



PANEL CITOYEN SUR L'AVENIR DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME

AVIS DU PANEL CITOYEN

PRÉSENTÉ AU :
COMITÉ D'ORIENTATION DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Pour citer ce document

INM. « Avis du panel citoyen sur l'avenir de la pratique sage-femme ». Montréal, printemps 2025.

Au comité d'orientation
des États généraux de la pratique sage-femme

Objet : Avis du panel citoyen sur l'avenir de la pratique sage-femme au Québec

Nous, panel de 16 citoyennes et citoyens du Québec réunis sur une période d'un mois au printemps 2025, avons produit un avis en réponse à la question suivante :

Souhaitons-nous offrir un accès équitable et de qualité aux services de sage-femme ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Étudiantes et étudiants, pères et mères de famille, travailleurs et travailleuses ou encore personnes retraitées, nous formons un panel citoyen aux profils et expériences variés. Au début de cette démarche de consultation, nous avions des connaissances inégales et souvent limitées sur les services de sage-femme. Pour la majorité d'entre nous, cette pratique demeurait inconnue : nous ignorions qu'elle était encadrée par une loi, qu'elle nécessitait une formation universitaire, ou qu'elle était sécuritaire pour les personnes enceintes.

Notre panel a été sélectionné au hasard parmi 976 candidatures reçues en réponse à l'invitation lancée par Léger Opinion auprès de son panel Web. Notre groupe est constitué de personnes d'une diversité d'âges, de genres, d'origines, de régions administratives du Québec, de professions, de niveaux de scolarité et de niveau d'expériences vis-à-vis des services de sage-femme.

Pour préparer le présent avis, nous avons pris connaissance d'un document d'information produit par l'Institut du Nouveau Monde (INM) et avons entendu 15 personnes expertes¹ dans le cadre de deux soirées d'auditions². Ces personnes ont répondu à nos questions et nous ont éclairés sur plusieurs aspects : l'histoire de la pratique sage-femme au Québec, ses spécificités dans le contexte québécois, les rôles et compétences associés à cette pratique, l'organisation des services, les modèles internationaux ainsi que les effets démontrés du modèle sage-femme. Elles ont également abordé le portrait de l'accès aux services, les freins et inégalités rencontrés par les populations marginalisées et vulnérables, l'accès pour les communautés autochtones, la collaboration interprofessionnelle, ainsi que l'expérience des

¹ Un comité d'orientation et un comité d'expertes ont été constitués afin d'identifier les sujets à développer dans le document d'information et les personnes expertes à rencontrer lors des auditions. Voir [Annexe 1 : Membres du comité d'orientation](#) et [Annexe 2 : Membres du comité d'expertes](#).

² Le document d'information et les auditions peuvent être consultés sur le site Internet de la démarche : <https://inm.qc.ca/sage-femme/>

usagères des services de sages-femmes³. Par la suite, nous nous sommes rencontrés en personne à Montréal pendant une fin de semaine.

Au terme de nos délibérations, **nous sommes d'avis que nous devons offrir un accès équitable et de qualité aux services de sage-femme**. Cette position repose à la fois sur des données probantes démontrant les bénéfices de l'approche sage-femme pour suivre les grossesses et assister les accouchements des personnes en santé⁴, ainsi que sur les valeurs qui ont guidé nos échanges, notamment le respect du libre choix des femmes enceintes et la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux services sur l'ensemble du territoire québécois.

Parmi nos apprentissages, plusieurs éléments de la pratique sage-femme au Québec nous ont frappés :

- Malgré plusieurs décennies de pratique et de revendications, celle-ci n'a été légalisée qu'en 1999;
- En 2025, l'Ordre des sages-femmes du Québec compte seulement 325 sages-femmes pour plus de 4 millions de femmes au Québec⁵. Seulement près de 5% des grossesses au Québec sont suivies par des sages-femmes⁶;
- La formation universitaire n'est offerte que dans un seul établissement, soit à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR);
- Les services sont répartis de manière inégale entre les régions, dont certaines en sont dépourvues (Côte-Nord, Laval)⁷;
- Les sages-femmes pourraient répondre à 90% des besoins périnataux⁸.

Nous considérons que la sage-femme doit être la porte d'entrée des services périnataux pour toutes les femmes du Québec, et qu'elle doit pouvoir référer les grossesses à risque vers d'autres professionnelles et professionnels. Il s'agirait d'un changement de paradigme important, mais d'autant plus justifié, puisqu'il contribuerait au désengorgement du système de santé en renforçant la première ligne et en libérant les médecins-obstétriciens pour les grossesses les plus à risque. Nous comprenons toutefois que compte tenu du faible nombre

³ Voir [Annexe 3 : Liste des personnes expertes rencontrées par les membres du panel lors des auditions publiques](#).

⁴ Entres autres: réduction des césariennes, réduction des hémorragies post-partum, amélioration de la satisfaction avec l'expérience de l'accouchement, augmentation des taux d'allaitement, réduction des naissances prématurées, réduction du tabagisme en fin de grossesse, réduction des besoins de sutures périnéales, amélioration de la santé mentale postnatale.

⁵ Institut de la statistique du Québec. Population du Québec selon l'âge et le genre. 2025. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/demographie/population-quebec-selon-age-et-sexe?onglet=ensemble-de-la-population>

⁶ Regroupement des sages-femmes du Québec (RSFQ). 2024. <https://www.rsfq.qc.ca/>

⁷ RSFQ. 2025. <https://www.rsfq.qc.ca/trouver-une-sage-femme/>

⁸ International Confederation of Midwives, Organisation mondiale de la santé, United Nations Population Fund. 2021. *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde, 2021*. <https://internationalmidwives.org/fr/resources/letat-de-la-pratique-de-sage-femme-dans-le-monde-2021/>

de sages-femmes pour répondre aux besoins actuels de la population, plusieurs changements devront être planifiés et mis en œuvre pour inverser cette tendance.

Parmi les **défis et obstacles à l'accès équitable et de qualité aux services de sage-femme**, nous avons identifié :

Le manque de visibilité et de reconnaissance de la pratique

- Une méconnaissance ou des idées fausses sur la pratique sage-femme, alimentées par des mythes et une faible présence médiatique.
- La stigmatisation et la reconnaissance limitée des compétences des sages-femmes, y compris au sein du réseau de la santé.
- Une communication insuffisante du gouvernement et des instances professionnelles (ordre, association).

La dominance d'une approche médicalisée de la naissance

- Une vision sociale centrée sur l'hôpital et la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement.
- Une perception négative ou une méfiance envers les services de sage-femme.

Des obstacles à la formation et à l'entrée dans la profession

- Une offre de formation limitée à un seul établissement, avec stages non rémunérés.
- Une capacité d'admission restreinte par le nombre limité de préceptrices, lesquelles ont pour rôle de superviser les étudiantes sages-femmes durant leurs stages en maison de naissance.

Des inégalités territoriales pour les services disponibles

- Un faible nombre de sages-femmes et une pénurie de personnel médical.
- Plusieurs régions avec peu ou aucun service, entraînant déplacements et longues attentes.
- Un recours forcé aux hôpitaux, faute d'alternatives locales, comme des maisons de naissance.

Des difficultés systémiques

- Une collaboration interprofessionnelle freinée par un cloisonnement entre les professions et leurs visions concurrentes.
- Une faible intégration des sages-femmes dans les structures décisionnelles du réseau de santé.
- Des contraintes réglementaires, législatives et structurelles (assurances professionnelles, règlements pour les transferts, ententes de services).
- Des ressources financières limitées.

De manière unanime, nous répondons « oui » à la question « **souhaitons-nous offrir un accès équitable et de qualité aux services de sage-femme ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?** ». Afin d’y arriver, trois axes stratégiques nous apparaissent prioritaires, soit :

- Renforcer l’intégration des services de sage-femme dans le système de santé et de services sociaux
- Informer la population et faire connaître la pratique
- Planifier un accès juste et adapté aux services à travers le Québec

1. Renforcer l’intégration des services de sage-femme dans le système de santé

Des sages-femmes quittent la profession entre autres parce qu’elles ont des conditions de travail exigeantes, comme en témoigne le fait que 75% d’entre elles choisissent de pratiquer à temps partiel. De plus, plusieurs sages-femmes ressentent du scepticisme, voire du mépris, de la part des autres professionnelles et professionnels lorsqu’elles collaborent dans le cadre d’un transfert de soins⁹. L’approche sage-femme semble aussi méconnue, tant du réseau de la santé que de la population, alors que leur niveau d’autonomie professionnelle est comparable à une spécialisation en accouchement physiologique. Il y a lieu d’accroître la connaissance et la compréhension des services de sage-femme auprès des divers acteurs et actrices du réseau de la santé et des services sociaux comme premier pas vers l’amélioration de l’information du public, et du référencement des femmes enceintes vers des services de sage-femme.

Voici nos propositions pour accompagner ces changements :

Renforcement de la collaboration interprofessionnelle

- Demander aux Facultés d’enseignement supérieur (médecine, pharmacie, science infirmière, etc.) d’inclure l’information sur les services et compétences des sages-femmes dans le tronc commun de formation des médecins et des autres professionnelles et professionnels de la santé.
- Inciter ces Facultés, en collaboration avec les Ordres ou regroupements professionnels, à élaborer une stratégie de perfectionnement ou de formation obligatoire pour mettre à niveau la connaissance de la pratique sage-femme des autres professionnelles et professionnels pertinents en exercice.
- Veiller à ce que chaque établissement de santé désigne une personne-ressource ayant une connaissance approfondie des services de sage-femme et disposant d’un mandat ainsi que des ressources nécessaires pour promouvoir la compréhension de leurs

⁹ Marie-Elaine Malo, 2024. *Les conditions ayant influencé l’intégration de la profession de sage-femme au sein du système de santé québécois* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/21793/malo_marie-elaine_MSc_2024.pdf?sequence=4&isAllowed=y

services et de leur modèle au sein des équipes médicales. Cela faciliterait le dialogue interprofessionnel et contribuerait à réduire les préjugés.

- S'inspirer des régions où les taux de suivi par les sages-femmes sont plus élevés, comme l'Outaouais, afin d'identifier les facteurs de succès et de partager les bonnes pratiques.
- Inviter les ordres, associations et regroupements professionnels (ex. médecins, pharmaciens, infirmières) à inclure des sages-femmes en tant que conférencières lors de leurs congrès annuels, afin de présenter leur formation et leur approche.

Élargissement du nombre de personnes admissibles au suivi sage-femme et de leur rôle de première ligne

- Élargir les conditions d'admissibilité aux services de sage-femme aux femmes qui peuvent avoir certains facteurs de risque (ex. âge ou autre condition de santé) considérant que la sage-femme pourra les référer à une autre professionnelle ou un autre professionnel en cas de complication.
- Élargir le champ de pratique des sages-femmes, en collaboration avec les instances pertinentes, notamment en permettant le suivi de grossesses présentant légèrement plus de risques, et pour permettre aux sages-femmes de suivre des femmes ayant recours à la péridurale (comme c'est le cas en Colombie-Britannique). Leur champ de pratique pourrait également être élargi pour leur permettre de donner des soins plus larges en santé sexuelle et reproductive, et ainsi renforcer leur rôle de première ligne.
- Mettre en place des projets-pilotes dans les milieux où la pratique sage-femme est bien implantée afin de tester le suivi de certaines grossesses à risque, et de tester un rôle élargi de soins de santé sexuelle et reproductive.
- Ajuster la formation en fonction des décisions d'élargissement des conditions d'admissibilité ou d'élargissement du champ de pratique.

Amélioration des conditions de travail des sages-femmes

- Revoir l'organisation du travail des sages-femmes, en concertation avec les instances et les départements sages-femmes, afin d'alléger leur charge et réduire les exigences associées à leur pratique (notamment en limitant davantage le nombre d'heures consécutives de garde).
- Élargir les milieux de pratique accessibles aux sages-femmes afin de leur offrir davantage d'options pour exercer professionnellement. Cela nous semble aussi crucial pour renforcer l'attractivité et la rétention dans la profession. Des projets pilotes pourraient être mis en place, prioritairement dans les régions actuellement non desservies, pour permettre à des groupes de sages-femmes de se réunir dans une plus grande diversité de milieux de pratique, voire dans des milieux autogérés offrant des services couverts par le régime public (à l'image des groupes de médecine familiale, des cliniques d'infirmières-praticiennes spécialisées ou des coopératives de solidarité).

2. Informer la population et faire connaître la pratique

C'est avec stupéfaction que nous réalisons que la profession sage-femme demeure, en 2025, encore méconnue d'une large part de la population, et que des réticences persistent à son égard dans les milieux hospitaliers. Des craintes subsistent aussi quant à la sécurité du bébé et de la femme lors d'un accouchement mené par une sage-femme. Plusieurs ignorent enfin la rigueur, la teneur et la durée de la formation des sages-femmes.

Voici différentes pistes à explorer pour améliorer la perception du public et du système médical envers les sages-femmes :

Information et éducation de la population

- Lancer une vaste campagne d'information publique gouvernementale et nationale. En misant sur différents canaux, tant traditionnels que numériques, il faut éduquer la population sur les bénéfices, la formation et l'approche des sages-femmes. Cette campagne pourrait miser sur :
 - Une ou des personnes porte-paroles connues du public pour rejoindre l'ensemble de la population via des formats populaires (humour, bande dessinée, etc);
 - Une stratégie de relations de presse;
 - Des témoignages diffusés sur les réseaux sociaux, accompagnés d'un espace interactif pour poser des questions en messagerie privée;
 - Du matériel informatif (feuillet, codes QR) déployé dans les lieux fréquentés par les publics cibles (pharmacies, CLSC, écoles, maisons de jeunes, salles d'attente, maisons d'hébergement, etc.).
- Mieux faire connaître la pratique sage-femme dans les espaces dédiés aux jeunes en choix de carrière, par exemple dans les cégeps (kiosques, stages d'un jour, ou Journée carrière), et bonifier la promotion de la pratique par les conseillères et les conseillers en orientation.
- Réimprégner la culture populaire d'une information juste et adéquate, dès l'enfance et l'adolescence, en mobilisant différents outils, notamment l'intégration d'un volet spécifique dans le cursus scolaire d'éducation à la sexualité (adapté à l'âge des élèves).

Déploiement de stratégies de référencement

- Que Santé Québec émette une directive de standardisation des pratiques d'information aux femmes enceintes sur les services disponibles et accessibles, afin d'exercer un choix éclairé.
- Que les départements de sages-femmes des CISSS ou des CIUSSS identifient une sage-femme-ressource qui puisse répondre aux questions des autres professionnelles et professionnels dans les lieux de référencement.

- Former le corps médical (notamment les personnes intervenantes de la ligne 811 Info-Santé, les pharmaciennes et pharmaciens, les groupes de médecine familiale, et tout autre lieu de référencement ou de prise en charge d'une femme enceinte), pour que la pratique mieux comprise et recommandée en première ligne.

3. Planifier un accès juste et adapté aux services à travers le Québec

Même s'ils sont très appréciés par leurs utilisatrices, les services de sage-femme sont offerts de façon très inégale sur le territoire québécois. Les maisons de naissance sont géographiquement éloignées les unes des autres dans les régions à l'extérieur des grands centres urbains, ce qui pose un enjeu d'accessibilité (notamment en l'absence de transport en commun pour s'y rendre). Et même si les services en eux-mêmes sont couverts par la RAMQ, ils peuvent entraîner des coûts importants, notamment en temps et en frais de relogement temporaire, de déplacement, de gardiennage, etc. Le fait qu'il existe un unique lieu de formation à Trois-Rivières peut aussi limiter le déploiement de la pratique. Enfin, plusieurs populations vulnérables vivent des difficultés d'accès plus criantes aux services de sage-femme, par exemple les personnes marginalisées ou immigrantes.

Voici nos propositions pour l'accès juste et adapté aux services, à travers les régions et les populations, que nous souhaitons :

Augmentation et planification de l'offre de services régionale

- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec élaborent une planification stratégique de l'élargissement de l'offre de services de sage-femme, adaptée aux projections démographiques dans chacune des régions du Québec. Cette planification devrait notamment permettre :
 - D'établir des cibles incluant un ratio (du nombre de maisons de naissance et de sages-femmes), selon les régions, les populations et la densité, afin d'orienter les efforts de recrutements là où les besoins sont les plus criants;
 - D'accroître le nombre de lieux de pratique sage-femme, notamment dans les Maisons Bleues et les autres modèles de périnatalité sociale, en accordant une attention particulière aux régions et aux populations marginalisées, vulnérables ou immigrantes, afin de favoriser l'accès aux services.
- S'inspirer des autres modèles, notamment des communautés autochtones, immigrantes, ou européennes, tout en gardant les spécificités propres au modèle québécois, comme l'autonomie de la pratique.
- Uniformiser les règles et les ententes de services entre les établissements en s'appuyant sur des lignes directrices communes à l'échelle des régions et des

sous-régions, tout en laissant une marge d'adaptation aux réalités et besoins propres à chaque population locale.

- Élargir les portes d'entrée vers les services de sage-femme pour mieux rejoindre les populations vulnérables, en collaborant avec des travailleuses et travailleurs de rue, des centres communautaires, des organismes de proximité et des lieux comme les soupes populaires.

Développement de la formation des sages-femmes

- Favoriser une représentation diversifiée au sein de la profession en facilitant l'accès à la formation et au recrutement, notamment par la reconnaissance des acquis des personnes immigrantes et l'élargissement de l'offre de formation.
- Augmenter les lieux de formation des sages-femmes, notamment en déployant des antennes régionales de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour éliminer la barrière géographique des études.
- Élargir le nombre d'admissions à la formation, notamment en permettant à une préceptrice d'accueillir deux stagiaires (selon la nature des stages et avec l'accord de la sage-femme et de la femme) et en donnant plus de renseignements sur la formation.
- Valoriser et transmettre les savoirs des sages-femmes d'expérience, notamment celles à la retraite, en favorisant leur implication auprès des femmes accompagnées, selon leurs disponibilités, leurs capacités et les besoins identifiés. Par exemple, en les intégrant dans des rôles de mentorat ou d'accompagnement.

Mesures temporaires d'incitation et de compensation (en attendant l'élargissement de l'offre de services)

- Offrir une compensation financière plus accessible aux personnes qui doivent se déplacer dans une autre région pour accéder aux services¹⁰.
- Encourager la pratique en région éloignée en offrant des incitatifs financiers, en valorisant et en faisant la promotion de ces milieux, ainsi qu'en proposant des conditions de travail attrayantes, incluant des avantages adaptés comme des horaires de type 10 jours de travail / 10 jours de congé.

Nous remercions les membres du comité d'orientation des États généraux de la pratique sage-femme de nous avoir donné l'opportunité de nous informer, de réfléchir et de formuler un avis sur les moyens d'offrir un accès équitable et de qualité aux services de sage-femme. Nous sommes fières et fiers du travail accompli et nous espérons que nos idées contribueront à guider nos politiques publiques.

¹⁰ Actuellement, il est possible de demander un crédit d'impôt non remboursable si des frais de déplacement et de logement ont été payés pour obtenir des soins médicaux qui ne sont pas offerts à moins de 200 kilomètres. <https://www.revenuquebec.ca/fr/citoyens/credits-dimpot/frais-pour-soins-medicaux-non-dispenses-dans-votre-region/>

Cet avis a été adopté à l'unanimité.

Veillez recevoir l'expression de nos souhaits les plus sincères.

Les membres du panel citoyen sur l'avenir de la pratique sage-femme

Guillaume Babin, Saint-Hubert – **Kim Chabot**, Saint-Eustache – **J. Frédéric Coallier**, Beloeil – **Michel Dubreuil**, Québec – **Ange Theodore Fahe**, Sherbrooke – **Isabelle Hachette**, Gatineau – **Leidy Hurtatiz**, Léry – **Kenza Baba**, Montréal – **Josiane Laberge**, Saint-Eustache – **Colette Lanthier**, Saint-Léonard-de-Portneuf – **Louise Lepage**, Témiscouata-sur-le-Lac – **Heidi Menvielle**, Trois-Rivières – **Linda Poirier**, Gore – **Eve St-Jean**, Gatineau – **Marie-Hélène Tardif**, Kamouraska – **Dulce Vivar**, Charlevoix.



Les membres du panel citoyen sur l'avenir de la pratique sage-femme avec l'équipe de projet de l'INM lors des délibérations à Montréal.

Les travaux ont été pilotés par l'INM et financés par le Ministère de la santé et des services sociaux, pour mettre à contribution les citoyennes et citoyens dans la réflexion sur l'avenir de la pratique sage-femme au Québec.

Équipe de projet de l'INM

Malorie Flon / Directrice générale

Jennifer Teasdale-Raymond / Directrice, stratégie et développement de l'équipe

Meliza Alili / Chargée de projet sénior

Lili Jacob / Analyste-rédactrice

Philippe Meilleur / Chargé de projet

Annexe 1 : Membres du comité d'orientation

- Marie-Eve Blanchard pour le Regroupement Naissances Respectées
- Alix-Ann Boucher-Gendron pour l'Association des étudiant·e·s sages-femmes du Québec
- Sophie Desindes pour le Département d'obstétrique-gynécologie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Sabrina Fortin pour la Direction santé mère-enfant du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Marie-Ève Giroux pour le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Amaili Jetté pour le Regroupement Les sages-femmes du Québec
- Sarah Landry pour le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement
- Julie Pelletier pour l'Ordre des sages-femmes du Québec
- Marie-Ève St-Laurent pour le Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières
- Elizabeth Tailly pour Les cheffes des départements cliniques de sages-femmes du Québec

Annexe 2 : Membres du comité d'expertes

- **Caroline Paquet**, directrice de Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- **Marielle Mbangha**, coordonnatrice du Service de référence en périnatalité pour les femmes immigrantes de Québec.
- **Raymonde Gagnon**, professeure au Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- **Karina Daigle**, docteure en santé publique et professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.
- **Frédérique Cornellier**, conseillère en développement de projets autochtones au Service Mamawi Mikimodan, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Annexe 3 : Liste des personnes expertes rencontrées par les membres du panel lors des auditions publiques

Les auditions sont disponibles pour consultation sur le site Internet de la démarche, à l'adresse suivante : <https://inm.qc.ca/sage-femme/>

Voici les personnes expertes rencontrées :

- **Amaili Jetté**, membre du Regroupement les Sages-Femmes du Québec.
- **Andrée Rivard**, historienne et chercheuse associée à la Chaire Claire-Bonenfant – Femmes, Savoirs et Sociétés (Université Laval).
- **Caroline Paquet**, directrice du Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- **Frédérique Cornellier**, membre du comité Objectif Sages-Femmes Abitibi-Témiscamingue.
- **Geneviève Dessureault**, usagère des services.
- **Josyane Giroux**, ancienne présidente du Regroupement Les Sages-Femmes du Québec.
- **Julie Pelletier**, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec.
- **Karina Daigle**, docteure en santé publique et professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.
- **Marie-Eve St-Laurent**, sage-femme du département de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- **Marielle Mbangha**, coordonnatrice du Service de référence en périnatalité pour les femmes immigrantes de Québec.
- **Martine Morin**, médecin.
- **Maude Poulin** et **Linda Gray** (étudiante sage-femme) - Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

- **Raymonde Gagnon**, professeure au Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- **Roxanne Lorrain**, usagère des services.
- **Sabrina Fortin**, ministère de la Santé et des Services sociaux, direction santé mère-enfant.