terme *akušerija* signifie à la fois « pratique sage-femme » et « obstétrique » – une distinction importante pour différencier la profession sage-femme de la profession médicale. De plus, certains auteurs suggèrent que la langue de l'entretien peut avoir un effet psychodynamique sur les participants : « *language sometimes colors people's interpretation of survey items, as well as the memories, ideas, and beliefs they develop and store in memory* » (T. Lee et Pérez 2014, 404). Ainsi, la langue utilisée dans le cadre de l'entretien peut avoir des effets subtils sur les données collectées, en affectant non seulement la compréhension des questions par les répondants, mais également leurs pensées et réflexions. Ces effets psychodynamiques n'affectent pas nécessairement de façon positive ou négative les résultats de recherche : les informations collectées lors d'entretiens réalisés dans une langue sont simplement différentes de celles qui auraient été obtenues si les entretiens avaient été menés dans une autre langue. D'autres recherches ont porté sur le volume d'informations transmis par les répondants en fonction de la langue de l'entretien : une analyse d'entretiens réalisés avec des répondants chinois soit dans leur langue maternelle, soit en anglais a révélé que les participants ont partagé plus d'informations, surtout de nature personnelle, à l'interviewer qui parlait anglais (Cortazzi, Pilcher et Jin 2011). La langue de l'entretien pourrait donc influencer le volume d'information partagé, les termes utilisés ainsi que la perception, les idées ou les souvenirs des répondants. Les données obtenues des entretiens doivent donc être analysées de façon critique et nuancée.

## **Résultats de recherche**

Les résultats de ce projet de recherche permettent de mieux comprendre la pratique sage-femme en Lituanie en explorant le contexte historique du développement de la pratique sage-femme en Europe de l'Est, particulièrement en ce qui a trait à l'ère soviétique, le système de santé maternelle lituanien, ainsi que l'identité professionnelle des étudiantes sages-femmes ayant participé à la recherche.

### ***Contexte historique : Les soins de santé maternelle sous le régime soviétique***

La revue de la littérature et l'analyse de sources documentaires primaires effectuées révèlent que la pratique sage-femme en Europe de l'Est et Europe centrale a été développée dans un contexte marqué par le régime soviétique, qui favorisait l'augmentation du taux de fécondité par de fortes

politiques pronatalistes et la glorification de la maternité comme un devoir envers la nation<sup>4</sup> (Frejka et al. 2016 ; Issoupova 2012 ; Marsh 2004). Les femmes étaient ainsi vues comme les « régénératrices » de la nation soviétique, dont la responsabilité était d'assurer la croissance de la population (Marsh 2004). À l'époque soviétique, le système de soins de santé était gratuit et universel, mais également limité par le manque d'accès aux avancées médicales et technologiques de l'Ouest et fortement centralisé : les procédures médicales établies à Moscou étaient imposées sur l'ensemble du territoire, sans tenir compte du contexte local (Glatleider 2006 ; Rechel et McKee 2009 ; Chalmers 2005). De même, les soins de santé maternelle étaient articulés autour d'un modèle médicalisé de la naissance, imposé par l'État de façon à favoriser la standardisation des soins et le maintien de son autorité sur la naissance (Borozdina 2018 ; Chalmers 2005). Dans ce contexte, les sages-femmes étaient généralement considérées comme des assistantes plutôt que des praticiennes autonomes (Chalmers 2005 ; Issoupova 2012).

Après la chute de l'Union soviétique en 1991, les systèmes de santé dans les pays d'Europe de l'Est et centrale demeurent affectés par ce contexte historique : les soins de santé maternelle sont souvent caractérisés par de haut taux d'hospitalisation et d'intervention médicale, ainsi que par des problèmes liés à l'accessibilité et à la qualité inégale des soins (Glatleider 2006 ; Miteniece et al. 2017). La pratique sage-femme demeure particulièrement sous-développée dans cette région, affectée notamment par le manque de ressources éducatives et de strictes contraintes législatives, menant parfois à l'emprisonnement de sages-femmes pour leurs actions dans le cadre de leur pratique, notamment dans le cas d'accouchements à domicile – planifiés ou non – dans des pays où ces derniers sont interdits par la loi (Mivšek, Baškova et Wilhelmova 2016 ; Renfrew et al. 2015 ; Stromerova 2012).

### ***La pratique sage-femme en Lituanie***

Bien que les soins de santé maternelle en Lituanie demeuraient jusqu'à récemment sous l'égide des médecins, les sages-femmes ont gagné un degré d'autonomie et de reconnaissance publique dans les dernières années, notamment grâce au développement de programmes collégiaux et universitaires en pratique sage-femme et à l'adoption de lois permettant aux sages-femmes de

---

<sup>4</sup> Il est à noter que l'expérience des femmes en URSS était différenciée en fonction de divers facteurs, dont l'origine ethnique : par exemple, si les femmes russes étaient fortement encouragées à avoir des enfants, certaines campagnes politiques visaient plutôt la réduction du taux de fécondité des femmes d'Asie centrale (Marsh 2004). Il existe donc une pluralité d'expériences des femmes soviétiques : « *it is very difficult to generalize about women's experience in the former Soviet Union, which is an area of tremendous disparity, chaos and dislocation* » (Marsh 2004, 78).

prodiguer des soins anténataux de façon indépendante aux femmes enceintes présentant peu de risques qui choisissent les services d'une sage-femme (Bartuseviciene et al. 2018 ; Praxmarer-Fernande et al. 2017 ; Lietuvos Respublikos Seimas [Parlement de la Lituanie] 2014). Ce sont cependant les médecins obstétriciens qui assurent les soins de toutes les femmes enceintes qui présentent des risques importants ou qui en développent en cours de grossesse (Bartuseviciene et al. 2018). Il est à noter qu'en Lituanie, plus des deux tiers des médecins sont de sexe féminin, soit 69,6 % en 2013, comparativement à 46,5 % au Royaume-Uni ou 42,8 % en France pour la même période (World Health Organization 2020a). Cette forte proportion de femmes pourrait être un héritage de la période soviétique : en URSS, les femmes étaient largement majoritaires dans la profession médicale, laquelle était peu rémunérée et généralement peu prestigieuse (Grant 2017 ; Pringle 1998). Toutefois, il est à noter que des différences de genre existent au sein même de la profession médicale en Lituanie : les spécialités majoritairement féminines, comme la pédiatrie, sont considérées comme moins prestigieuses et sont associées à des caractéristiques traditionnellement féminines telles que l'empathie et l'écoute, tandis que les spécialités majoritairement masculines, comme la chirurgie, sont plus prestigieuses et associées à des attributs traditionnellement masculins, tels que la force et l'endurance (Riska et Novelskaite 2008).

Les entretiens réalisés ont permis d'enrichir ces données en explorant la perspective de six étudiantes en pratique sage-femme lituaniennes. Les informations collectées lors de ces entretiens suggèrent que les étudiantes interviewées voient la pratique sage-femme comme une profession médicale, ancrée dans l'univers biomédical, mais également caractérisée par une approche unique centrée sur la femme.

En effet, les répondantes associent clairement la pratique sage-femme aux professions médicales et à l'environnement hospitalier dans leur discours. En expliquant sa motivation pour devenir sage-femme, l'une d'entre elles affirme notamment qu'une sage-femme est « *the part between doctor and nurse, it's like in the middle* » (répondante A2). Il s'agit donc d'une profession qui lui permet de travailler dans le milieu hospitalier, comme un médecin ou une infirmière, tout en assumant davantage de responsabilités qu'une infirmière. La profession sage-femme serait donc située, selon cette répondante, sur un continuum entre deux professions ancrées dans le modèle biomédical, la médecine et les soins infirmiers. De plus, les étudiantes interviewées accordent une grande valeur à leur diplôme d'études, obtenu dans la faculté médicale ou la faculté de sciences infirmières, particulièrement en contraste avec les *doulas*, des accompagnantes de grossesse et de naissance qui n'ont pas besoin de diplôme collégial ou universitaire pour pratiquer. Une répondante indique par exemple : « *midwives and doulas don't really get along*

*because, well, we have a medical degree and they don't* » (B1). On remarque ainsi que, pour les répondantes, la pratique sage-femme est une profession médicale, caractérisée notamment par l'exigence d'un diplôme médical.

Cette approche biomédicale adoptée par les participantes s'étend également à leur vision de la naissance comme un événement appartenant au milieu hospitalier. En Lituanie, la très vaste majorité des accouchements ont lieu dans des hôpitaux. Les accouchements à domicile ont été légalisés en 2019, mais sont toujours perçus comme dangereux. Une répondante explique ainsi que les accouchements à domicile ne sont pas fréquents « *because it's hard to find a midwife who would deliver a child at home [...] because all the equipment is in the hospitals and you don't have it at home, and the midwives are just afraid of losing the baby and all the responsibility* » (B1). La vision de la naissance est donc particulièrement centrée sur la gestion du risque et le potentiel d'intervention médicale, particulièrement en lien avec la responsabilité endossée par la sage-femme lorsqu'elle assiste une femme qui accouche.

Cependant, les répondantes distinguent la pratique sage-femme de celle des autres professionnels médicaux en soulignant leur approche unique, centrée sur la femme et son expérience personnelle. En effet, lors des entretiens, deux étudiantes ont contrasté les approches des sages-femmes et des médecins, soulignant que ces premières voient la naissance comme un événement naturel, tandis que ces derniers y voient plutôt une intervention médicale. Une de ces répondantes explique par exemple que « *midwives usually see it more like a happy experience [...] a normal thing a human body does. And doctors usually see, like, the mechanic action. So, there's a pregnant lady, she has the baby, that's it. Or surgeries: we pop the baby out; we pop the baby out and that's all* » (A3). De plus, deux autres participantes ont mentionné la relation particulière entre la sage-femme et la mère, qui naît d'un contact plus continu et prolongé. Bien qu'elles aient peu d'expérience pratique, les répondantes tirent ces observations à la fois de leur formation académique, qui inclut notamment des cours de psychologie, de leurs discussions avec leurs professeures et collègues plus expérimentées, et de leurs propres expériences de stage en milieu clinique. Ainsi, si la pratique sage-femme est vue par les répondantes comme une profession médicale, elle se distinguerait également des autres professions du domaine de la santé par sa vision holistique particulière.

Il est possible d'analyser ces éléments de l'identité professionnelle des répondantes comme des stratégies de professionnalisation décrites dans le cadre théorique (voir p. 23), utilisées pour légitimer et distinguer leur profession. Par exemple, l'accent mis sur le diplôme d'études

supérieures peut être vue comme à la fois une stratégie d'inclusion (*inclusionary strategy*) et une stratégie d'exclusion (*exclusionary strategy*) : cela contribue à l'inclusion des sages-femmes dans le domaine biomédical des soins de santé maternelle, tout en excluant les professionnels non médicaux, tels que les *doulas*.

Les résultats de recherche révèlent ainsi que la pratique sage-femme en Lituanie s'est développée dans un contexte sociopolitique particulier, marqué notamment par la médicalisation de la naissance, des politiques natalistes et un statut inférieur accordé aux sages-femmes. Aujourd'hui, bien que la pratique sage-femme soit en transformation, notamment par le développement de programmes d'éducation supérieure, l'introduction de législations élargissant leur champ de pratique et la croissance de leur autonomie professionnelle, les étudiantes sages-femmes semblent conserver une vision médicalisée de la naissance et de leur profession.

### **Produits de mobilisation des connaissances**

Afin de favoriser la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche au sein du milieu de stage, deux différents outils de mobilisation des connaissances ont été produits, soit un rapport de recherche et un feuillet d'information. Cette stratégie a été adoptée notamment à la lumière des observations de Lavis et al. (2005), qui ont démontré que les décideurs et gestionnaires du domaine de la santé préfèrent des données présentées dans de multiples formats afin d'optimiser leur utilisation par différents types de publics et dans différents contextes.

Ces deux outils ont été créés en tenant compte des six grands principes énoncés par Cook, Cook et Landrum (2013) qui favorisent la production de messages qui seront compris, maîtrisés et utilisés par le public cible : la simplicité, l'inattendu, la concrétude, la crédibilité, l'émotion et la présence d'une histoire. Par exemple, le rapport de recherche est particulièrement crédible puisqu'il détaille la méthodologie scientifique de la recherche et déploie un argumentaire soutenu par des sources fiables. Le feuillet d'information, quant à lui, est plus simple et concret. Le texte est concis, présenté de façon simplifiée et aisément lisible. Les informations qui s'y trouvent sont directement applicables aux activités concrètes des membres du Centre. Les deux produits de mobilisation de connaissances sont ainsi complémentaires, chacun intégrant davantage l'un ou l'autre des principes énoncés ci-haut.

## ***Rapport de recherche***

Le rapport de recherche (dont la table des matières est reproduite à l'Annexe II), rédigé en anglais, comporte 27 pages et détaille la problématique, le cadre théorique, la méthodologie de recherche ainsi que les résultats de recherche. Il s'agit de l'outil de mobilisation des connaissances le plus complet, donnant au lecteur une vue d'ensemble du projet et fournissant des informations précises sur l'ensemble du processus de recherche. Ce rapport a été remis à Billie Hunter et a été mis à la disposition des membres du Centre collaboratif qui souhaiteraient le consulter.

L'objectif principal du rapport de recherche est de préserver des traces du stage dans son ensemble, permettant ainsi aux membres du Centre collaboratif de mieux s'approprier les résultats de recherche en prenant conscience des différentes étapes du projet et de ses limitations. De plus, le rapport de stage permettra de fournir des outils aux membres du Centre collaboratif s'ils souhaitent poursuivre ce projet ou entreprendre un projet de recherche similaire dans le futur. En effet, tel que décrit précédemment (voir p. 15), le projet initialement envisagé consistait à documenter la pratique sage-femme dans l'ensemble de la région est-européenne afin de répondre aux besoins du milieu d'accueil tels qu'exprimés par Billie Hunter. Puisque nous avons circonscrit nos activités de recherche à un seul pays dans le cadre de ce stage, il serait possible pour les membres du Centre collaboratif ou leurs partenaires de mener des projets de recherche complémentaires portant sur d'autres pays afin de poursuivre progressivement la réalisation d'un portrait de la pratique sage-femme en Europe de l'Est.

## ***Feuillelet d'information***

Un court feuillelet d'information (voir Annexe III) a également été créé afin de transmettre certains résultats de recherche ciblés de façon claire et concise, dans un format compact et pratique. Les rubriques du feuillelet ont été choisies en collaboration avec la directrice du Centre, Billie Hunter, afin d'arrimer ce produit de mobilisation des connaissances aux besoins précis des membres du Centre. Ainsi, le feuillelet d'information consiste en une page recto verso : la première page comprend des statistiques et de courts énoncés sur la santé maternelle, le système de santé, l'éducation des sages-femmes et la pratique des sages-femmes en Lituanie, tandis que la deuxième page comporte quatre courts paragraphes permettant d'approfondir les sujets du contexte historique, des études collégiales et universitaires, des accouchements à domicile et des *doulas*. Une attention particulière a été accordée à la mise en page de ce produit afin d'en favoriser

la lisibilité : la disposition des blocs de texte est aérée et constante, l'usage de couleurs permet de mettre en évidence les titres et d'attirer le regard, et des graphiques permettent de mieux visualiser les statistiques présentées.

L'objectif principal du feuillet d'information était de créer un document de référence court et efficace permettant aux membres du Centre de se familiariser avec le contexte lituanien lorsqu'elles auraient à planifier ou réaliser des interventions dans ce pays. De plus, ce feuillet pourra dans le futur devenir un modèle pour la création d'une série de documents semblables sur différents pays ou régions afin de constituer une collection de feuillets d'information disponible pour soutenir les activités du Centre à l'international.

## CHAPITRE II

### LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES DE MONTRÉAL À CARDIFF

Le programme *Mobilisation et transfert des connaissances* prévoit la réalisation par l'étudiant de deux activités de transfert de connaissances en lien avec le stage afin d'explorer cette facette du rôle de l'agent d'interface. Les activités de transfert des connaissances doivent viser des publics différents : d'une part, les membres du milieu de pratique où a été réalisé le stage et, d'autre part, la communauté scientifique.

#### **Transfert de connaissances au sein du milieu de stage**

Les produits de mobilisation des connaissances décrits au chapitre précédent (voir p. 35) constituent une première forme de transfert de connaissances réalisé dans le milieu de stage : ces produits permettent de partager les résultats de la recherche de façon asynchrone puisqu'ils demeurent disponibles aux membres du Centre collaboratif après la fin du stage.

Une activité a également été organisée afin de partager les connaissances issues du projet de recherche dans le cadre d'un événement regroupant la stagiaire, les membres du Centre collaboratif et leurs partenaires. L'activité de transfert de connaissances au sein du milieu de stage a été organisée en collaboration avec Billie Hunter à la toute fin de mon séjour à Cardiff, le 12 décembre 2019. Prenant la forme d'une présentation orale d'une durée d'environ 30 minutes accompagnée d'un support visuel (dont quelques diapositives sont reproduites à l'Annexe IV) et suivie d'une discussion informelle d'une durée d'environ 45 minutes, cette activité, tenue dans les locaux de l'université de Cardiff, était destinée aux membres du Centre collaboratif, mais également ouverte au public. Une vingtaine de personnes ont assisté à la présentation, incluant les membres du Centre collaboratif, mais également des professeures du département de pratique sage-femme et du département de soins infirmiers, ainsi qu'une étudiante au doctorat. Organisée sur l'heure du midi, l'activité a été doublée d'un repas de type *potluck*, où chacun apporte un plat à partager, et a fait office de repas d'adieu pour marquer la fin de mon stage et mon départ de Cardiff. Ce cadre plus informel, commun au sein d'une petite équipe chaleureuse telle que celle du Centre collaboratif, était particulièrement propice aux échanges et la période de discussion suivant la présentation fût très riche en questionnements et en réflexions.

Cette activité de transfert des connaissances avait un objectif triple, soit de :

- présenter les résultats du projet de recherche sur la pratique sage-femme en Lituanie;
- souligner l'apport de la recherche en sciences sociales au domaine des sciences de la santé, et plus particulièrement à la recherche liée à la pratique sage-femme;
- faire connaître les produits de mobilisation des connaissances réalisés dans le cadre du stage.

Afin d'atteindre ces objectifs, j'ai adapté le contenu de la présentation au public cible, composé principalement de sages-femmes praticiennes, dont la scolarité est surtout ancrée dans les disciplines biomédicales et qui n'ont eu que peu d'exposition aux sciences sociales. Ainsi, j'ai porté une attention particulière à la vulgarisation de mon cadre théorique et de la méthodologie de recherche qualitative, afin de faciliter la compréhension du processus de recherche ayant mené à l'obtention des résultats. De plus, j'ai présenté les produits de mobilisation des connaissances réalisés, soit le rapport de recherche et le feuillet d'information, et souligné que ceux-ci demeureraient disponibles librement pour tous les membres du Centre collaboratif. Finalement, afin de mettre l'accent sur le lien entre la recherche réalisée et les interventions du Centre collaboratif, j'ai terminé la présentation avec des questions ouvertes portant sur l'avenir de ce projet de recherche, notamment sur l'utilisation des résultats de recherche dans le cadre des interventions du Centre collaboratif et sur des pistes de réflexion pour compléter et enrichir ces résultats.

La discussion qui a suivi ma présentation fut animée, pertinente, et particulièrement enrichie par la diversité de l'auditoire, dont les membres ont puisé dans leurs vécus et dans leurs domaines d'expertise pour remettre en question, commenter et bonifier la présentation. En effet, les membres du public ont posé plusieurs questions sur la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche, ont comparé les résultats obtenus avec leurs propres observations sur le terrain, non seulement en Lituanie, mais également dans d'autres pays européens, et ont tracé des parallèles avec des projets de recherche entièrement différents. Par exemple, une professeure du département de soins infirmiers a souligné les points de convergence entre le phénomène de la médicalisation de la naissance dans les unités d'obstétriques et la médicalisation du décès dans les unités des soins palliatifs, remarquant l'omniprésence de la médicalisation durant le cycle de la vie, de la naissance à la mort. Billie Hunter, quant à elle, a partagé ses impressions quant à la réaction des sages-femmes lituaniennes à la légalisation de l'accouchement à domicile : lorsque cette loi a été annoncée, elle a été étonnée par la réaction négative de ses collègues sages-femmes en Lituanie, qui exprimaient des craintes pour le bien-être des mères et des

nouveau-nés. Billie Hunter a reconnu dans cette expérience une illustration de la vision médicalisée de la naissance de cette sage-femme – qui rappelle l’identité professionnelle médicalisée des étudiantes sages-femmes telle qu’explorée dans les entretiens réalisés à Kaunas – en contraste avec sa propre identité professionnelle plutôt centrée sur l’accompagnement de la naissance comme un événement naturel qui ne requiert que rarement des interventions médicales. Ces discussions illustrent bien, selon moi, l’amorce du processus d’appropriation des résultats de la recherche par les membres du Centre collaboratif : elles ont su approfondir leur compréhension des résultats en créant des liens avec leurs propres expériences et expertises.

Ainsi, l’activité de transfert de connaissances dans le milieu de stage fut un succès, permettant de faire connaître le processus de recherche et les résultats obtenus. Cependant, il est à noter que le transfert de connaissances déborde de cette activité nettement délimitée : tout au long du stage, dans mes interactions avec les membres du Centre collaboratif et leurs collègues universitaires, un transfert de connaissances bidirectionnel certes moins formel, mais à mon avis tout aussi efficace, a également pris place.

Par ma simple présence dans le milieu de travail des professeures de pratique sage-femme, par mes observations, par mes discussions, j’ai eu l’occasion d’absorber des renseignements précieux sur la pratique sage-femme : la philosophie qui la sous-tend, les luttes pour la reconnaissance de ce groupe professionnel dans les sphères sociale et politique, ou les défis associés à la pratique de ce travail exigeant en proximité avec un événement chargé d’émotivité, entre autres. Par exemple, lors d’un dîner dans la salle commune des employés du département des sciences de la santé de *Cardiff University*, j’ai été témoin d’une discussion tout à fait inopinée entre deux professeures sur les défis des sages-femmes travaillant en milieu hospitalier, qui font parfois face à des obstacles quant à l’obtention de promotions, à une restriction de leur champ d’activité professionnelle, voire à des pertes d’emploi. Une professeure a alors affirmé que les sages-femmes « ne sont pas assez fortes, en tant que profession », tandis que la seconde ajoutait que c’est probablement « parce qu’il s’agit d’une profession féminine, les sages-femmes ne veulent pas créer de remous » au sein de leur milieu de travail<sup>5</sup>. Après des mois de lecture sur l’histoire de la pratique sage-femme et sur la sociologie des professions, voilà que les enjeux théoriques concernant les interactions entre divers groupes professionnels au sein des services de santé et sur les rapports de genre étaient articulés par des acteurs directement impliqués dans l’univers de la pratique sage-femme dans le contexte britannique. Ces observations, réalisées de

---

<sup>5</sup> Traduction libre de propos entendus en contexte informel et transcrits le 14 octobre 2019

façon informelle tout au long du stage, m'ont permis d'approfondir ma compréhension de l'identité professionnelle sage-femme, cristallisée dans le discours des sages-femmes elles-mêmes. En effet, « *people often use narratives, stories, dialogues, and conversations as a conduit for identity work* » (Caza, Vough et Puranik 2018, 891). Ces conversations informelles constituent donc une source riche de données pour mieux comprendre l'identité professionnelle des sages-femmes et les enjeux liés à leur profession. Ce type d'observation, rendu possible par mon immersion dans le milieu de stage, a permis de solidifier mes acquis théoriques, de les ancrer dans un contexte plus concret et de les associer aux savoirs expérientiels des sages-femmes de mon entourage – il s'agit ainsi d'une forme de transfert de connaissances informelle.

De plus, de nombreuses personnes rencontrées tout au long de mon cheminement – les professeures avec qui je partageais un bureau, les étudiantes sages-femmes rencontrées en Lituanie, et même les agents administratifs de l'université – ont fait preuve d'une grande curiosité et ont posé des questions sur mon parcours, sur mon stage, sur mes objectifs de recherche. J'ai ainsi partagé à de multiples reprises et auprès de différents types d'acteurs – directement impliqués ou non dans le milieu de stage – les objectifs de mon projet de recherche ou certains résultats de recherche.

Finalement, en assistant à la conférence annuelle de l'Association européenne des sages-femmes, j'ai pu explorer des enjeux connexes à mon sujet de recherche – les pratiques pédagogiques dans les programmes collégiaux et universitaires, l'implication communautaire des sages-femmes ou les meilleures pratiques dans le domaine des soins de santé maternelle, par exemple – approfondissant ainsi ma compréhension de la pratique sage-femme. Ce fut également l'occasion de rencontrer des sages-femmes provenant de différents pays européens, favorisant l'adoption d'une approche comparative et la compréhension de la diversité des pratiques sages-femmes.

Le transfert de connaissances au sein du milieu de stage fut donc, à mon avis, multidirectionnel et présent tout au long du stage, non pas confiné uniquement à l'activité organisée spécifiquement à cette fin.

### **Transfert de connaissances auprès de la communauté scientifique**

La seconde activité de transfert de connaissances a pour public cible la communauté scientifique. Son organisation a été marquée par de nombreux imprévus. Souhaitant participer à une

conférence à l'étranger afin de poursuivre l'aspect international de mon projet, j'ai soumis une proposition de communication au *Health Humanities Consortium 2020*, organisé à l'Université Vanderbilt, à Nashville (Tennessee), du 26 au 28 mars 2020. Ma proposition a heureusement été acceptée et j'ai entrepris les démarches d'organisation de mon séjour sur les lieux de la conférence.

Or, au début du mois de mars, le comité d'organisation de l'événement s'est trouvé dans l'obligation d'annuler la conférence pour deux principales raisons. D'abord, l'hiver 2020 étant marqué par la propagation mondiale du virus COVID-19, et de nombreux intervenants invités à la conférence provenant de régions désignées par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) comme des zones à risque de niveau 3, le regroupement de nombreuses personnes issues de différentes régions du monde dans un espace restreint présentait des risques importants. De plus, une tornade a dévasté le centre du Tennessee au matin du 3 mars 2020, causant des dommages matériels ainsi que des fatalités. Bien que la tornade n'ait pas directement affecté l'environnement bâti de l'Université Vanderbilt, plusieurs participants à la conférence ont été touchés par cette tragédie.

Suite à l'annulation de cette conférence, j'ai orienté mes recherches vers des événements plus locaux qui, je l'espérais, seraient peut-être moins affectés par la crise COVID-19 dont nul ne pouvait anticiper l'ampleur à l'époque. J'ai donc soumis en catastrophe, la veille de la date limite, une proposition d'affiche au colloque *L'approche partenariale en recherche : vers une démocratisation de la science* du congrès 2020 de l'Acfas qui devait avoir lieu à l'Université de Sherbrooke du 4 au 8 mai 2020. Toutefois, avant même de recevoir une réponse des organisateurs du colloque, cet événement a été, à son tour, annulé à cause de la pandémie.

Face aux contraintes d'une pandémie ayant forcé le monde entier à limiter les contacts physiques, je me suis finalement tournée vers le médium écrit pour explorer de nouveaux formats d'activités de transfert de connaissances. Ayant rencontré Victoria Vivilaki, éditrice-en-chef du *European Journal of Midwifery*, lors de mon stage, j'ai examiné les appels à communication de ce journal scientifique et ai été bien soulagée de découvrir la possibilité d'y publier un *short report*, soit une courte publication visant à partager les résultats préliminaires ou sommaires d'une recherche. J'ai ainsi décidé d'y soumettre un article présentant certains résultats de recherche ciblés.

Mon article, intitulé *The professional identity of Lithuanian midwifery students: An exploratory study*, a été soumis en ligne le 2 juin 2020 et accepté pour publication le 14 septembre 2020. La rédaction de cet article a présenté des défis distincts de ceux rencontrés lors de la préparation de

l'activité de transfert au sein du milieu d'accueil, illustrant l'importance d'adapter sa stratégie de communication en fonction du public cible et du contexte. La principale difficulté consistait à décrire avec rigueur la méthodologie scientifique et à présenter les résultats de recherche de façon détaillée, tout en respectant les contraintes imposées par la revue : un article de type *short report* comporte au maximum 1500 mots et 15 références bibliographiques. Pour pallier cet obstacle, j'ai choisi de centrer cet article sur les résultats originaux issus des entretiens réalisés, tandis que les principaux résultats de la revue de littérature ne sont que brièvement mentionnés en introduction. Cette approche plus ciblée m'a ainsi permis de suffisamment développer ma réflexion sur les éléments de l'identité professionnelle des étudiantes sages-femmes révélés dans les propos des répondantes et sur l'analyse de ces résultats à la lumière du concept de stratégie de professionnalisation. Cependant, cette nouvelle orientation a également requis un remaniement de la présentation des résultats de recherche, afin de clarifier et synthétiser l'information en fonction d'un nouvel objectif. Le processus de révision par les pairs, notamment, a permis de perfectionner le texte afin de présenter une partie des résultats de mon projet de recherche de façon cohésive et articulée. Les réviseurs ont notamment suggéré de bonifier la section portant sur la méthodologie de recherche et l'ajout d'un tableau résumant les résultats présentés. Les changements proposés ont été très bénéfiques et illustrent la valeur d'un point de vue extérieur sur un outil de transfert de connaissances : des personnes qui ne connaissaient pas mon projet de recherche ont pu repérer les éléments de mon article qui manquaient de clarté ou de finesse et qui m'avaient antérieurement échappé.

Le format de cette activité de transfert scientifique convient tout à fait à la situation : il s'agit d'une courte communication s'adressant à la communauté scientifique, répondant ainsi aux exigences du programme de maîtrise pour l'activité de transfert dirigé. De plus, le *European Journal of Midwifery* est une publication libre d'accès, ce qui signifie que mon article sera disponible à un large auditoire, indépendamment de leur capacité financière ou de leur accès à des bases de données institutionnelles. Le modèle libre accès adopté par ce journal semble ainsi inscrit dans « la poursuite d'idéaux tels que l'avancement des connaissances et leur partage au niveau mondial » (Mounier-Kuhn 2010, 26) caractéristique de la société du savoir qui valorise la pluralité, la complémentarité et l'accessibilité des connaissances (Bernatchez 2014). Cette réflexion quant au contexte plus large de la publication de mon article m'a permis d'adopter une posture réflexive et d'examiner de façon plus critique le phénomène de la publication scientifique, que je considérais jusqu'alors un événement commun, voire pratiquement obligatoire dans la carrière de tout chercheur. Tissant des liens entre mes apprentissages dans le cadre des cours de maîtrise,

particulièrement le cours *Mobilisation des connaissances* durant lequel nous avons abordé les thèmes de la réflexivité, de la société du savoir et de la communication, j'ai examiné les enjeux liés à la publication et à l'accessibilité des écrits scientifiques, mon agentivité en tant qu'autrice, ainsi que les contraintes et normes entourant la publication scientifique illustrées dans l'expression anglaise « *publish or perish* » bien connue des chercheurs.

La publication de cet article scientifique m'a ainsi permis, d'une part, de diffuser certains résultats de recherche auprès de la communauté scientifique et, d'autre part, d'examiner mon rôle dans le milieu de la recherche.

## **Bilan des activités de transfert de connaissances**

Outre les difficultés logistiques liées à la planification d'une activité de transfert de connaissances à l'ère d'une pandémie, j'ai également rencontré des défis liés aux différentes activités de transfert de connaissances qui ont nourri des réflexions sur la distinction entre le milieu d'accueil et la communauté scientifique et sur les attentes – réalistes ou non – envers les efforts de mobilisation des connaissances.

### **Une fausse dichotomie?**

Bien que mon activité de transfert au sein du milieu de stage se soit adressée en premier lieu aux membres du Centre collaboratif à titre de praticiennes, ces personnes étaient toutes également professeures ou chargées de cours à l'université, et ainsi, en contact direct avec le milieu de la recherche académique. Mon activité de transfert auprès de la communauté scientifique, quant à elle, s'adresse au lectorat d'un journal scientifique, certes, mais qui s'avère également être composé de sages-femmes praticiennes. La mixité des deux types d'auditoires, bien qu'elle ait posé quelques défis au niveau de la définition du public cible pour chacune de mes communications, indique également une tendance, du moins dans le cas de mon expérience de stage, à la perméabilité entre les milieux de la recherche et de la pratique. Cette perméabilité pourrait favoriser les échanges entre acteurs provenant de divers milieux et la mobilisation des connaissances.

## **Rôle du public**

Si le processus de conception des produits de mobilisation des connaissances était guidé par le désir de créer des produits optimaux pour les publics cibles, tout en tenant compte des objectifs du projet et des champs d'intérêts du Centre, il me semble important d'apporter une nuance à ces efforts vaillants : une fois que le produit de mobilisation des connaissances (ou tout autre outil de communication) est publié ou présenté, l'auteur abdique en quelque sorte son contrôle sur son propre travail. En effet, la signification du texte ou du produit ne provient plus uniquement de l'auteur, mais est mobilisée, interprétée et reconstruite par le public qui le reçoit (Rose 1997). Le chercheur n'exerce donc pas une autorité absolue sur sa recherche et sur les produits de mobilisation des connaissances qui en sont issus. La prise en compte du rôle du public dans l'interprétation des résultats de recherche permet d'étendre le processus de mobilisation des connaissances au-delà de ce qui est observable par l'auteur de l'outil de transfert : après avoir apposé le point final à mon rapport ou prononcé le dernier mot de ma présentation, les savoirs transmis poursuivront leur cheminement hors de mon contrôle, ils seront interprétés, utilisés ou traduits à nouveau par les membres du lectorat ou de l'auditoire. Si je peux ainsi faire un bilan des activités de transfert de connaissances organisées dans le cadre de mon stage, je dois également reconnaître qu'il ne s'agit pas de la fin du parcours de ces savoirs.

## CHAPITRE III

### BILAN CRITIQUE DU STAGE : RÉALISATIONS, DÉFIS ET IMPRÉVUS

Le stage et les activités de transfert de connaissances constituent l'élément central du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert de connaissances*. Un regard critique sur cette expérience permet d'en examiner les résultats et d'identifier les défis qui ont marqué ce parcours. Ce bilan du stage permet ainsi de faire preuve de réflexivité et d'en tirer des apprentissages riches.

#### Retombées du stage

Les retombées du stage, réelles ou attendues, pour le milieu d'accueil, pour la communauté scientifique et pour la stagiaire sont multiples et diverses. Ces retombées peuvent être déclinées en deux types, tel que suggéré par Cherney (2015) : des impacts instrumentaux, ayant une influence directe sur les pratiques, et des impacts conceptuels, c'est-à-dire liés à la production de nouvelles connaissances et compréhensions.

#### Pour le milieu d'accueil

Dans le milieu d'accueil, le stage a eu de multiples retombées positives, notamment par l'acquisition et la mobilisation de nouvelles connaissances, ainsi que par l'expérience d'un nouveau type de partenariat – c'est-à-dire l'accueil d'une stagiaire externe au sein de l'équipe – et d'une nouvelle méthodologie de recherche. Ces retombées sont instrumentales et conceptuelles : elles affecteront les interventions des membres du Centre collaboratif, mais elles incluent également l'acquisition de connaissances et de nouveaux regards posés sur les enjeux liés à la recherche et à la pratique sage-femme.

D'abord, le stage a permis de réaliser les activités de recherche nécessaires pour combler une partie des besoins exprimés par le Centre collaboratif dès le début de la préparation du projet de stage. En effet, tel que décrit au chapitre I (voir p. 15), le moteur du projet de stage était le manque de données fiables sur la pratique sage-femme en Europe de l'Est exprimé par Billie Hunter. Dans le cadre du stage, nous avons ciblé un pays particulier de cette région, la Lituanie, et avons réalisé la collecte et l'analyse de données afin de brosser un portrait sommaire de la pratique sage-femme dans ce pays. Les membres du Centre collaboratif ont donc maintenant accès à des informations

fiables et à jour sur l'éducation, sur le champ de pratique et sur l'identité professionnelle des étudiantes sages-femmes lituaniennes. Ces informations, diffusées de multiples façons au sein de l'équipe, notamment par une présentation orale et par la distribution du rapport de recherche et du feuillet d'information, permettront aux membres du Centre collaboratif de mieux cibler leurs interventions en Lituanie en tenant compte du contexte local.

Le stage a également apporté au Centre collaboratif l'expérience nouvelle d'héberger une stagiaire issue du domaine des sciences sociales. Il s'agissait effectivement de la première expérience de stage effectuée au sein de ce centre, et d'une des premières expériences de recherche qualitative ancrée dans les sciences sociales pour plusieurs membres de l'équipe, dont la formation aux cycles supérieurs est souvent ancrée dans les sciences biomédicales ou la psychologie. Cette expérience a donc permis aux membres du Centre collaboratif d'explorer le potentiel d'un tel stage, caractérisé notamment par une collaboration internationale et interdisciplinaire, par l'échange enrichissant entre individus provenant de disciplines et de professions différentes, et par le partage de connaissances et de compétences.

### **Pour la communauté scientifique**

Le stage aura également eu quelques retombées, certes modestes, au sein de la communauté scientifique. Ces impacts, principalement de type conceptuel, sont liés à la production et à la diffusion de nouvelles connaissances. Les activités de recherche ainsi que la publication de l'article scientifique auront permis d'explorer le thème de la pratique sage-femme en Lituanie, d'obtenir et analyser des données originales, puis de partager ces résultats de recherche. Ces nouvelles connaissances permettent de combler certaines lacunes dans la littérature scientifique : il n'existe présentement que peu de littérature portant sur la pratique sage-femme en Europe de l'Est.

### **Pour la stagiaire**

Inscrit dans le parcours du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances*, le stage est avant tout une activité d'apprentissage, visant à former les stagiaires en recherche et en mobilisation des connaissances. Les apprentissages personnels découlant du stage se déclinent pour moi en deux volets, soient un premier volet théorique, composé des apprentissages

disciplinaires principalement issus de l'axe recherche du projet, et un volet pratique, lié notamment aux compétences en recherche et en mobilisation des connaissances acquises tout au long du stage.

### ***Savoirs théoriques, des fondements de la sociologie aux bases de la biologie humaine***

D'abord, la préparation et la réalisation du stage m'ont permis d'acquérir des connaissances théoriques en sociologie. En effet, la préparation du stage dans le cadre des cours du programme de maîtrise, tel que discuté au chapitre I (voir p. 17), ainsi que la réalisation du projet de recherche lui-même, m'ont permis d'explorer la théorie sociologique, puis de mobiliser ces concepts théoriques afin d'analyser mes propres résultats de recherche. J'en ressors avec des connaissances solides notamment sur la sociologie des professions, sur l'étude de la maternité et sur les rapports de genres.

De plus, bien que mon projet de recherche ne portait pas sur la pratique clinique des sages-femmes en tant que telle, j'ai tout de même absorbé certains renseignements sur la pratique sage-femme par mes lectures et par le simple contact avec ce milieu professionnel, soit dans le milieu de stage, soit dans le cadre des entretiens avec des étudiantes sages-femmes lituaniennes. J'ai ainsi acquis quelques connaissances de base en lien avec la biologie humaine, la santé publique et l'épidémiologie, par exemple, qui m'ont permis de mieux comprendre le discours des étudiantes interviewées et des membres du Centre collaboratif.

### ***Savoirs pratiques, pendant le stage et au-delà***

Si les apprentissages théoriques décrits ci-haut semblent correspondre aux objectifs de tout programme d'étude de cycles supérieurs, ce sont, à mon avis, les apprentissages pratiques qui font le propre du programme de maîtrise *Mobilisation et transfert des connaissances*. En effet, l'intégration du stage au cursus académique donne l'occasion de mettre en pratique ces savoirs et d'acquérir des compétences pratiques sur le terrain.

### *L'expérience de stage : pratiques de recherche et de mobilisation des connaissances*

L'expérience de stage représente le cœur de cet apprentissage pratique : c'est à cette occasion que j'ai renforcé les compétences en recherche qualitative et en mobilisation des connaissances acquises tout au long de mes études aux cycles supérieurs.

En effet, c'est dans le cadre des activités de recherche liées à mon stage que j'ai notamment effectué une revue de la littérature, analysé des sources documentaires, organisé et réalisé des entretiens, puis analysé et diffusé des résultats de recherche. J'avais auparavant participé à des projets de recherche dans le cadre de stages ou de cours, mais je n'avais jamais entrepris ces activités de façon autonome, dans le cadre d'un processus de recherche continu et complet. Ce fut donc l'occasion de mettre en pratique les compétences acquises préalablement, de développer des méthodes de travail personnelles et de bâtir ma confiance en mes capacités comme jeune chercheuse.

De plus, j'ai acquis grâce à cette expérience des compétences en mobilisation des connaissances, qui s'inscrivent en continuité avec l'apprentissage entamé dans le cadre du cours *Mobilisation et transfert des connaissances* visant à introduire les étudiants au contexte et aux enjeux de la mobilisation des connaissances. En effet, ce cours m'a permis d'explorer les outils, stratégies et techniques de la mobilisation tout en adoptant une posture réflexive et en tenant compte du plus large contexte où s'inscrivent les activités de mobilisation des connaissances, affecté notamment par des enjeux politiques et éthiques inscrits dans un réseau d'acteurs aux intérêts distincts. Bien que les produits de mobilisation de connaissances créés, soit le rapport et le feuillet d'information, en sont les résultats concrets, la démarche dans laquelle ils s'inscrivent s'étend au-delà de ces produits, notamment dans l'approche partenariale, dans la discussion et la négociation du projet avec le milieu d'accueil, et dans le regard réflexif porté sur mon propre rôle dans le stage et sur son plus large contexte.

### *L'expérience périlage : l'occasion d'acquérir des compétences transversales*

J'étais bien entendu préparée à l'acquisition de connaissances et de compétences dans le cadre du stage : il s'agit après tout de l'objectif premier de cet élément central du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances*. Cependant, j'ai été surprise par l'ampleur tentaculaire des apprentissages personnels liés au stage. En effet, mon expérience *autour* du

stage, des premiers balbutiements de mon projet à la rédaction de mon essai m'ont permis d'acquérir des compétences bien plus variées que je ne pouvais l'imaginer.

Dès mes premières démarches auprès de potentiels milieux de stage, j'ai acquis des compétences en communication et en négociation : j'ai su promouvoir mon projet, en discuter avec diverses personnes et en négocier les modalités dans une perspective collaborative. C'est également en préparation à mon stage que j'ai déposé pour la première fois une demande de financement auprès d'un organisme subventionnaire – une compétence essentielle pour la poursuite d'une carrière en recherche. La réalisation de mon stage à l'étranger a aussi requis le développement de compétences organisationnelles supplémentaires afin d'obtenir les visas adéquats, de trouver un logement sur place, de gérer les communications avec mes superviseuses et mes partenaires dans de multiples fuseaux horaires ou encore de traduire les documents nécessaires en français, en anglais ou en lituanien. Certaines de ces compétences, notamment la recherche de subventions, sont typiques des parcours en recherche, tandis que d'autres, comme la négociation du projet dans une perspective collaborative, sont davantage caractéristiques des projets en mobilisation des connaissances.

L'acquisition de ces compétences n'était pas nécessairement prévue : je concevais ces activités connexes au stage comme essentielles, certes, mais secondaires aux activités d'apprentissage directement liées au stage. Or, en rétrospective, je vois l'ensemble de ces activités comme un tout, une expérience globale d'apprentissage incluant à la fois les activités de stage et toutes les activités *autour* du stage ayant permis de préparer et mettre en œuvre ce projet.

## **Contraintes et limitations**

Bien qu'ultimement fort satisfaisant et riche en apprentissages, le stage était également marqué par des contraintes, limitations et défis. Les contraintes du stage sont principalement liées à son contexte : imbriqué dans un programme de maîtrise et réalisé à l'étranger, il est limité dans le temps et les ressources et marqué par certaines difficultés logistiques.

## **Ressources limitées**

La réalisation du stage et des activités de transfert dirigé doit généralement s'étendre sur une durée d'environ 12 semaines, soit l'équivalent d'une session à temps plein. Il s'agit d'une durée

très limitée pour un projet de recherche et de mobilisation des connaissances. De plus, j'ai fait face à une certaine limitation des ressources – humaines et financières notamment puisque je ne disposais d'aucun budget pour engager des personnes en soutien aux activités de recherche. Ces facteurs limitants ont donc influencé mon stage et affecté certains paramètres de la recherche. Par exemple, le projet de recherche a été ciblé sur un seul pays tandis que le milieu de stage exprimait un besoin de données sur la région est-européenne entière. De plus, seuls six entretiens ont été réalisés afin de limiter le volume de données à traiter, et ces entretiens ont été effectués en anglais puisque l'embauche d'un interprète lituanien s'est révélée trop dispendieuse. Ces contraintes sont toutefois attendues dans le contexte d'un stage inscrit au sein d'un programme de formation universitaire – ce stage ne se veut pas une expérience idéale de recherche et de mobilisation de connaissances, mais plutôt une occasion d'apprentissage. En outre, il s'agit certainement d'une expérience semblable aux projets de recherche ou de mobilisation de connaissances réalisés hors du contexte académique, qui sont également caractérisés par leurs propres contraintes et limitations.

### **Défis d'un projet international**

Certains aspects de mon stage ont également présenté des défis particuliers, notamment le fait qu'il se déroule à l'étranger. Mon stage est un projet international à plusieurs égards : mon université d'attache est basée à Montréal, mais j'ai réalisé mon stage au sein d'un organisme situé à Cardiff, au Royaume-Uni, tandis que mon terrain de recherche se situait à Kaunas, en Lituanie.

Les communications avec mes superviseuses et partenaires ont notamment été compliquées par le décalage horaire et les occasionnelles difficultés techniques liées à l'utilisation de Skype, Zoom et autres plateformes de communication en ligne. L'étape de la négociation du projet de stage, entre autres, a été quelque peu ralentie par l'attente inévitable lorsqu'une personne termine sa journée de travail tandis que, de l'autre côté de l'océan, la journée commence à peine.

Des obstacles logistiques ont également marqué mon parcours, notamment en ce qui a trait aux visas et à mon statut au Royaume-Uni. En effet, à titre de stagiaire non rémunérée pour le Centre, aucun visa ne m'était nécessaire. Or, afin de faciliter mes activités au sein de l'Université de Cardiff, qui héberge le Centre, j'y ai été inscrite comme étudiante – un statut qui requiert un visa. Cette situation a notamment causé confusion lors de mon retour au Royaume-Uni après mon

séjour de recherche en Lituanie, avant d'être finalement résolue suite à quelques négociations auprès des agents frontaliers.

Finalement, dans deux contextes la barrière de la langue s'est imposée. D'abord, tout au long du stage, j'ai eu à traduire mes documents de travail du français à l'anglais et vice versa pour m'assurer de préserver l'implication de ma superviseuse de stage anglophone pendant mon parcours dans une université francophone, puis pour faire état de mes activités de recherche réalisées en anglais dans cet essai rédigé en français. Cette situation a malheureusement nécessité le dédoublement de certains documents – notamment pour ce qui est de l'entente de stage qui devait être rédigée en français afin d'être soumise à l'INRS, mais également traduite en anglais afin d'être lue et signée par Billie Hunter.

Des difficultés linguistiques supplémentaires ont émergé en lien avec le terrain de recherche. En effet, la langue officielle de la Lituanie est le lituanien, une langue que ni moi ni aucun membre du Centre collaboratif ne maîtrisons. Afin de pallier cet obstacle, j'ai utilisé diverses stratégies aux différentes étapes du projet. Dans la recherche de sources documentaires primaires, j'ai privilégié les documents issus d'organisations internationales, davantage susceptibles d'être traduits en anglais ou en français. Puisque la Lituanie est membre de l'Union européenne (UE), un nombre considérable de rapports étaient disponibles dans au moins une des langues officielles de l'UE, généralement l'anglais. Pour la réalisation des entretiens, j'ai choisi, en accord avec Billie Hunter et Laurence Charton, d'interviewer les étudiantes en pratique sage-femme en anglais : une bonne connaissance de cette langue était un critère de sélection pour participer à l'étude. Cependant, afin d'assurer le consentement libre et éclairé des participantes, j'ai eu recours à une firme de traduction afin de traduire les documents destinés aux répondantes (lettre d'invitation, lettre d'information et formulaire de consentement) en lituanien.

La dimension internationale de mon stage a donc imposé certains obstacles, notamment aux niveaux de la logistique et de la langue. Toutefois, des stratégies ont été mises en place pour relever ces défis et l'expérience de stage s'est révélée très enrichissante, favorisant la collaboration internationale et offrant une perspective comparative intéressante.

Ultimement, j'ai pu réaliser un projet de recherche exploratoire, qui répond à une fraction des besoins exprimés par le milieu de pratique, mais qui offre néanmoins une contribution significative et pertinente aux efforts visant à combler ces besoins, et qui m'a permis d'acquérir des connaissances et compétences précieuses.

## **Imprévisibilité du stage**

Mon expérience de stage fut marquée par l'imprévisibilité, de multiples revirements de situation ayant affecté l'ensemble de mon projet, résultant à la fois en retombées positives imprévues et en défis soudains testant les limites de mes capacités d'adaptation.

### **Relations humaines**

Il était impossible de prévoir quel type de relations se développeraient tout au long du projet entre les différents acteurs impliqués : la stagiaire, les superviseuses, les collègues du milieu d'accueil, les partenaires et les participantes à la recherche, notamment. Or, la dynamique relationnelle entre les divers acteurs peut faciliter ou entraver la réalisation des activités de stage. Dans le cas de mon expérience, ce facteur imprévisible s'est révélé être un grand facilitateur pour le projet de recherche et de mobilisation des connaissances.

En effet, l'ouverture d'esprit et l'accueil chaleureux de mes collaborateurs, autant des collègues du Centre que des partenaires locaux en Lituanie, ont dépassé toutes attentes. Ces relations positives au sein du réseau d'acteurs impliqués dans mon stage se sont avérées être un important facteur de réussite de mon stage. Au sein du milieu de stage, mon intégration rapide et facile à l'équipe de travail a contribué au développement d'un climat agréable et, tel que mentionné au chapitre II (voir p. 4024), a favorisé les échanges et le transfert de connaissances de façon plus informelle.

Mon terrain de recherche à Kaunas, en Lituanie, a également été facilité par des relations cordiales avec différents partenaires, notamment les professeurs et employés des deux établissements d'enseignement où j'ai recruté des répondantes qui ont accepté de soutenir mon séjour de recherche et de faciliter mes activités de recrutement en agissant comme point de contact entre les étudiantes en pratique sage-femme et moi-même. Ces contacts ont été très avantageux pour moi : l'aide de ces partenaires a permis d'accélérer mon entrée sur le terrain, de diffuser efficacement l'information sur mes activités de recherche, et de bâtir une relation de confiance avec les répondantes. De façon plutôt inattendue, cette expérience a également semblé bénéfique pour ces partenaires : chacun d'entre eux a exprimé un grand enthousiasme pour mon projet de recherche, illustré d'ailleurs par la publicisation de mes activités de recherche au sein de ces établissements d'enseignement. En effet, dans les deux cas, un professeur a photographié

la rencontre d'information que j'ai animée auprès des étudiantes et, dans au moins un des deux cas, un court article sur mon séjour de recherche a été diffusé dans le journal de la faculté. Les étudiantes ont également fait preuve d'un fort engouement pour mon projet de recherche. J'ai d'ailleurs reçu plus de candidatures qu'initialement prévu pour la participation aux entretiens : j'estimais avoir le temps de réaliser quatre entrevues lors de mon séjour à Kaunas, mais j'ai finalement interviewé les six premières étudiantes qui ont manifesté leur intérêt pour le projet. De plus, les répondantes ont fait preuve de curiosité, voire d'étonnement quant à mes motivations à réaliser un projet de recherche sur leur expérience et, plus largement, sur leur pays : la question la plus fréquemment posée par les participantes aux rencontres d'information ou aux entretiens concernait les raisons pour lesquelles j'avais choisi de venir jusqu'en Lituanie pour étudier les étudiantes sages-femmes. Une des répondantes a même justifié sa décision de participer à la recherche en soulignant qu'elle était impressionnée par mon voyage jusqu'à Kaunas et qu'elle voulait contribuer au succès de mon séjour de recherche.

Cette expérience fait écho à celle de Walker (2012), qui a noté l'enthousiasme de certains de ses partenaires et répondants en Russie et en Lituanie, probablement en anticipation de futures collaborations ou encore à cause d'une « *general fascination with meeting a westerner [...] indicative of the historic one-dimensionality of the relationship between Russia and 'the west'* » (Walker 2012, 222). Dans le cas de mon séjour de recherche en Lituanie, les partenaires et participantes ont fait preuve d'un enthousiasme similaire, exprimant notamment leur intérêt pour mon sujet de recherche et pour ma démarche. Si cet enthousiasme a facilité l'organisation des activités de recherche et le recrutement de participantes, il peut également avoir affecté les données recueillies : un biais de désirabilité sociale pourrait avoir influencé les propos des répondantes.

Ma relation très cordiale avec les étudiantes sages-femmes qui ont participé au projet a certainement été facilitée par nos similarités : nous sommes du même sexe, appartenons généralement à la même tranche d'âge et sommes toutes étudiantes – quoiqu'à différents cycles d'études. Ces points communs ont probablement contribué au lien de confiance qui s'est rapidement tissé entre nous et qui a facilité la collecte de données. Cependant, quelques éléments ont plutôt créé un certain éloignement : mon altérité ou *otherness* en tant que Canadienne, nos communications en anglais plutôt qu'en lituanien, ainsi que mon intérêt scientifique pour leur sujet d'étude et future profession. Ces facteurs ont pu limiter ou moduler les propos des répondantes. Dans le cadre des entretiens, j'ai ainsi été placée dans une position d'*insider-outsider* – à la fois très semblable aux répondantes selon certains indicateurs socio-démographiques et très

différente du fait de mon origine et de mon rôle de chercheuse – qui a pu affecter la collecte de données.

Le rôle des différents acteurs impliqués dans mon stage et de leurs relations entre eux et avec moi illustre l'importance de prendre compte du réseau social au sein duquel s'inscrit le chercheur ou l'agent d'interface, qui influence sa posture, ses actions et son environnement. Dans mon cas, ce facteur relationnel imprévisible a eu une influence largement positive sur mon expérience de stage.

### **Contexte de pandémie**

L'un des plus grands défis imprévus ayant marqué mon expérience de stage – et certainement celle de la plupart de mes collègues ayant réalisé des activités d'apprentissage ou de stage en 2020 – est la crise liée à la pandémie de la COVID-19. J'avais heureusement terminé mes activités de recherche au moment de l'émergence de la pandémie, mais je planifiais à l'époque mon activité de transfert dirigé pour la communauté scientifique. Tel que détaillé au chapitre II (voir p. 41), j'avais d'abord prévu une conférence au *Health Humanities Consortium* de Nashville (États-Unis), qui a éventuellement été annulé. J'ai ensuite exploré la possibilité de présenter mes résultats de recherche dans un événement plus local, soit le Congrès 2020 de l'ACFAS, qui a à son tour été annulé. Je me suis finalement tournée vers le médium écrit, qui s'adapte bien aux restrictions de déplacement et de rassemblement en vigueur, et ai soumis un court article scientifique au *European Journal of Midwifery*.

À chaque fois qu'un plan s'effondrait, je devais réviser ma stratégie. Devais-je attendre la prochaine occasion de réaliser une activité de transfert enrichissante et pertinente, auprès d'une communauté de chercheurs spécialisés dans le domaine précis de mon stage? Devais-je plutôt me contenter de la première occasion de réaliser une activité satisfaisant les exigences du programme de maîtrise qui se présenterait à moi? Combien d'efforts supplémentaires étais-je prête à investir dans la planification d'une énième activité de transfert de connaissances, particulièrement dans un climat de crise contraignant et exigeant?

Ces péripéties inattendues m'ont plongée dans un état d'incertitude et de confusion, un sentiment auquel j'ai trouvé écho dans l'article *Mediating messiness: expanding ideas of flexibility, reflexivity, and embodiment in fieldwork* où les deux autrices relatent leur expérience de doctorat en soulignant :

*We were aware that research often does not go as planned (Chacko 2004; Hays-Mitchell 2001; Mandel 2003; Murray and Overton 2003; Parker 2001; Price 2001; Valentine 2001), and that even the best preparations for the field cannot predict and plan for every situation, every twist and turn of research (Mandel 2003) [...] [However] transitioning from our neat plans to the actual research process felt like stepping into an unknown abyss, and we struggled with what flexibility can and should look like in practice (Billo et Hiemstra 2013, 313-314).*

Turner et al. (2015) soulignent d'ailleurs que ce type de défis est particulièrement commun chez les chercheurs interdisciplinaires, qui n'ont pas nécessairement accès aux indicateurs de succès établis au sein de disciplines traditionnelles (publication dans la revue phare de la discipline, ou encore prix ou distinctions accordées par des associations disciplinaires, par exemple). J'ajouterais que cette réflexion peut être étendue au contexte de la recherche collaborative, où les indicateurs de succès traditionnels pour les chercheurs ne revêtent pas nécessairement la même signification pour les praticiens, et vice versa. Les difficultés liées à l'imprévisibilité des différents facteurs influençant mon projet de recherche et de mobilisation des connaissances étaient donc d'autant plus exacerbées par le manque de repères : il n'existe encore que peu de ressources, guides ou lignes directrices concernant la recherche collaborative.

Le contexte particulier de la fin de mon programme de maîtrise constitue en effet un exercice d'adaptabilité sans précédent dans mon parcours académique ou professionnel. Or, ces circonstances contraignantes m'ont permis d'apprécier l'éventail de possibilités qui s'offrait tout de même à moi et la nature flexible des activités de recherche ou de transfert de connaissances. J'ai finalement réussi à relever les défis imposés par le contexte de la pandémie et à réaliser un stage dont je suis fière et satisfaite.

## CHAPITRE IV

# RÉFLEXION CRITIQUE SUR LA MOBILISATION DES CONNAISSANCES ET L'AGENT D'INTERFACE

Le programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert de connaissances* est centré, tel que son nom l'indique, sur la mobilisation des savoirs, décrit plus en détail au chapitre I (voir p. 4) – un concept aux contours flous, référant aux connaissances, pratiques et attitudes liées à la production, à l'échange et à l'utilisation des connaissances dans une perspective collaborative entre chercheurs et praticiens. Cette mobilisation peut être facilitée par un agent d'interface, c'est-à-dire un individu dont le rôle consiste à faire le pont entre les mondes de la recherche et de la pratique afin de faciliter la communication, l'échange et la collaboration. Dans le cadre de mon parcours académique et de mon stage, j'ai pu explorer la mobilisation des connaissances et le rôle de l'agent d'interface à la fois au niveau théorique et au niveau pratique. Dans le présent chapitre sera présentée une réflexion critique sur mes apprentissages et mon expérience.

### **Expérience de stage**

Mon expérience de stage a été réalisée dans un milieu lié aux soins de santé, un domaine où les pratiques de recherche tendent à être centrées sur la perspective d'acteurs qui détiennent un certain pouvoir décisionnel, soit les professionnels du milieu politique, les dirigeants d'institutions, les chercheurs académiques ou encore les médecins (Abma et al. 2017). Il existe également une certaine hiérarchie des savoirs dans le domaine de la santé, les savoirs biomédicaux explicites étant souvent plus valorisés que les savoirs expérientiels ou tacites (Sheng et al. 2013) De plus, les enjeux liés à la santé sont particulièrement complexes de par leur « *multi-level, multi-stakeholder nature, requiring inter-organisational and often inter-sectoral cooperation* » (Holmes et al. 2016, 545).

Dans le cadre de mon expérience de stage, j'ai rencontré certains défis en lien avec ces caractéristiques du domaine de la santé. En effet, dans mes discussions avec Billie Hunter, mais également dans mes échanges informels avec des sages-femmes, il a été mentionné que les résultats des projets de recherche servent notamment à convaincre des décideurs – à l'OMS ou au gouvernement par exemple – de soutenir ou de financer le développement de la pratique sage-femme. Ainsi, l'une des utilisations attendues des résultats de recherche était auprès d'un public

invisible, mais d'une importance particulière : les instances décisionnelles qui régissent la prestation des soins de santé et le développement des pratiques professionnelles, ainsi que le financement des milieux de pratique et de recherche dans ce domaine. De plus, la mobilisation des connaissances était peu connue des membres du milieu d'accueil et, bien que la collaboration entre disciplines du domaine de la santé soit commune, les membres du Centre collaboratif étaient peu familiers avec les disciplines des sciences sociales. Il s'agissait ainsi d'une première expérience de recherche sociale pour de nombreuses membres, nécessitant des échanges non seulement sur les résultats de recherche, mais également sur la méthode de recherche et le cadre théorique qui la sous-tend.

De façon remarquable, le cadre d'analyse centré sur la théorie de la dominance professionnelle dans le milieu de la santé utilisé dans mes activités de recherche dans le cadre du stage (voir la p. 24) permettrait également de mettre en lumière certains enjeux liés à la mobilisation des connaissances dans le domaine de la santé. En effet, rappelons que Freidson (1974) et Witz (2013), entre autres, ont développé la théorie selon laquelle les professions médicales et paramédicales font usage de stratégies pour définir leur champ de pratique et établir leur autorité sur leur domaine : les médecins, traditionnellement, occuperaient une position dominante par rapport, notamment, aux sages-femmes.

Certains auteurs suggèrent que ces dynamiques interprofessionnelles dans le domaine de la santé influencent également la mobilisation des connaissances, en ce que « *within healthcare, the dominance of doctors [...] over other clinicians [...] is likely to stymie any effort to mobilize knowledge across boundaries; i.e. healthcare professionals [...] may be unwilling to mobilize knowledge beyond their immediate ranks* » (Currie et White 2012, 1338). Puisque mon expérience de stage a été réalisée dans un milieu exclusivement composé de sages-femmes, je n'ai pas été directement témoin de défis liés aux relations interprofessionnelles entre médecins et sages-femmes. J'ai cependant observé des échanges entre sages-femmes et infirmières – notamment lors de mon activité de transfert de connaissances en milieu de stage, à laquelle plusieurs professeures de soins infirmiers ont assisté. Cette proximité entre ces deux corps professionnels pourrait toutefois être expliquée par la proximité de ces deux professions au Royaume-Uni, toutes deux régulées par le *Nursing and Midwifery Council*.

## ***Réflexion critique sur l'expérience de mobilisation des connaissances dans le cadre du stage***

À la lumière des définitions présentées dans la littérature, je considère que les activités réalisées dans le cadre de mon stage relèvent surtout de la recherche collaborative et du transfert de connaissances, plutôt que de la co-construction des savoirs. En effet, les membres du Centre collaboratif ont participé à la mise en place du projet en exprimant leurs besoins et en offrant des commentaires constructifs tout au long du processus de recherche. Des interactions soutenues ont donc permis d'orienter le projet de stage en fonction des besoins, des contraintes et des attentes à la fois du milieu d'accueil et du milieu universitaire. De plus, l'ouverture d'esprit démontrée par les acteurs impliqués a facilité les échanges, la compréhension d'enjeux communs et la prise en compte de perspectives diverses. Cependant, j'ai conservé la responsabilité principale du stage : à cause de limites de temps et de ressources, Billie Hunter, ma superviseure de stage, a surtout agi à titre consultatif, offrant son soutien tout au long du processus sans nécessairement s'impliquer directement dans les activités de recherche. Mon expérience de stage est donc caractérisée par des interactions fructueuses entre acteurs provenant de divers milieux et par un esprit de collaboration, mais certaines contraintes ont limité l'implication des membres du milieu de stage dans le projet. Ainsi, on y reconnaît certains éléments du modèle conventionnel de recherche où le chercheur conserve l'autorité sur le projet de recherche.

### **Le rôle de l'agent d'interface**

Le rôle de l'agent d'interface – sous diverses appellations – apparaît à de multiples reprises dans les écrits concernant la mobilisation des connaissances et les pratiques de recherche partenariales. Knights et Scarbrough (2010, 1291) décrivent ainsi « *a seamless web in which practitioners, intermediaries and academic researchers, and numerous non-human actants are all implicated* [mon emphase] », tandis que Vaillancourt (2019) souligne le rôle des « passeurs » qui facilitent les échanges et entre chercheurs et praticiens et la perméabilité de leurs univers respectifs. Roux et al. (2017) remarquent également l'importance des *bridging agents*, dont le rôle est d'assurer le lien entre ces divers acteurs provenant de milieux et de disciplines différentes, de favoriser les échanges verticaux et horizontaux et de minimiser la fragmentation du savoir.

L'agent d'interface se situerait donc à la frontière entre différents milieux, facilitant les échanges et les co-constructions entre des individus aux savoirs et aux perspectives diverses et riches.

Cette position d'entre-deux me rappelle celle de Billie Hunter qui, en cumulant de multiples rôles professionnels, remplissait occasionnellement le rôle d'agent d'interface – sans toutefois en adopter l'appellation.

### **Liminalité et pluralité des identités professionnelles**

Dès mes premiers contacts avec Billie Hunter, j'ai été à la fois étonnée et impressionnée par la pluralité de ses rôles professionnels : elle a été infirmière et sage-femme praticienne pendant des années avant de se réorienter vers l'enseignement universitaire, un rôle qu'elle cumule à ce jour avec de nombreux engagements dans des institutions liées à la recherche ou à la pratique, dont la direction du Centre collaboratif de l'OMS pour le développement de la pratique sage-femme de l'Université de Cardiff. À son image, les autres membres du Centre collaboratif sont généralement également professeures et sont, ou ont été, sages-femmes praticiennes. Plusieurs d'entre elles occupent également un rôle militant, promouvant le développement et le financement de la pratique sage-femme.

Ce phénomène fait écho au concept de liminalité, développé d'abord en anthropologie pour décrire l'état d'une personne durant le processus d'un rite de passage, qui est « *neither one thing nor another; or maybe both; or neither here nor there; or maybe nowhere . . . 'betwixt and between' recognized fixed points in the space-time of structural classification* » (Turner 1967, cité dans Ibarra et Obodaru 2016, 48). Ce terme a été emprunté et adapté, particulièrement en sciences des organisations, pour référer aux individus dont les trajectoires professionnelles non traditionnelles – caractérisées par une réorientation de carrière ou un cumul de plusieurs rôles, par exemple – les situent *entre* différents espaces professionnels. Il est d'ailleurs utilisé par certains auteurs pour caractériser le doctorant-praticien-chercheur, qui « oscille entre deux réalités, celle du milieu professionnel et celle du milieu universitaire, qui le placent dans une situation liminale spécifique du fait du déséquilibre des postures » (de Saint-Martin, Pilotti et Valentim 2014) – un rôle qui, à une distinction près quant au niveau d'études universitaires, correspond tout à fait à ma propre expérience.

Ce concept de liminalité pourrait être transposé à l'expérience de l'agent d'interface : situé à la frontière entre divers milieux, l'agent d'interface doit à la fois connaître ces différents milieux et conserver une certaine extériorité pour négocier les échanges entre ces milieux. Ni tout à fait

chercheur, ni complètement praticien, l'agent d'interface articule différentes postures – parfois complémentaires, parfois contradictoires. Il occuperait ainsi un espace liminal, entre les frontières.

### **Positionnalité et réflexivité**

Les concepts interreliés de positionnalité et de réflexivité peuvent apporter des pistes de réflexion quant aux stratégies à adopter pour naviguer la position liminale de l'agent d'interface.

La réflexivité est souvent présentée comme un exercice rétroactif, permettant de déconstruire la positionnalité du chercheur, particulièrement en ce qui concerne son expérience sur le terrain de recherche (Nencel 2014). Or, certains auteurs mettent en garde contre une représentation de la réflexivité comme une stratégie permettant d'éliminer les biais liés à l'identité ou à la perspective de l'auteur afin d'atteindre la *vérité*, puisque cette idée implique l'existence d'une vérité universelle, accessible en tenant compte de l'agentivité et des relations de pouvoirs conçus comme des objets que l'on pourrait comprendre dans leur entièreté (Nagar et Ali 2003 ; Rose 1997). Des auteurs suggèrent plutôt que la réflexivité peut constituer une approche épistémologique, un processus continu tout au long de la démarche de recherche permettant d'analyser les données dans toute leur complexité, évitant de confluer les résultats de recherche et les réalités étudiées comme si les premiers étaient le reflet exact des secondes (Nencel 2014 ; Nagar et Ali 2003)

De plus, l'identité du chercheur que l'on cherche à positionner n'est pas indépendante de son contexte, mais plutôt construite dans un réseau complexe d'interactions mutuellement constitutives. Une approche réflexive, ainsi, ne devrait pas être une démarche individuelle, mais plutôt une démarche collective, possible « *in / through spaces of collaborative knowledge production – spaces in which academic agendas and frameworks can get interrogated and recast, and where we can generate new transformative possibilities in the fissures, gaps, absences and fallibilities of our critical frameworks whose cutting-edge status we have taken for granted* » (Nagar et Ali 2003, 360).

Finalement, Billo et Hiemstra (2013) suggèrent d'étendre la démarche réflexive au vécu du chercheur dans le cadre des activités de recherche, incluant notamment ses circonstances personnelles, ses besoins et ses capacités. Une telle approche de la réflexivité permettrait ainsi d'explorer la positionnalité du chercheur par rapport à son sujet de recherche, mais également

par rapport aux activités de recherche elles-mêmes, dont, par exemple, les défis mentionnés au chapitre III (voir p. 53) liés à l'imprévisibilité du terrain de recherche.

Pour l'agent d'interface, un exercice continu de réflexivité permettrait d'examiner sa propre positionnalité changeante tout au long de son parcours, de se déplacer dans l'espace liminal qu'il occupe en prenant conscience de sa posture et du contexte dans lequel il évolue. L'exercice réflexif pourrait ainsi lui permettre d'enrichir sa compréhension de sa position, de ses actions et de son environnement.

### **Le rôle de l'agent d'interface : vécu et réflexions**

Mon expérience de stage m'a permis d'explorer le rôle de l'agent d'interface et de mettre en pratique les connaissances et compétences acquises tout au long du programme de maîtrise. Dans le cadre de ce projet, le rôle d'agent d'interface m'a paru par moments fragmenté, mais malgré tout soutenu par le fil conducteur d'une intention continue.

J'ai vécu le rôle d'agent d'interface de façon quelque peu séquentielle : d'abord chercheuse, j'ai planifié et réalisé un projet de recherche; ensuite vulgarisatrice, j'ai mis en place des activités de transfert de connaissances. Cette impression était renforcée par la structure du programme de maîtrise, qui distingue les activités de transfert de connaissances des autres activités de stage. Ces deux principaux volets, la recherche et le transfert des connaissances, me semblaient ainsi morcelés, désarticulés. Plutôt qu'un seul rôle intégré, l'agent d'interface me paraissait alors comme le cumul de multiples rôles.

Toutefois, un exercice réflexif – qui culmine dans la rédaction du présent essai – m'a permis de reconnaître le fil conducteur de mon expérience de stage, soit l'intention d'un projet collaboratif, permettant de produire, échanger et mobiliser des connaissances au sein d'un milieu de pratique. Bien que des contraintes aient limité la mise en pratique de cette vision – particulièrement le niveau d'implication des membres du milieu de pratique qui aurait requis du temps et des ressources qui n'étaient pas disponibles – l'intention a permis d'orienter les pratiques de recherche et a facilité la prise de conscience des rôles, des perspectives et des attentes des divers acteurs.

Je conçois maintenant l'agent d'interface comme un acteur unique et intrinsèquement lié au contexte dans lequel il exerce son rôle. Occupant un espace liminal, indescriptible et en constante

transformation, il endossera parfois le rôle de chercheur, parfois celui de vulgarisateur, ou encore celui de négociateur, ou bien même un rôle hybride situé à la frontière de ces professions. Trop variable pour être décrit de façon concrète et définitive, le rôle de l'agent d'interface serait surtout lié à une posture réflexive, ouverte et novatrice.

## CONCLUSION

L'objectif du présent essai était de faire état d'un stage réalisé au sein du *Centre collaboratif de l'OMS pour le développement de la pratique sage-femme de l'Université de Cardiff* dans le cadre du programme de maîtrise en *Mobilisation et transfert des connaissances*. Ce stage avait pour objectif d'explorer la mobilisation des connaissances et le rôle de l'agent d'interface dans un milieu de pratique. À l'issue de ce stage – et de la rédaction de cet essai – je peux poser un regard réflexif sur mon parcours, examinant mon expérience et mes apprentissages de façon critique afin d'en retirer une meilleure compréhension des milieux de la recherche et de la pratique, et surtout de l'interface entre ces univers.

Dans le cadre de ce stage, j'ai réalisé un projet de recherche portant sur la pratique sage-femme en Lituanie. Élaboré en collaboration avec le milieu de stage afin de répondre à leurs besoins, ce projet de recherche exploratoire a permis de décrire le contexte sociohistorique du développement de la pratique sage-femme en Europe de l'Est, de broser un portrait du système de santé maternelle en Lituanie et d'explorer l'identité professionnelle des étudiantes sages-femmes lituaniennes ancrée dans l'univers biomédical. Les rapports de genre et l'agentivité des femmes ont émergé comme thèmes centraux de ce projet recherche, abordés en examinant d'une part les sages-femmes et leurs relations avec les autres groupes professionnels du domaine de la santé et, d'autre part, les mères au sein du système de soins de santé maternelle. Les connaissances issues de cette recherche ont fait l'objet d'outils et d'activités de transfert de connaissances dans l'objectif de partager ces savoirs avec divers acteurs et de faciliter leur mobilisation et leur utilisation dans le milieu de pratique et dans la communauté scientifique. En examinant ma propre expérience de stage à la manière d'une étude de cas, j'ai pu aborder le concept de la mobilisation des connaissances et le rôle de l'agent d'interface.

Les définitions de la mobilisation des connaissances et de l'agent d'interface demeurent, à mon avis, quelque peu nébuleuses en ce qu'ils sont flexibles, adaptables et en perpétuelle évolution. La mobilisation des connaissances semble centrée sur la collaboration de divers acteurs, issus de milieux et de secteurs différents, impliqués – à des degrés variables – dans la production et l'utilisation des savoirs. Le rôle de l'agent d'interface consisterait à faciliter cette mobilisation des connaissances en faisant le pont entre les milieux de la recherche et de la pratique, entre différents univers. Son rôle peut être fluide, variant en fonction du contexte précis dans le cadre duquel il exerce son métier.

Si j'amorçais cet essai avec un sentiment d'incertitude, je le conclus avec tout autant de doutes, mais également avec des pistes de réflexion permettant de naviguer cet état incertain. L'agent d'interface, dont la pratique est ancrée dans la mobilisation des connaissances, est situé dans un espace liminal, entre les espaces traditionnels de la recherche et de la pratique. Sa position changeante peut être explorée et mieux saisie par un exercice réflexif qui – comme le présent essai – permet d'examiner de façon critique le réseau d'acteurs au sein duquel il se trouve et le contexte dans lequel il exerce son rôle.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abma, Tineke A, Tina Cook, Margaretha Rämngård, Elisabeth Kleba, Janet Harris et Nina Wallerstein. 2017. « Social impact of participatory health research: collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. » *Educational action research* 25 (4): 489-505.
- Audoux, Christine et Anne Gillet. 2011. « Recherche partenariale et co-construction de savoirs entre chercheurs et acteurs: l'épreuve de la traduction. » *Revue Interventions économiques Papers in Political Economy* (43).
- Bannister, Jon et Irene Hardill. 2013. « Knowledge mobilisation and the social sciences: dancing with new partners in an age of austerity. » *Contemporary Social Science* 8 (3): 167-175.
- Bartuseviciene, Egle, Justina Kacerauskiene, Arnoldas Bartusevicius, Marija Paulionyte, Ruta Jolanta Nadisauskiene, Mindaugas Kliucinskas, Virginija Stankeviciute, Laima Maleckiene et Dalia Regina Railaite. 2018. « Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. » *Midwifery* 65: 67-71.
- Benoit, Cecilia. 1994. « Paradigm conflict in the sociology of service professions: Midwifery as a case study. » *Canadian Journal of Sociology* 19 (3).
- Benoit, Cecilia, Sirpa Wrede, Ivy Bourgeault, Jane Sandall, Raymond De Vries et Edwin R van Teijlingen. 2005. « Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. » *Sociology of health & illness* 27 (6): 722-737.
- Bernatchez, Jean. 2014. « Introduction. Les enjeux du modèle des sociétés du savoir tels qu'ils sont vécus au Québec. » *Globe: revue internationale d'études québécoises* 17 (2): 13-20.
- Bert, Jean-François. 2011. *Introduction à Michel Foucault*. : La Découverte.
- Billo, Emily et Nancy Hiemstra. 2013. « Mediating messiness: expanding ideas of flexibility, reflexivity, and embodiment in fieldwork. » *Gender, Place & Culture* 20 (3): 313-328.
- Borozdina, Ekaterina. 2018. « Introducing 'natural' childbirth in Russian hospitals. Midwives' institutional work. » In *Health, technologies, and politics in post-soviet settings*, 145-171. : Springer.
- Bourgeault, Ivy Lynn et Michel Grignon. 2013. « A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. » *The European Journal of Comparative Economics* 10 (2): 199.
- Caillouette, Jacques et Sid Ahmed Soussi. 2014. « L'espace de recherche partenariale: le poids des identités d'acteurs. » *Le défi de l'innovation sociale partagée, Québec, Presses de l'Université du Québec* : 35-53.

- Calnan, Michael. 2015. « Eliot Freidson: Sociological narratives of professionalism and modern medicine. » In *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*, 287-305. : Springer.
- Caza, Brianna Barker, Heather Vough et Harshad Puranik. 2018. « Identity work in organizations and occupations: Definitions, theories, and pathways forward. » *Journal of organizational behavior* 39 (7): 889-910.
- Chalmers, Beverley. 2005. « Maternity care in the former Soviet Union. » *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 112 (4): 495-499.
- Cherney, Adrian. 2015. « Academic–industry collaborations and knowledge co-production in the social sciences. » *Journal of Sociology* 51 (4): 1003-1016.
- Coburn, Cynthia E et William R Penuel. 2016. « Research–practice partnerships in education: Outcomes, dynamics, and open questions. » *Educational Researcher* 45 (1): 48-54.
- Cook, Bryan G, Lysandra Cook et Timothy J Landrum. 2013. « Moving research into practice: Can we make dissemination stick? » *Exceptional Children* 79 (2): 163-180.
- Cortazzi, Martin, Nick Pilcher et Lixian Jin. 2011. « Language choices and 'blind shadows': investigating interviews with Chinese participants. » *Qualitative Research* 11 (5): 505-535.
- Currie, Graeme et Leroy White. 2012. « Inter-professional barriers and knowledge brokering in an organizational context: the case of healthcare. » *Organization Studies* 33 (10): 1333-1361.
- de Saint-Martin, Claire, Anne Pilotti et Silvia Valentim. 2014. « La réflexivité chez le Doctorant-Praticien-Chercheur. Une situation de Liminalité. » *Interrogations* (19).
- Eckerle Curwood, Susan, Felix Munger, Terry Mitchell, Mary Mackeigan et Ashley Farrar. 2011. « Building Effective Community-University Partnerships: Are Universities Truly Ready? » *Michigan Journal of Community Service Learning* 17 (2): 15-26.
- Elissalde, Jérôme, Judith Gaudet et Lise Renaud. 2010. « Circulation des connaissances: modèle et stratégies. » *Communiquer Revue de communication sociale et publique* (3-4): 135-149.
- Fannin, Maria. 2013. « The burden of choosing wisely: biopolitics at the beginning of life. » *Gender, Place & Culture* 20 (3): 273-289.
- Field, Mark G. 1988. « The position of the Soviet physician: the bureaucratic professional. » *The Milbank Quarterly* : 182-201.

- Foucault, Michel. 1997. *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1976*. Paris: Gallimard.
- Freidson, Eliot. 1974. *Professional dominance: The social structure of medical care*. : Transaction Publishers.
- Frejka, Tomas, Stuart Gietel-Basten, Liga Abolina, Lilli Abuladze, Svitlina Aksyonova, AnĎelko Akrap, Ekaterina Antipova, Mirjana Bobic, Ivan Āipin et Liudmila Fakeyeva. 2016. « Fertility and family policies in Central and Eastern Europe after 1990. » *Comparative Population Studies*.
- Gibbons, Michael. 1994. *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. : Sage.
- Glatleider, M. Pauline. 2006. « Midwifery training to improve ante- and perinatal health in low- and middle-income countries of the former Soviet Union. » *Semin Fetal Neonatal Med* 11 (1): 21-28. Review. doi: 10.1016/j.siny.2005.10.009.
- Godin, Benoit. 1998. « Writing performative history: the new new Atlantis? » *Social studies of science* 28 (3): 465-483.
- Graham, Ian D, Jo Logan, Margaret B Harrison, Sharon E Straus, Jacqueline Tetroe, Wenda Caswell et Nicole Robinson. 2006. « Lost in knowledge translation: time for a map? » *Journal of continuing education in the health professions* 26 (1): 13-24.
- Grant, Susan. 2017. *Russian and Soviet Healthcare from an International Perspective*. : Springer.
- Green, Lawrence W. 2008. « Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? » *Family practice* 25 (suppl\_1): i20-i24.
- Greenhalgh, Trisha et Sietse Wieringa. 2011. « Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review. » *Journal of the Royal Society of Medicine* 104 (12): 501-509.
- Harrison, Helena, Melanie Birks, Richard Franklin et Jane Mills. 2017. Case study research: Foundations and methodological orientations. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*.
- Hartley, Heather. 2002. « The system of alignments challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers. » *Sociology of health & illness* 24 (2): 178-207.
- Holmes, B, Allan Best, Huw Davies, DJ Hunter, Mike Kelly, Martin Marshall et Joanne Rycroft-Malone. 2016. « Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action. » *Evidence and policy* 13 (3): 539-560.

- Hrešanová, Ema. 2007. « Midwives, women, and the professionalization of midwifery: an ethnographic study of two maternity hospitals in the Czech Republic. » *Cogniție, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior* 11 (2): 371-396.
- Hunt, Sheila C et Anthea Symonds. 1995. *The social meaning of midwifery*. : Macmillan International Higher Education.
- Hunter, Billie et Jeremy Segrott. 2014. « Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. » *Sociology of health & illness* 36 (5): 719-737.
- Ibarra, Herminia et Otilia Obodaru. 2016. « Betwixt and between identities: Liminal experience in contemporary careers. » *Research in Organizational Behavior* 36: 47-64.
- INRS. 2020. *Mobilisation des connaissances*. Consulté le 14 juin 2020. <http://www.uqs.inrs.ca/mobilisation>.
- International Confederation of Midwives. 2014. *Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme*. Consulté le 28 septembre 2020. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0006\\_v201406\\_fr\\_philosophie-et-modle-de-soins-de-pratique-sage-femme.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0006_v201406_fr_philosophie-et-modle-de-soins-de-pratique-sage-femme.pdf).
- . 2017. *Définition de la pratique sage-femme*. Consulté le 28 septembre 2020. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0004\\_v201706\\_fr\\_dfnition-de-la-pratique-sage-femme.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0004_v201706_fr_dfnition-de-la-pratique-sage-femme.pdf).
- Issoupova, Olga. 2012. « From duty to pleasure? Motherhood in Soviet and post-Soviet Russia. » In *Gender, state and society in Soviet and post-Soviet Russia*, 40-64. : Routledge.
- Knights, David et Harry Scarbrough. 2010. « In search of relevance: perspectives on the contribution of academic—practitioner networks. » *Organization Studies* 31 (9-10): 1287-1309.
- Larivaara, Meri. 2012. « Reproductive Health Services in Russia and CEE—a Review on Providers and Provider-Patient-Relations Research in English 1990-2010. » *Finnish Yearbook of Population Research* : 137-149.
- Lavis, John, Huw Davies, Andy Oxman, Jean-Louis Denis, Karen Golden-Biddle et Ewan Ferlie. 2005. « Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. » *Journal of health services research & policy* 10 (1\_suppl): 35-48.
- Lee, Amy Su May et Maggie Kirkman. 2008. « Disciplinary discourses: rates of cesarean section explained by medicine, midwifery, and feminism. » *Health Care for Women International* 29 (5): 448-467.

Lee, Taeku et Efrén O Pérez. 2014. « The persistent connection between language-of-interview and Latino political opinion. » *Political Behavior* 36 (2): 401-425.

Lietuvos Respublikos Seimas [Parlement de la Lituanie]. 2014. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 "Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo [On Lithuanian Medical Standard MN 40: 2014 "Midwife. Rights, Duties, Competences and Responsibilities"]. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3e632e10774a11e496d1f482b62f41cd?jfwid=-fxdp7hfe>.

Marsh, Rosalind. 2004. « Women in contemporary Russia and the former Soviet Union. » In *Women, Ethnicity and Nationalism*, 84-112. : Routledge.

McIntosh, Tania. 2013. *A social history of maternity and childbirth: key themes in maternity care*. : Routledge.

Memmi, Dominique. 2010. « L'autoévaluation, une parenthèse? Les hésitations de la biopolitique. » *Cahiers internationaux de sociologie* (1): 299-314.

Mesny, Anne. 2009. « What do 'we' know that 'they' don't? Sociologists' versus non-sociologists' knowledge. » *Canadian Journal of Sociology* 34 (3): 671-696.

Miteniece, Elina, Milena Pavlova, Bernd Rechel et Wim Groot. 2017. « Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: a systematic literature review. » *Social science & medicine* 177: 1-8.

Mivšek, Polona, Martina Baškova et Radka Wilhelmova. 2016. « Midwifery education in central-eastern Europe. » *Midwifery* 33: 43-45.

Morrisette, Joëlle. 2013. « Recherche-action et recherche collaborative: quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? » *Nouvelles pratiques sociales* 25 (2): 35-49.

Mounier-Kuhn, Pierre-Éric. 2010. « Le libre accès: entre idéal et nécessité. » *Hermes, La Revue* (2): 23-30.

Nagar, Richa et Frah Ali. 2003. « Collaboration across borders: Moving beyond positionality. » *Singapore Journal of Tropical Geography* 24 (3): 356-372.

Nash, Kate. 2015. « Application of Sociology to midwifery. » *Introducing the Social Sciences for Midwifery Practice: Birthing in a Contemporary Society* : 20.

Nencel, Lorraine. 2014. Situating reflexivity: Voices, positionalities and representations in feminist ethnographic texts. In *Women's Studies International Forum*, : Elsevier.

- Nowotny, Helga, Peter Scott et Michael Gibbons. 2003. « Introduction: 'Mode 2' revisited: The new production of knowledge. » *Minerva* 41 (3): 179-194.
- Oakley, Ann. 2016. « The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. » *Sociology of health & illness* 38 (5): 689-705.
- Pollard, Katherine C. 2011. « How midwives' discursive practices contribute to the maintenance of the status quo in English maternity care. » *Midwifery* 27 (5): 612-619.
- Power, Alison. 2015. « Contemporary midwifery practice: Art, science or both? » *British Journal of Midwifery* 23 (9): 654-657.
- Praxmarer-Fernande, Stefanie, Claudia Bettina Maier, Ashlee Oikarainen, James Buchan, Galina Perfilieva et World Health Organization. 2017. « Levels of education offered in nursing and midwifery education in the WHO European region: multicountry baseline assessment. » *Public health panorama* 3 (03): 419-430.
- Pringle, Rosemary. 1998. *Sex and medicine: gender, power and authority in the medical profession*. : Cambridge University Press.
- Rechel, Bernd et Martin McKee. 2009. « Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. » *The Lancet* 374 (9696): 1186-1195.
- Reiger, Kerreen. 2008. « Domination or Mutual Recognition? Professional Subjectivity in Midwifery and Obstetrics. » *Social Theory & Health* 6 (2): 132-147. doi: 10.1057/palgrave.sth.2007.12.
- Renfrew, Mary J, Ethel Burns, Mechthild Maria Gross et Andrew Symon. 2015. « Pathways to strengthening midwifery in Europe. » *Entre Nous* 81: 12-15.
- Riska, Elianne et Aurelija Novelskaite. 2008. « Gendered careers in post-Soviet society: Views on professional qualifications in Surgery and Pediatrics. » *Gender Issues* 25 (4): 229.
- . 2011. « Professionalism and medical work in a post-Soviet society: Between four logics. » *Anthropology of East Europe Review* 29 (1): 82-93.
- Rivard, Andrée. 2010. « L'enfantement dans un Québec moderne: générations, mémoires, histoire. ».
- Rose, Gillian. 1997. « Situating knowledges: positionality, reflexivities and other tactics. » *Progress in human geography* 21 (3): 305-320.
- Roux, Dirk J, Jeanne L Nel, Georgina Cundill, Patrick O'farrell et Christo Fabricius. 2017. « Transdisciplinary research for systemic change: who to learn with, what to learn about and how to learn. » *Sustainability Science* 12 (5): 711-726.

- Shaw, Jessica CA. 2013. « The medicalization of birth and midwifery as resistance. » *Health Care for Women International* 34 (6): 522-536.
- Sheng, Margaret L, Shen-Yao Chang, Thompson Teo et Yuh-Feng Lin. 2013. « Knowledge barriers, knowledge transfer, and innovation competitive advantage in healthcare settings. » *Management Decision*.
- Smith, Simon et Vicky Ward. 2015. « The role of boundary maintenance and blurring in a UK collaborative research project: How researchers and health service managers made sense of new ways of working. » *Social science & medicine* 130: 225-233.
- Squires, Allison. 2009. « Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. » *International journal of nursing studies* 46 (2): 277-287.
- Stromerova, Z. 2012. « Midwifery in East Europe: challenges and solutions. » *Midwifery matters* 133 (4).
- Turner, V Kelly, Karina Benessaiah, Scott Warren et David Iwaniec. 2015. « Essential tensions in interdisciplinary scholarship: navigating challenges in affect, epistemologies, and structure in environment–society research centers. » *Higher Education* 70 (4): 649-665.
- University, Cardiff. 2020. *World Health Organisation Collaborating Centre for Midwifery Development*. Consulté le 9 juin 2020.
- Vaillancourt, Yves. 2019. « De la co-construction des connaissances et des politiques publiques. » *SociologieS*.
- Walker, Charlie. 2012. « Positionality and difference in cross-cultural youth research: being 'other' in the former Soviet Union. » In *Innovations in youth research*, 210-228. : Springer.
- Weingart, Peter. 1997. « From “Finalization” to “Mode 2”: old wine in new bottles? » *Social science information* 36 (4): 591-613.
- Witz, Anne. 2013. *Professions and patriarchy*. : Routledge.
- World Health Organization. 2020a. *European Health Information Gateway. Health for All explorer*. Consulté le 2020 08 13. <https://gateway.euro.who.int/>.
- . 2020b. *What we do*. Consulté le 3 mai 2020. <https://www.who.int/about/what-we-do>.
- Wrede, Sirpa, Cecilia Benoit, Ivy Lynn Bourgeault, Edwin R van Teijlingen, Jane Sandall et Raymond G De Vries. 2006. « Decentred comparative research: context sensitive analysis of maternal health care. » *Social science & medicine* 63 (11): 2986-2997.

## ANNEXE I : SCHÉMA D'ENTRETIEN

*Before the interview, the interviewer will review with the participant:*

- *the objectives of the research project;*
- *the content of the information letter;*
- *the terms of the consent form, including the terms of confidentiality;*
- *the format of the interview.*

*The participant will be invited to ask any questions they have about the research project, the interview process, their role as a participant or any related issues.*

*During the interview, the interviewer will first fill a questionnaire, asking the questions orally and writing the interviewee's answers directly on the questionnaire. Then, the interviewer will ask the remaining open-ended questions. The interview will be recorded.*

---

### ***Questionnaire***

1. What is your birth year? \_\_\_\_\_

2. Were you born in Lithuania? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

If not:

2.1. In what country were you born? \_\_\_\_\_

2.2. How many years have you been living in Lithuania? \_\_\_\_\_

2.3. Why did you come to Lithuania?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. What educational institution are you currently attending?

\_\_\_\_ Kauno Kolegijos

\_\_\_\_ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (LSMU)

4. Do you study full time or part time? \_\_\_\_ Full time \_\_\_\_ Part time

5. How many years have you completed in your current midwifery education program?

\_\_\_\_\_

6. How many years do you still have to complete in your current midwifery education program? \_\_\_\_\_

7. Have you taken any other program at a postsecondary educational institution towards a certificate, diploma or degree? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

If so:

7.1. What was your major field of study in this or these program(s)?

---

---

### ***Interview questions***

#### **Personal experience**

What made you want to become a midwife?

#### **Midwifery education and certification**

You are currently studying midwifery at [Kaunas College OR the Lithuanian University of Health Sciences]. Why did you choose to study there?

What department is your midwifery program part of?

What does your study program entail?

What are the theoretical elements (courses, seminars)?

What are the practical elements (observations, work placements, mentorships)?

Is this training required for midwives?

What do you think about these educational requirements for midwives?

What would you change about midwifery education?

Are midwives registered in your country?

Is there a professional order, a certification?

#### **Midwifery profession**

How does maternal healthcare work in Lithuania?

What healthcare services do women typically use before, during, and after childbirth?

Who provides maternal healthcare services?

Where are maternal healthcare services provided?

Are maternal healthcare providers public, private, or both?

What does midwifery work entail?

What parts of pregnancy care, childbirth and postnatal care are midwives involved in?  
Have you ever observed a midwife working with a patient or worked with a patient yourself? If so, tell me about this experience: what did the midwife do?

Is midwifery practice regulated in Lithuania?

Are there laws or rules about what you are allowed to do, as a midwife?

For example, are midwives allowed to attend childbirth on their own?

Is any supervision required for some parts of midwifery work?

What do you think of these rules?

Where do midwives work (hospitals, birthing centres, health clinics, private practice, home birth services)?

Who do midwives work with (doctors, nurses, counselors)?

How do these people work together?

What do you think about the collaboration between midwives and other health professionals?

Are there any other people who do work similar to midwifery?

Are there any doulas or untrained birth supporters in Lithuania?

## **Conclusion**

What do you think about midwifery practice in Lithuania?

What would you change about midwifery practice?

What are the biggest challenges midwives face?

Is there anything important about midwifery in Lithuania you would like to add?

---

*After the interview, the participant will be thanked for their contribution and will be invited, once again, to ask any questions they have about the research project, the interview process, their role as a participant or any related issues. They will be invited to contact the research team, whose contact information is listed on the information letter, if they have any further questions or concerns about the research project.*

## ANNEXE II : TABLE DES MATIÈRES DU RAPPORT PRÉSENTÉ AU MILIEU D'ACCUEIL

---

### Contents

Introduction: Internship project.....	1
Research problem .....	1
Gaps in the literature .....	2
Research question: What is the role of midwives in Eastern Europe? .....	2
Central and Eastern Europe: Regional commonalities and local variations.....	2
Methodology.....	3
Literature review .....	3
Semi-directed interviews.....	4
Collaborative research.....	5
Final products .....	5
Methodological issues .....	6
English language .....	6
Power dynamics between interviewer and interviewee.....	7
Theoretical Framework .....	8
Sociological approach to the study of midwifery.....	8
Medicalization of childbirth .....	9
The biopolitics of maternal healthcare .....	9
Sociology of professions and maternal healthcare .....	10
Research findings: Midwifery education and scope of practice.....	11
Midwifery in Eastern Europe .....	12
Historical context: Motherhood and maternal care in the USSR .....	12
The post-Soviet transition.....	13
Maternal care and midwifery in Lithuania .....	15
Lithuanian student-midwives' perspective.....	16
Midwifery as a medical profession.....	16
Professional dominance in Lithuanian maternal care.....	17
Conclusion.....	19
Bibliography .....	20
APPENDIX I: Factsheet.....	24

# ANNEXE III : FEUILLET D'INFORMATION PRÉSENTÉ AU MILIEU D'ACCUEIL



**LITHUANIA**  
EU member state since 2004  
Population<sup>1</sup>: 2.79 million

GDP<sup>1</sup>: 53.25 billion US\$  
Poverty ratio (1.90\$ / day)<sup>1</sup>: 0.7%

## Health Status

### Life expectancy at birth (2015)<sup>2</sup>



### Fertility rate (2015)<sup>2</sup>



### Caesarean sections (2014)<sup>2</sup> per 1000 live births



### Maternal mortality rate (2015)<sup>2</sup> per 100,000 live births



### Neonatal mortality rate (2014)<sup>2</sup> per 1000 live births



## Healthcare System

### Health expenditure as % of GDP (2012)<sup>2</sup>



### Health insurance system

Single-payer compulsory health insurance system covering medical treatment, but not medicines or dental care<sup>3</sup>.

### Out-of-pocket payments (2015)

Nearly a third (32%) of health spending is paid out-of-pocket, mostly for prescribed and over-the-counter drugs<sup>3</sup>.



### Informal payments (2017)

Over one in ten (12%) healthcare services users report having paid an informal fee to a health practitioner<sup>4</sup>.



## Maternal Health Care

### Number of obstetricians / gynaecologists (2013)<sup>2</sup> per 100,000 population



### Number of midwives (2014)<sup>2</sup> per 100,000 population



## Midwifery Education

### Levels of midwifery education available

- ✓ Vocational qualification
- ✓ Bachelor's degree
- Master's degree / postgraduate degree

### Midwifery education entry streams available

- ✓ Direct entry
- ✓ Non-direct entry (prior education required)

Length of education: 2 years (with nursing degree) – 4 years (direct entry)

Curriculum: In classroom + Work placements

## Midwifery Practice

### Licensing

- ✓ Licensed practice

Regulated by: National Ministry of Health

### Scope of practice

- ✓ Health promotion
- ✓ Counselling
- ✓ Assistance in care provision
- ✓ Independent care provision (low risk cases)
- Prescription of medicines

### Midwifery practice settings

- ✓ Hospital
- ✓ Birth centres / clinics
- ✓ Home setting

### Place of childbirth

- ✓ Hospital
- Birth centres / clinics
- ✓ Home setting (since 2019, low risk cases)

## Notes

---

### Historical background

In Eastern Europe, maternity care remains affected by the region's historical context under the Soviet Regime. The USSR was characterized by State influence over demography in order to maximize its population. Motherhood was viewed as a woman's duty towards the nation, and childbirth was strictly controlled: it was centralised in hospital settings, put under the strict authority of doctors, and managed through State-issued regulations and recommendations. Childbirth was thus firmly placed within the biomedical, technocratic model, although Soviet biomedical research and practices were hindered by the lack of contact with Western countries. Since the fall of the Soviet Union, central and eastern European countries have liberalized their healthcare systems. For several countries, admission into the European Union led to the development and harmonization of midwifery education and practice. The promotion of midwife-led care by international organizations such as the World Health Organization has further facilitated the development of the midwifery profession. However, the progress of midwifery practice is uneven and the biomedical model of care along with some practices inherited from the Soviet Union era remain prevalent.

### College VS University

In Lithuania, midwifery degrees are offered by two types of institutions: colleges and universities, which both offer bachelor's degree-level education in midwifery. Semi-directed interviews with student midwives from Kaunas College and the Lithuanian University of Health Sciences suggest that university education is more highly regarded: one student midwife stated that university education is *"the norm [...] it's just more recognized."* However, both types of educational institutions offer the degree required to obtain the midwifery license.

### Home births

While home births are legal in Lithuania since 2019, they are very uncommon. The public perception of childbirth is still affected by reports of fatalities during home births in Lithuania and surrounding countries. Interviews with student-midwives from Lithuania reveal that both midwives and mothers consider home births unsafe because medical equipment or expertise might not be readily available in the home setting. One interviewee said that *"none of the midwives want to do it because it's a very big responsibility – yeah, because if something went wrong, well, it's on you actually."*

### Doulas

The Doula Association of Lithuania defines a doula as *"a woman who provides non-medical assistance to a pregnant woman during pregnancy, childbirth, and the post-partum period [...] like a sister, a friend or a partner."* Semi-directed interviews with Lithuanian student-midwives reveal some conflicts between doulas and midwives. Indeed, some midwives consider doulas as uneducated and potentially dangerous: *"Usually midwives and doulas don't get along because, well, we have a medical degree and they don't. Sometimes they say things which they are not allowed to say, and usually the mother trusts them more than the doctor, because they know this woman for a longer time, and if they do something that we say they shouldn't do, if something goes wrong, we are responsible, not those doulas."*

---

<sup>1</sup> World Bank. (2019). Lithuania Country Profile.

<sup>2</sup> WHO. (2019). European health Information Gateway.

<sup>3</sup> OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). Lithuania: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<sup>4</sup> OECD. (2018). OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris.

# ANNEXE IV : SÉLECTION DE DIAPOSITIVES DU SUPPORT VISUEL POUR L'ACTIVITÉ DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES DANS LE MILIEU DE STAGE

## The Development of Midwifery Practice in Lithuania

Alix Bukkfalvi-Cadotte  
12 December 2019

### Internship project



National Institute of  
Scientific Research  
Montreal, Canada



Cardiff University  
WHO Collaborating Centre  
Cardiff, UK

M.A. *Knowledge Mobilization and Transfer*  
"Prepares students to assume the diverse  
roles associated with the interface between  
social research and action"

- Coursework
- 3-month internship
- Essay / Internship report

Interest in sexual/reproductive health  
& international collaboration

"provides technical advice, consultancy,  
evidence generation and dissemination in  
order to contribute to scaling up and  
transforming midwifery education across the  
WHO Europe region"

- Midwifery practice in Eastern Europe
- Documenting midwifery education and  
practice in Lithuania

## Theoretical framework

### Biopolitics – Foucault

Power → Located in a network of social practices and interactions

#### Biopower / Biopolitics

→ Administration of populations through the regulation of health, nutrition, and sexuality

- Growing preoccupation for health, both by the ruling institutions and by individuals
- Medical professions as authoritative bodies who monitor bodies and regulate excesses
- Hospital as a site of normativity and surveillance
- Medicalization of childbirth → Childbirth as a medical condition and located within the sphere of biopolitical power

### Professional dominance – Freidson Occupational closure – Witz

#### Professional dominance

Doctors → Privileged, dominant position in health care by asserting their autonomy over clinical and political issues and by preserving the exclusive nature of their knowledge and skills

#### Occupational closure

Process of professionalization by closing access to a profession to all but those who are qualified

- Midwives subject to 'deskilling strategies' by medical profession
- However → Professional boundaries are fluid

## Methodology



### Secondary sources analysis

Broad literature review → motherhood, childbirth, maternal health and midwifery in Eastern Europe



### Primary sources analysis

Public policies, reports, laws → maternal healthcare and midwifery in Lithuania



### Semi-directed interviews

Interviews with six student-midwives in Kaunas, Lithuania → interprofessional relations and subjective perceptions



## Methodology – Issues



### Language

Literature review in English  
 → *lingua franca* of the scientific community

Interviews in English →

- some meaning lost in translation
- psychodynamic effects



### Representation

Time / Resource constraints  
 → Student-midwives more likely to speak fluent English

What about

- student-midwives in rural settings?
- practicing midwives?
- mothers & families?
- doctors & doulas?



### Power dynamics

Power imbalances:

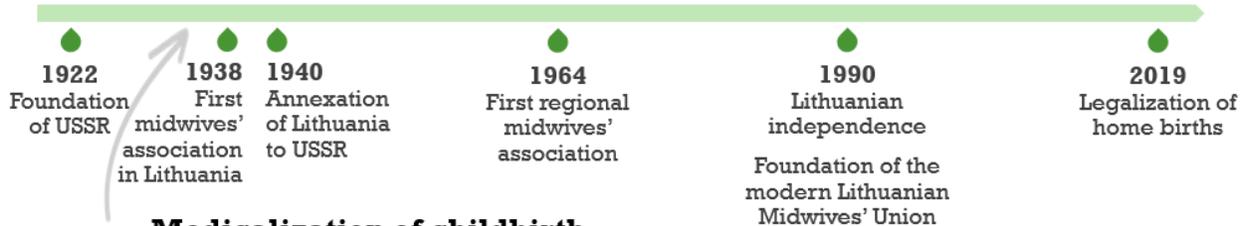
- socioeconomic status
- educational background
- affiliation with WHO

→ Withholding information

→ Socially desirable answers

## Findings – Literature Review

### Historical Context



### Medicalization of childbirth

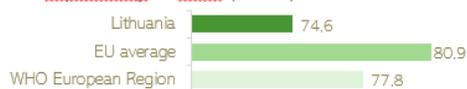
- Centralized healthcare system
- Fragmentation of medical disciplines
- Midwives seen as doctors' assistants
- Restricted access to Western equipment, medications, and scientific knowledge

References: Issouпова, O. (2012). "From duty to pleasure? Motherhood in Soviet and post-Soviet Russia." In *Gender, state and society in Soviet and post-Soviet Russia* (pp. 40-64). Routledge.  
 Borozdina, E. (2018). "Introducing 'natural' childbirth in Russian hospitals. Midwives' institutional work." In *Health, technologies, and politics in post-soviet settings* (pp. 145-171). Palgrave Macmillan, Cham.

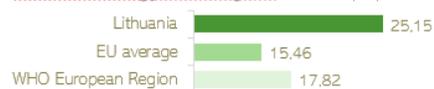
## Findings – Literature Review

### Maternal healthcare and midwifery in Lithuania

Life expectancy at birth (2015)



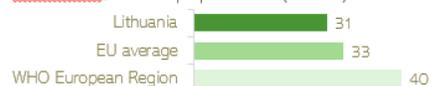
Obstetricians-gynaecologists / 100k population (2013)



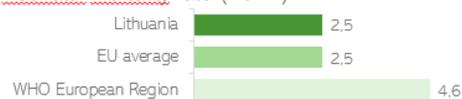
Maternal mortality rate (2015)



Midwives / 100k population (2014)



Neonatal mortality rate (2014)



References: WHO. (2019). European health Information Gateway.

## Findings – Literature Review

### Maternal healthcare and midwifery in Lithuania

In Lithuania, the scope of midwifery practice includes:

- Health promotion
- Consultation services
- Patient monitoring
- *“Providing midwifery care within their competence”*
  - ➔ Perform some examinations
  - ➔ Administer some treatments
  - ➔ Independently manage **“green”** pregnancies and deliveries
  - “yellow”** / **“red”** pregnancies and deliveries under doctor supervision

References: Lietuvos Respublikos Seimas (Parliament of Lithuania). (2014). Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 “Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo [On Lithuanian Medical Standard MN 40: 2014 “Midwife. Rights, Duties, Competences and Responsibilities”].

## Findings – Interviews    Interprofessional relations



**Doctors**



**Midwives**



**Doulas**

"Well, midwives are closer to people. Yeah, they talk more, they understand the feelings, yeah, just closer. And doctors are like, they have a lot of jobs to do, they go from patient to patient and they can't concentrate on one patient."

## Findings – Interviews    Interprofessional relations



**Doctors**



**Midwives**



**Doulas**

"Usually midwives and doulas don't get along because, well, we have a **medical degree** and they don't. Sometimes they say things which they are not allowed to say, and usually the mother trusts them more than the doctor, because they know this woman for a longer time, and if they do something that we say they shouldn't do, if something goes wrong, we are responsible, not those doulas."

# Final products

## Internship report

Contents	2
Research problem	2
Ops in the literature	3
Research question: 'What is the role of midwives in Eastern Europe?'	3
Lithuania as a case study	3
Definition of midwifery	3
Note on the definition of 'Eastern Europe' and local variations within the region.	3
Methodology	4
Qualitative research: Documentary analysis + Interviews	4
Methodological issues	4
English language	4
Power dynamics between interviewer and interviewee	4
Post-Soviet context	4
Theoretical Framework	4
Macro approach	4
Power and biopolitics	5
Sociology of professions	5
Sociological approach to the study of midwifery	5
Medicalization of childbirth	6
Technocratic model vs holistic/social model of care	6
The biopolitics of maternal healthcare	6
Professional dominance in maternal healthcare	7
Midwifery education and scope of practice	8
Midwifery in Eastern Europe	8
Historical context	8
Midwifery and maternal care in the USSR	8
Post-Soviet transition	9
Maternal care and midwifery in Lithuania	11
Lithuanian student-midwives' perspective	12

## Factsheet

**LITHUANIA**  
Population: 3,0 million (2018)  
GDP: 21.25 billion USD (2018)

**Health Status**  
Life expectancy at birth (2017): Lithuania 76.8, EU average 78.4  
Infant mortality rate (2017): Lithuania 1.2, EU average 1.2  
Maternal mortality rate (2017): Lithuania 1.2, EU average 1.2

**Midwifery Education**  
Number of midwives (2017): Lithuania 10,000, EU average 10,000  
Midwifery education available: Lithuania Yes, EU average Yes

**Midwifery Practice**  
Scope of practice: Lithuania Yes, EU average Yes  
Regulated by National Ministry of Health: Lithuania Yes, EU average Yes

**Notes**  
Midwifery background: In Lithuania, midwifery was heavily affected by the region's historical context under the Soviet Regime. The Lithuanian midwifery was characterized by state influence over autonomy in order to maintain its jurisdiction. Maternal care was viewed as a woman's duty towards the nation, and midwifery was strongly associated with a centralized health authority, and under the strict authority of doctors, and managed through top-down regulations and supervision. Childbirth was then a group activity. The historical, independent midwife, although being formalized midwife and practicing independently by the use of national health insurance, during the fall of the Soviet Union, central and eastern European countries have transformed their healthcare systems for several countries, ultimately into the European model. In the international and harmonization of midwifery education and practice, the promotion of midwifery led care by international organizations such as the World Health Organization has further facilitated the development of the midwifery profession. However, the progress of midwifery practice is uneven and the historical model of care along with some practices inherited from the Soviet Union are being questioned.

College VS University: In countries, midwifery degrees are offered by two types of institutions: colleges and universities, which both offer bachelor's degree-level education in midwifery. In Lithuania, both midwifery colleges and universities offer bachelor's degrees and the curriculum of these degrees suggest that midwifery education is more highly regulated than midwifery education that university education is "the course is 2-3 years and more regulated". However, both types of educational institutions offer the degree requirements within the midwifery domain.

Notes 2018: While home births are legal in Lithuania since 2005, they are only uncommon. The public perception of midwifery is still affected by reports of fatalities during home births in Lithuania and surrounding countries. Interviews with Lithuanian midwives from Lithuania reveal that both midwives and mothers consider home births unsafe because medical equipment is expensive and not so readily available in the home setting. One interviewee said that "Some of the midwives want to do a doctor's job or a very big responsibility - work, the absence of everything and working with it, it can be dangerous".

Notes: The focus literature of Lithuania defines a study as "to obtain also possible non-medical assistance in a pregnant woman during pregnancy, childbirth, and the postpartum period [...] like a nurse, a friend or a partner". Some literature interviews with Lithuanian student midwives reveal some specific barriers, risks and midwives. Indeed, some midwives consider doctors as uneducated and potentially dangerous. "Usually midwives and doctors don't get along because, well, we have a medical degree and they don't. Sometimes they say things which they are not allowed to say, and usually the mother trusts them more than the doctor, because they have the common language, they don't change the understanding that we are the doctor, the parenting, giving birth, all are responsible, not their doctor".

## What now?

- Supplementary research about Lithuania to complete the data?
- Targeted interventions in Lithuania to support the development of midwifery education and practice?
  - How to discuss home births while taking into account the intense medicalization of childbirth and the 'medical' identity of Lithuanian midwives?
- Factsheets for other countries?