



## Les États généraux **de la pratique sage-femme**

# Dossier d'information à l'intention des membres du jury citoyen

États généraux de la pratique sage-femme 2025

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>2</b>
<b>Partie 1 : La pratique sage-femme au Québec</b>	<b>5</b>
Le rôle des sages-femmes dans le système de santé	5
Une profession à découvrir : Qui sont les sages-femmes ?	5
La spécificité des sages-femmes	7
Des rôles en gestion, en représentation et en enseignement	8
Le fonctionnement des services de sages-femmes	9
Les modèles sage-femme de continuité des soins	12
Les effets positifs démontrés des modèles sage-femme de continuité des soins	
13	
Les établissements où exercent les sages-femmes au Québec	13
La collaboration interprofessionnelle	15
Le parcours de formation pour devenir sage-femme	16
Baccalauréat en pratique sage-femme	16
Des enjeux spécifiques à la formation	17
Certificat personnalisé en pratique sage-femme	17
La formation des sages-femmes autochtones	17
<b>Partie 2 : Les enjeux actuels de la pratique sage-femme au Québec</b>	<b>18</b>
L'accès aux soins et services des sages-femmes	18
L'arriimage des sages-femmes dans le système de santé	20
Des obstacles politiques et législatifs entravant le développement de la profession	20
Les défis de la formation	22
<b>Conclusion</b>	<b>23</b>
Dates, chiffres et éléments clés en bref	24
<b>Ressources</b>	<b>25</b>

# Introduction

Vous participez à un jury citoyen qui se penche sur la question suivante : « Souhaitons-nous offrir un accès équitable et de qualité aux services de sage-femme ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ? ».

Il y a 25 ans, la profession sage-femme a été légalisée au Québec, mais la pratique des sages-femmes demeure encore méconnue du grand public. Ce document a pour objectif de vous éclairer sur le rôle et la pratique des sages-femmes, ainsi que sur le développement de cette profession au Québec. Les États généraux de la pratique sage-femme offrent une occasion précieuse de faire le point sur la place qu'elles occupent dans la société québécoise et d'identifier les défis auxquels elles font face, notamment en lien avec l'accessibilité de leurs services. En tant que citoyenne et citoyen, votre perspective est cruciale pour guider cette démarche.

Élaboré par Julie Ouellet, sage-femme et chercheuse post-doctorale, en collaboration avec l'INM et le comité d'expertes, ce dossier d'information vous propose un premier tour d'horizon de la pratique sage-femme au Québec. Au fil de votre lecture, prenez des notes, surlignez les passages et les données qui vous interpellent, notez vos questions et parlez-en autour de vous. N'hésitez pas à explorer les ressources complémentaires, qu'il s'agisse d'études scientifiques, d'articles de presse, de vidéos ou de balados.

Bonne lecture !

## **L'histoire des sages-femmes au Québec en bref : de l'illégalité à la reconnaissance**

Depuis l'Antiquité, la pratique sage-femme est attestée dans de nombreuses civilisations à travers le monde. Longtemps transmise de manière orale et par l'expérience, elle s'inscrivait dans un cercle essentiellement féminin, où des femmes expérimentées accompagnaient la grossesse et l'accouchement. Cet accompagnement se faisait souvent à domicile, au plus près des besoins des femmes enceintes. On retrouve également des traces de cette pratique dans les traditions des communautés autochtones d'Amérique du Nord, où les savoirs ancestraux liés à la naissance étaient intégrés aux structures communautaires et culturelles. Cette continuité historique témoigne de l'importance du rôle des sages-femmes dans les soins périnataux et de leur évolution au fil des siècles.

Au Québec, la pratique sage-femme a longtemps évolué en parallèle de la médecine moderne. Au début du 18e siècle, des sages-femmes formées en France sont arrivées et ont exercé dans la colonie. Jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, elles constituaient la principale ressource pour l'accompagnement des femmes enceintes, en particulier dans les régions rurales et éloignées. Toutefois, avec l'essor de la médecine scientifique et la professionnalisation croissante des soins de santé, les accouchements ont progressivement été médicalisés et déplacés vers les hôpitaux.

À partir de 1940, l'accouchement devient un acte médical réservé aux médecins, rendant la pratique des sages-femmes illégale (Giroux et al., 2008). Dans les années 1970-1980, des militantes féministes pour les droits reproductifs (celles-ci militent notamment pour l'instauration de la contraception, la décriminalisation de l'avortement et l'humanisation des naissances) dénoncent la médicalisation des accouchements à l'hôpital et relancent l'intérêt pour la pratique sage-femme.

Dans les années 1990, le Canada est le seul pays industrialisé où la profession de sage-femme n'est pas encore reconnue (Vadeboncoeur et al., 1995). La réémergence de cette profession est initiée par des femmes qui se sont autoformées, puis regroupées et structurées (Lemay, 2007). En 1990, à la suite des demandes de la population et malgré les réticences du corps médical, le gouvernement du Québec adopte une loi autorisant l'expérimentation de la pratique dans le cadre de projets-pilotes, plutôt qu'une reconnaissance directe comme en Ontario. Un processus rigoureux d'évaluation des compétences est alors mis en place pour permettre la participation des sages-femmes à ces projets. En 1999, au terme de cette expérimentation et sous l'effet d'une pression populaire grandissante, la profession est légalisée. L'Ordre des sages-femmes du Québec et le baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) sont créés. Dans les premières années, les sages-femmes exercent exclusivement dans des maisons de naissance, le contexte étant marqué par des difficultés de collaboration, notamment en raison de réticences exprimées par une partie du corps médical. En 2004, des accords sont établis pour leur permettre d'exercer en centre

hospitalier, et en 2005, tous les obstacles légaux sont levés pour permettre les accouchements à domicile.

En 2025, l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) compte 327 sages-femmes inscrites à travers la province. 15 régions sur 17 sont desservies par des services de sages-femmes et 3 700 bébés sont nés avec une sage-femme au Québec dans la dernière année (sur un peu plus de 77 000 naissances).

## **Partie 1 : La pratique sage-femme au Québec**

### **Le rôle des sages-femmes dans le système de santé**

Depuis plus de 25 ans, les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans le système de santé, dans un nombre croissant de régions du Québec. Pourtant, leur offre de services est encore largement méconnue de la population. Par exemple, seulement une personne sur quatre sait que ce service est entièrement couvert par le régime public d'assurance-maladie du Québec (Ferret, 2024).

Il est prouvé que les femmes et personnes enceintes rencontrent des difficultés pour distinguer les professionnel·les de première ligne de ceux de la deuxième ligne. La première ligne regroupe les sages-femmes, les médecins de famille, les infirmières et les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL), qui offrent des services aux femmes et personnes enceintes en bonne santé et ayant une grossesse normale. La deuxième ligne, quant à elle, inclut les obstétriciens-gynécologues qui sont formés pour être responsables des grossesses à risque. Cette spécialité comporte plusieurs autres volets spécialisés liée à la santé reproductive des femmes (l'urogynécologie, la gynéco-oncologie, l'endocrinologie gynécologique de la reproduction, l'infertilité). Contrairement à d'autres pays, au Canada, les personnes enceintes en santé et sans complication peuvent avoir directement accès aux services d'un spécialiste (obstétricien-gynécologue) sans référence médicale.

Les sages-femmes ont beaucoup à offrir à la population québécoise. En effet, leur approche unique de la grossesse et de l'accouchement et la qualité des soins qu'elles offrent est exceptionnelle. Mais qui sont-elles et que font-elles exactement ?

### **Une profession à découvrir : Qui sont les sages-femmes ?**

La sage-femme est une professionnelle de la santé de première ligne. Elle est formée et qualifiée pour être pleinement responsable des soins et des services pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, tant pour la mère que pour le nouveau-né en santé, et ce, jusqu'à six semaines après la naissance.

Concrètement, cela signifie qu'elle évalue et veille au bon déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale, en considérant ce processus

avant tout comme un événement de santé, et non comme une maladie ou un risque. Son approche met l'accent sur un accompagnement personnalisé en prenant en compte toutes les dimensions de la vie d'une personne : physique, sociale, culturelle, émotionnelle ou spirituelle, en fonction de ses besoins. Elle offre des soins centrés sur le bien-être de la dyade mère et enfant.

Tout au long du suivi prénatal, la sage-femme crée une relation égalitaire et significative où la confiance mutuelle est cruciale. Elle soutient les personnes pour prendre des décisions éclairées à chacune des étapes du processus. Les sages-femmes sont les seules professionnelles à offrir le choix du lieu d'accouchement, comprenant la maison de naissance, le domicile ou l'hôpital. Ce choix est discuté et planifié tout au long du suivi prénatal. Au niveau provincial, les personnes accompagnées par une sage-femme choisissent à 75% la maison de naissance pour accoucher, 17% leur domicile et 5% le milieu hospitalier (Institut de la statistique du Québec, 2024). De nombreuses études ont montré la sécurité des accouchements à domicile lorsqu'ils sont planifiés et assistés par des sages-femmes reconnues (Candice et al. 2025; Scarf et al., 2018; Stoll et al., 2023).

Dans une perspective de soins périnataux globaux, son rôle consiste également à informer et conseiller les parents, en les accompagnant dans la préparation de leurs futures responsabilités. Elle agit comme guide pour l'allaitement et les soins courants à apporter à l'enfant, ainsi que sur les ressources disponibles dans la communauté. Elle offre des conseils et des soins relatifs aux soins reproductifs, notamment la planification des naissances, la contraception et le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Récemment, son champ d'exercice s'est élargi pour améliorer l'accès aux soins et services lors d'une interruption de grossesse, par le biais de la prescription de la pilule abortive pour l'avortement au premier trimestre.

La sage-femme possède toutes les compétences et les connaissances nécessaires pour offrir des soins sécuritaires. Son rôle est de dépister et de prévenir les complications, toujours dans la perspective de maintenir la santé. Elle peut par exemple effectuer des examens cliniques, prescrire et interpréter des échographies, des tests de dépistage prénatal ainsi que différentes analyses de laboratoire. L'ensemble de ces examens et tests sont discutés afin que la personne puisse faire des choix éclairés à chacune de ces étapes. Depuis 2021, elles sont dorénavant en mesure de prescrire et d'administrer un plus grand nombre de médicaments. Ce changement réglementaire permet une meilleure flexibilité et répond à un plus grand nombre de besoins médicaux.

Seules les femmes et les personnes enceintes en santé ayant une grossesse normale sont admissibles à un suivi avec une sage-femme. La sage-femme est responsable de déterminer cette admissibilité, qu'elle évalue comme un processus continu tout au long du suivi, en fonction d'un règlement prévu à cet effet.

La sage-femme est formée pour agir en situation d'urgence et lorsque la situation le requiert, stabiliser la mère ou le nouveau-né pour un transfert vers un centre hospitalier. Par exemple, lors d'un accouchement en maison de naissance, si un nouveau-né a besoin d'assistance pour commencer à respirer, la sage-femme est formée pour

effectuer les manœuvres de réanimation nécessaires et lui administrer les médicaments appropriés.

#### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- Pourquoi pensez-vous que la relation de confiance et l'accompagnement personnalisé sont des éléments essentiels des soins prodigués par les sages-femmes ?
- Le choix du lieu d'accouchement est un élément central des services des sages-femmes. Quels facteurs, selon vous, influencent la décision des familles à ce sujet ?
- Quelles seraient les solutions qui permettraient au public de mieux connaître les sages-femmes ?

### **La spécificité des sages-femmes**

La profession de sage-femme se distingue par plusieurs aspects qui la rendent unique. Trois éléments essentiels caractérisent sa spécificité : la continuité des soins, le soutien aux choix, et le respect de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement.

#### *La continuité des soins*

La continuité des soins désigne le degré auquel une expérience de soins est fluide et cohérente du point de vue de la personne. Elle implique que les différents épisodes de soins soient connectés entre eux et répondent de manière appropriée aux besoins et aux préférences de cette personne au fil du temps (World Health Organisation, 2024).

Les sages-femmes accordent une grande importance à la continuité des soins, et particulièrement à l'aspect relationnel de la continuité. La continuité relationnelle est au fondement même de leur pratique (Gagnon et al., 2020). Elle est organisée via le « modèle sage-femme de continuité des soins » qui est décrit dans la section sur le fonctionnement des services. Les personnes suivies par une sage-femme reconnaissent trois aspects essentiels de la continuité relationnelle : 1) la possibilité de recevoir des soins personnalisés, 2) le développement d'une relation de confiance mutuelle, 3) et une expérience de soins comme étant une source d'*empowerment* ou de renforcement de soi (Perriman et al., 2018).

#### *Le soutien aux choix*

Le deuxième aspect de la spécificité est la préoccupation sincère d'accompagner les femmes et les personnes enceintes dans leurs différents processus décisionnels (Ordre des sages-femmes du Québec, 2020). La grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont des moments importants de la vie où de nombreuses décisions sont à prendre. Cela inclut par exemple des choix éclairés tels que le dépistage prénatal, le dépistage du diabète gestationnel, ou les soins du nouveau-né après la naissance (ex, administration d'onguent ophtalmiques, vitamine K).

La philosophie des sages-femmes prévoit qu'elles « encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnelles de la santé » (Ordre des sages-femmes du Québec, n.d.). Cela signifie que les sages-femmes ne se positionnent pas dans un statut d'experte. Elles visent plutôt à construire une relation d'égalité et d'ouverture pour que la personne accompagnée puisse prendre la meilleure décision au regard de ses besoins. Elles reconnaissent que les décisions finales appartiennent à la femme.

Dans l'espace public, les sages-femmes soutiennent activement les choix en matière de droits reproductifs. Elles ont joué et jouent encore un rôle clé dans le processus historique de défense des droits sexuels et reproductifs.

#### *Le respect de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement*

Les sages-femmes fondent leur pratique sur une approche qui soutient et respecte les processus naturels de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal. Elles considèrent que ces étapes de la vie sont, dans la majorité des cas, des expériences normales et physiologiques, et non des événements médicalement pathologiques. Leur rôle consiste à accompagner ces processus de manière à les soutenir et de favoriser une naissance sécuritaire, positive et respectueuse du rythme propre à chaque personne.

L'une des spécificités de la pratique sage-femme repose sur l'intégration d'un large éventail de savoirs (scientifiques, cliniques, expérientiels et culturels) pour offrir des soins holistiques, c'est-à-dire qui tiennent compte des dimensions physiques, émotionnelles, sociales et culturelles de l'expérience de la naissance. Les sages-femmes s'appuient sur leur jugement clinique et leur présence continue pour prendre des décisions éclairées, favorisant l'utilisation minimale, mais appropriée, des interventions et des technologies.

#### Questions de réflexion pour aller plus loin

- En quoi la continuité des soins et la relation de confiance avec une sage-femme influencent-elles l'expérience des femmes et des personnes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement ?
- Comment le fait de pouvoir choisir où et comment accoucher peut-il changer l'expérience d'une femme ou d'une personne enceinte ?
- Qu'est-ce que ça veut dire, selon vous, offrir des soins qui prennent en compte à la fois la science et les valeurs des personnes ?

#### **Des rôles en gestion, en représentation et en enseignement**

Les sages-femmes assument plusieurs autres rôles importants, tels que des rôles administratifs au sein des établissements de santé, des rôles de représentation

professionnelle au sein des différentes instances officielles des sages-femmes ou du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), ainsi que des rôles d'enseignement.

#### *Des cheffes de département sage-femme*

Depuis l'implantation du projet de *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* en 2024, les responsables des services de sages-femmes, précédemment en charge de la gestion des services, sont en transition vers leur nouveau rôle de « cheffe de département ». En plus de continuer à organiser les services, elles ont aussi la responsabilité de superviser l'exercice des activités professionnelles au sein du département (Gouvernement du Québec, 2023). En 2024, on dénombrait 23 cheffes de département pour l'ensemble du Québec.

#### *Des sages-femmes aux instances officielles*

Des sages-femmes occupent un rôle de leadership essentiel pour assurer la protection du public à *l'Ordre des sages-femmes du Québec*. D'autres représentent le *Regroupement Les sages-femmes du Québec*, qui est l'association professionnelle responsable de contribuer à développer la profession, à négocier de meilleures conditions de travail et à collaborer avec divers organismes en périnatalité au Québec. De plus, certaines sages-femmes assument la direction du département et la direction des programmes sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

#### *Des sages-femmes professeur·es et précepteur·trices*

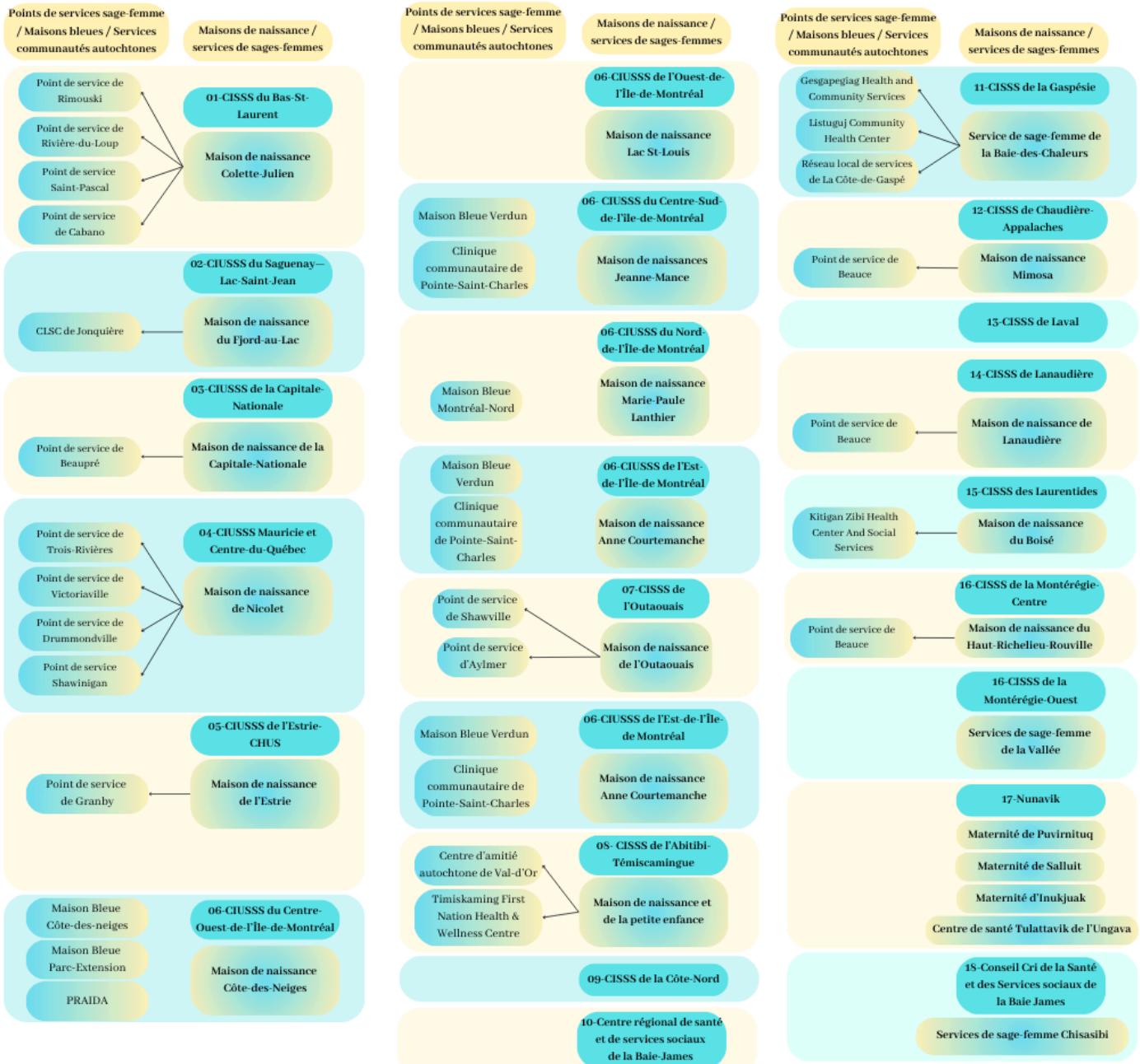
La grande majorité des sages-femmes qui ont deux ans et plus d'expérience agissent à titre de préceptrices. Certaines enseignent en tant que professeures ou chargées de cours. Elles jouent un rôle essentiel dans la formation des futures générations et les préparent à exercer en toute autonomie, en transmettant un savoir-faire et un savoir-être uniques. On compte actuellement 8 professeures sage-femme à l'UQTR.

### **Le fonctionnement des services de sages-femmes**

Dans plusieurs pays à revenus élevés, les sages-femmes exercent selon le modèle de soins partagés, où elles partagent les responsabilités des soins avec un médecin à l'hôpital. Des pertes d'expertise, d'autonomie, d'identité et de confiance dans les compétences sont observées chez ces sages-femmes, ouvrant la voie à un phénomène mondial reconnu de perte de sens et de déprofessionnalisation (McFarland et al., 2020). Dans ces pays, les modèles sage-femme de continuité des soins sont souvent à la marge par rapport au modèle de soins partagés. Toutefois, de plus en plus de pays prennent position dans les programmes gouvernementaux pour améliorer la santé maternelle et néonatale, et s'assurer que la continuité des soins soit valorisée et implantée d'une manière durable, et ce, dès la formation initiale (Moncrieff et al., 2021).

Après 25 ans d'expérience, le Québec est dans une position privilégiée pour faire le point et contribuer à l'implantation d'innovations. En effet, le fonctionnement des services de sages-femmes au Québec est unique. Il s'agit de l'un des seuls endroits au monde où l'organisation des services de sages-femmes est exclusivement fondée sur le modèle sage-femme de continuité des soins ancré dans les maisons de naissance. Bien que cette situation implique certains enjeux (voir [Partie 2 : Les enjeux actuels de la pratique sage-femme au Québec](#)), il s'agit d'un héritage à partir duquel les instances officielles de sages-femmes souhaitent innover. Par exemple, les sages-femmes ont pu développer et transmettre une expertise essentielle pour favoriser l'accouchement physiologique ou naturel.

Voici un portrait de l'ensemble des établissements actuels où les sages-femmes exercent, selon les 18 régions administratives du Québec.



## **Les modèles sage-femme de continuité des soins**

Ces modèles désignent les soins qui sont dispensés par une même sage-femme, ou une petite équipe de sage-femmes, pendant la grossesse, l'accouchement, ainsi que la période postnatale précoce, avec référence vers des soins spécialisés interprofessionnels, le cas échéant (Sandall et al., 2024).

Au Québec, les sages-femmes exercent selon le modèle par « *caseload* », qui implique un nombre fixé annuel de clientèle. Concrètement, les sages-femmes qui travaillent à temps plein ont la responsabilité de 40 suivis complets par année et celles à temps partiel ont 32 suivis par année. Pour se faire, une sage-femme forme un partenariat avec une ou deux autres sages-femmes, où elles se divisent leurs disponibilités respectives pour offrir une disponibilité 24h/24h 7jours/7. Lorsqu'une sage-femme est de garde, l'autre sage-femme partenaire ne l'est pas, et vice versa. Par exemple, la sage-femme de garde est pleinement responsable des 80 personnes suivies annuellement par elle et sa partenaire, en plus des suivis encore actifs de l'année précédente et de ceux déjà amorcés pour l'année suivante. Celle qui est de garde demeure également disponible en tout temps pour répondre à des questions ou préoccupations importantes, et bien sûr, pour le moment de l'accouchement.

Un suivi de grossesse inclut généralement une douzaine de rencontres d'une durée d'environ 60 minutes. Les rendez-vous sont espacés d'un mois au début de la grossesse, puis deviennent plus fréquents. En cours de grossesse, la personne rencontre les deux ou trois sages-femmes en vue de l'accouchement dans l'objectif de créer une relation de confiance.

Lors de la naissance, une deuxième sage-femme assiste la sage-femme principale. Cette organisation des soins est appliquée de manière similaire dans tous les lieux d'accouchement. Les sages-femmes soutiennent et guident les femmes selon leurs besoins au moment du travail et de l'accouchement. Elles offrent des moyens non pharmacologiques pour le soulagement de la douleur (bain, massage, etc.) mais ne pratiquent pas d'épidurale. Si une personne souhaite bénéficier d'une épидurale pendant le travail, elle devra être transférée vers une équipe médicale et accoucher dans un centre hospitalier.

Lorsqu'il s'agit d'un accouchement à la maison de naissance, la famille y séjourne environ 24 heures après l'accouchement. Le suivi postnatal, d'une durée de six semaines et offert même en cas de transfert à l'hôpital, comprend trois visites à domicile dans les jours suivant la naissance, durant lesquelles la sage-femme assure la santé de la mère et du bébé tout en soutenant l'allaitement. La mère peut bénéficier de deux visites supplémentaires à la maison de naissance. Elle peut également contacter la sage-femme à tout moment, si nécessaire.

### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- Quels sont les enjeux liés au modèle québécois de continuité des soins en maison de naissance ? Ce modèle favorise-t-il ou limite-t-il l'accès équitable aux services de sages-femmes ?

### **Les effets positifs démontrés des modèles sage-femme de continuité des soins**

Comparés aux modèles de soins partagés ou uniquement avec des médecins, les modèles sage-femme de continuité des soins présentent plusieurs avantages. En effet, les personnes suivies par une sage-femme ont moins de risques de subir une césarienne ou un accouchement instrumentalisé (ex. ventouse, forceps). De plus, elles sont également moins susceptibles de subir une épisiotomie (incision chirurgicale pratiquée dans la région du périnée) (Sandall et al., 2024). Ces modèles de soins favorisent un accouchement vaginal spontané et sont associés à une plus grande satisfaction des personnes suivies quant à leur expérience (Sandall et al., 2024). Ces modèles sont de plus en plus reconnus pour leur capacité à réduire les inégalités sociales, dû à une approche globale des soins axée sur les communautés, ainsi que les soins de proximité ou à domicile, facilitant un meilleur engagement et l'assiduité des personnes dans leur suivi (Khan et al., 2023). Bien que la plupart des personnes suivies dans le cadre de ces modèles présentent une grossesse considérée à bas risque, certaines sages-femmes accompagnent les personnes ayant une grossesse considérée à risque élevé. Cela n'est toutefois pas le cas au Québec.

Le renforcement du rôle des sages-femmes est une priorité pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'objectif est de promouvoir l'expansion des modèles de soins en continuité dispensés par des sages-femmes, afin d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre de personnes (World Health Organisation, 2024, 2019). Plusieurs pays, tels que le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas, ont mis en œuvre cette démarche en faisant des sages-femmes les principales professionnelles responsables du continuum – prénatal, intrapartum, postnatal.

### **Question de réflexion pour aller plus loin**

- L'OMS encourage l'expansion des modèles en continuité dispensés par les sages-femmes. Quels freins spécifiques au contexte québécois pourraient limiter cette expansion, et comment les surmonter ?

### **Les établissements où exercent les sages-femmes au Québec**

L'établissement principal où les sages-femmes exercent leur profession au Québec est la maison de naissance. De plus, des services de sages-femmes « simplifiés » sont implantés là où la densité de population ne suffit pas, par exemple dans les milieux ruraux et éloignés. Il s'agit de « services de sages-femmes » ou de « points de

services » dont la plupart sont affiliés à une maison de naissance. Il n'est pas possible de donner naissance dans ce type d'établissement, qui assure toutefois un accès de proximité aux sages-femmes.

Plusieurs innovations en cours et à venir visent à déployer les sages-femmes dans d'autres milieux afin de diversifier l'étendue de leurs rôles professionnels pour répondre aux besoins diversifiés de la population. Bien que les maisons de naissance soient leur port d'attache, les sages-femmes sont compétentes pour œuvrer dans une diversité de milieu professionnel.

#### *La maison de naissance : un lieu unique et apprécié*

En tant que professionnelle autonome, la sage-femme exerce au sein d'une maison de naissance qui fait partie du réseau de la santé. Celles-ci sont rattachées aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

La maison de naissance est un espace d'accueil intime et humain pour les personnes enceintes et leur famille, située au cœur de la communauté. On y accueille jusqu'à 400 suivis complets par année. L'équipement et l'environnement favorisent le déroulement physiologique de la grossesse et de l'accouchement. Une maison de naissance compte sur une équipe de 8 à 15 sages-femmes. Avec les comités de parents, la participation des familles et la création de liens communautaires visent à créer de nouvelles solidarités.

Pour en savoir davantage : <https://www.osfq.org/fr/maisons-de-naissance>

#### *Les services de sage-femmes pour les communautés autochtones*

Les services de sages-femmes autochtones sont offerts dans certaines communautés seulement, au Nunavik, ainsi qu'en territoire Eeyou Istchee (Chisasibi, Baie James). Les sages-femmes autochtones travaillent dans des centres de maternité situées dans ces régions et collaborent avec les équipes médicales.

L'approche de soins, qui combine les savoirs traditionnels et les savoirs biomédicaux, permet d'adapter les soins aux réalités culturelles et géographiques des familles et communautés, dans une optique de sécurisation culturelle (Basile et al., 2023). Actuellement, plus de 92 % des bébés du Nunavik naissent sur le territoire (ICI.Radio-Canada.ca, 2024). Les personnes enceintes présentant des risques élevés doivent se rendre dans le Sud du Québec pour accoucher.

#### *Les maisons bleues*

Les maisons bleues sont destinées à accompagner les personnes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité (ex. facteurs de vulnérabilité : grossesse à l'adolescence, statut migratoire précaire, etc.). Le réseau des maisons bleues compte maintenant 5 établissements à Montréal, tous mobilisés pour implanter une approche de périnatalité sociale.

Les sages-femmes y travaillent en partenariat avec une équipe composée de plusieurs personnes intervenantes de la santé (ex. médecin omnipraticien, travailleuse sociale), ainsi que des organismes communautaires. Il s'agit également d'un lieu de formation, entre autres, pour les sages-femmes.

Pour en savoir davantage : <https://maisonbleue.info/>

#### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- Comment la diversification des milieux de pratique des sages-femmes (maisons de naissance, points de service, maisons bleues, maternités autochtones) pourrait-elle contribuer à un meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population québécoise ?
- Quels obstacles freinent actuellement l'implantation de nouveaux modèles de services de sages-femmes en milieux ruraux, autochtones ou en contexte de vulnérabilité, et comment pourraient-ils être levés ?

### **La collaboration interprofessionnelle**

La collaboration interprofessionnelle est essentielle à l'exercice de la profession de sage-femme. Au quotidien, les sages-femmes collaborent avec les aides natales, qui sont formées pour travailler en maison de naissance. Celles-ci sont présentes à la fin d'un accouchement et lors du séjour postnatal pour offrir un soutien sanitaire et logistique.

Les sages-femmes sont formées pour prévenir, dépister et traiter la plupart des situations qui varient de la normale. Lorsque la situation le requiert, elles font appel à leurs collègues d'autres professions, comme les consultantes en allaitement, ou les médecins spécialistes : les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les hématologues, les endocrinologues, pour obtenir un avis sur une situation particulière.

Les sages-femmes doivent parfois procéder à un transfert de soin vers une équipe médicale. En 2023, la principale raison de transfert périnatal au Québec était la demande de péridurale par la personne enceinte, représentant 28,8% des cas (Données I-CLSC). Lorsque ce transfert survient pendant l'accouchement, la sage-femme demeure responsable des soins et collabore avec le personnel ambulancier pour effectuer le transport de la personne vers le centre hospitalier avec lequel une entente préalable est établie. Elle procède ensuite au transfert de la responsabilité des soins, la plupart du temps à un ou une gynécologue-obstétricienne.

Dans certains cas, les sages-femmes font partie des équipes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et collaborent avec des infirmières, des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), des travailleuses sociales et des diététistes-nutritionnistes, pour offrir des soins personnalisés et adaptés aux besoins spécifiques de chaque famille (Gouvernement du Québec, 2024a).

### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- Comment pourrait-on renforcer la reconnaissance et la complémentarité des expertises entre sages-femmes et autres professionnel·les de la santé pour mieux répondre aux divers besoins en périnatalité ?

## **Le parcours de formation pour devenir sage-femme**

Trois parcours de formation sont possibles pour devenir sage-femme au Québec : le baccalauréat en pratique sage-femme (132 crédits universitaires) et le certificat personnalisé (30 crédits universitaires), ainsi que le parcours de formation pour les sages-femmes autochtones. À titre d'exemple, la plupart des programmes de baccalauréat comportent 90 crédits.

### **Baccalauréat en pratique sage-femme**

Depuis 1999, les sages-femmes sont formées dans le seul programme universitaire du Québec, offert à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce programme de haute qualité répond aux exigences et aux normes d'agrément de l'Association canadienne pour la formation des sages-femmes. Il est possible d'accéder au baccalauréat par le biais d'études collégiales ou universitaires, ainsi que sur la base d'une expérience professionnelle significative. En 2024-2025, 26 personnes y ont été admises, alors qu'environ 80 candidatures sont reçues en moyenne annuellement (UQTR, 2025).

Compte tenu de la pénurie de main d'œuvre en obstétrique au Québec, le MSSS a demandé en 2024 au département sage-femme de proposer des solutions pour augmenter le nombre de personnes diplômées. En réponse, le baccalauréat en pratique sage-femme a été modifié afin de permettre une hausse des admissions. Depuis 2025, le programme est offert de manière plus continue et condensée, réduisant sa durée de 9 à 8 sessions universitaires, et passant ainsi de parcours de 4 à 3 ans. Le nombre de personnes admises est évalué à 30 en 2025 et 35 en 2026 (UQTR, 2025).

Il propose un cheminement en alternance entre des cours théoriques, alliant sciences biomédicales et sciences sociales, ainsi que des stages en milieu de travail, soit 4 stages en maisons de naissance et un stage en milieu hospitalier. Les stages représentent environ 60 % de la formation. Pendant un stage en maison de naissance, chaque stagiaire est jumelée à une sage-femme préceptrice pour l'accompagner dans l'ensemble de ses tâches tout au long du stage, en suivant le même horaire de garde. Elles assument des responsabilités de plus en plus grandes selon leur niveau de stage. La continuité des soins et la continuité de préceptorat dans un environnement d'apprentissage à faible technicité constituent les principaux facilitateurs de la professionnalisation de haute qualité des stagiaires, notamment pour favoriser l'accouchement physiologique. Les stagiaires ont aussi l'opportunité de réaliser un stage dans un centre hospitalier au Québec ou à l'international.

## **Des enjeux spécifiques à la formation**

La formation des sages-femmes est une étape cruciale de leur parcours professionnel, qui influencera directement le niveau de préparation et de motivation à exercer leur pratique, un facteur clé pour assurer la pérennité de la profession (Carter et al., 2022). Comme dans d'autres programmes de formation sage-femme à l'échelle internationale, les personnes étudiantes sage-femme au Québec rencontrent divers défis (Moncrieff et al., 2023). Réfléchir à optimiser la formation est important pour renforcer la profession.

Au Québec, comparativement à d'autres professions de santé, il n'y a qu'un seul lieu de formation universitaire à Trois-Rivières et peu de milieux de stages. Cela entraîne souvent la nécessité de déménager, parfois à plusieurs reprises, durant son parcours d'études. L'Auberge autogérée des étudiantes sages-femmes québécoises, fondée en 2015, a été une initiative étudiante importante pour répondre partiellement à ce défi. Comme dans plusieurs autres professions à prédominance féminine (comme les infirmières ou les enseignantes), les stages restent actuellement non rémunérés. Depuis 2019, une aide financière provinciale destinée à toutes les stagiaires sage-femme, ainsi qu'un programme de bourses pour celles qui souhaitent exercer en région, ont été instaurés afin de répondre aux difficultés financières vécues et spécifiques au programme. Enfin, la conciliation des exigences académiques et des conditions de travail exigeantes lors des stages représente toujours un défi important pour plusieurs personnes étudiantes. Au terme de leur formation, plusieurs se projettent difficilement à long terme dans la profession. Depuis 2020, 15 personnes ont abandonné le programme de baccalauréat (UQTR, 2025).

## **Certificat personnalisé en pratique sage-femme**

Offert depuis 2008, le certificat personnalisé en pratique sage-femme s'adresse aux sages-femmes formées à l'étranger qui souhaitent exercer au Québec. Pour y être admises, les candidates doivent d'abord obtenir une prescription de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Ce programme de 30 crédits, répartis sur deux trimestres, comprend un premier trimestre combinant cours théoriques et formation pratique, suivi d'un stage d'intégration en maison de naissance lors du second trimestre.

Depuis 2022, des ajustements ont été apportés par l'ordre et le département de formation pour encadrer la sélection des candidates, et le programme est désormais offert tous les deux ans. En 2024, 13 personnes y ont été admises, et actuellement, 16 candidates détiennent une prescription de l'Ordre des sages-femmes. Cette formation accélérée permet de renforcer plus rapidement le bassin de sages-femmes en mesure d'agir comme préceptrices. Le nombre de personnes admises est évalué à 30 en 2025 et 35 en 2026 (UQTR, 2025).

## **La formation des sages-femmes autochtones**

Certaines communautés autochtones au Québec ont la possibilité de former leurs propres sages-femmes. Depuis 1986, les sages-femmes Inuit du Nunavik sont formées

directement dans leurs communautés dans quatre centres de santé, et un nouveau programme vient d'être instauré en territoire Eeyou à Chisasibi pour les communautés Cries (Basile et al., 2023).

Le Conseil Cri de la Santé et Services Sociaux de la Baie James estime qu'il y a environ 100 sages-femmes autochtones et 50 étudiantes et étudiants autochtones en formation à travers le Canada. Le développement de programmes de formation de proximité, en collaboration avec les sages-femmes aînées, vise à favoriser le retour des naissances dans les communautés. Pouvoir donner naissance sur leur territoire avec des sages-femmes autochtones représente l'une des façons d'amorcer un processus de guérison et de raviver les savoirs ancestraux dont elles avaient été privées en raison des politiques colonialistes du Québec et du Canada.

Pour en savoir davantage sur la formation des sages-femmes autochtones : <https://www.creehealth.org/fr/about-us/departments/pimuhteheu/midwifery-education-program>

#### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- En quoi le développement de formations décentralisées, comme celles des sages-femmes autochtones, pourrait-il inspirer de nouvelles approches pour améliorer l'accessibilité et la pérennité de la formation sage-femme au Québec ?

## **Partie 2 : Les enjeux actuels de la pratique sage-femme au Québec**

La pénurie de personnel dans les soins périnataux, l'évolution rapide des connaissances scientifiques, les nouvelles technologies et les défis d'accès aux services obligent les CISSS et les CIUSSS à adapter leurs méthodes, à mieux collaborer et à innover (Gouvernement du Québec, 2024b). Les sages-femmes du Québec se trouvent à un moment clé de leur avenir. De manière concertée, elles doivent définir les orientations à suivre pour sortir de la marge, se déployer efficacement et être reconnues comme une partie essentielle de la solution.

### **L'accès aux soins et services des sages-femmes**

Au Québec, l'accès aux soins et aux services des sages-femmes est un enjeu majeur. Au moment de la légalisation de la profession en 1999, il y avait environ 60 sages-femmes au Québec. Au cours des années suivantes, le MSSS n'a entrepris que très peu de développement pour la profession. Plusieurs sages-femmes se sont retrouvées sans emploi, ont quitté la profession, et les diplômées ne parvenaient pas à obtenir de contrats de travail. Cette situation a eu un impact direct sur le nombre de

personnes étudiantes admises au programme. 25 ans plus tard, on ne compte que 282 sages-femmes ayant un statut actif selon l'Ordre des sages-femmes du Québec (Rapport annuel 2023-2024, Ordre des sages-femmes du Québec).

Bien que la Politique de périnatalité 2008-2018 visait à ce qu'une naissance sur dix soit assistée par une sage-femme, seulement 5,3 % des personnes enceintes ont été suivies par cette professionnelle en 2023 (Association canadienne des sages-femmes, 2023). Pourtant, la demande pour leurs services dépasse largement l'offre et de nombreux besoins de santé reproductive restent non comblés. Toutefois, le nombre de personnes n'ayant pas accès à un suivi sage-femme demeure non documenté.

Plusieurs régions du Québec n'ont toujours pas accès aux services des sages-femmes. C'est le cas de Laval, 3<sup>e</sup> ville en importance au Québec (Mieux-naître à Laval, 2023), ainsi que de la Côte-Nord et des îles-de-la-Madeleine (Dami-Houle, 2023; ICI.Radio-Canada.ca, 2023). Certains groupes citoyens se mobilisent depuis plus de 20 ans et déplorent le manque de priorisation de ces services de la part des établissements de santé.

De plus, il n'y a présentement aucune donnée exhaustive concernant l'accessibilité des sages-femmes pour les communautés autochtones, hormis la présence de leur service dans les communautés inuit et Eeyouch. Des services sont aussi en implantation en Abitibi-Témiscamingue, au Centre-du-Québec et en Outaouais. Il n'y a pas non plus de données disponibles concernant l'accès aux sages-femmes pour les personnes vivant un contexte de vulnérabilité, ni pour les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre.

L'accès limité aux services des sages-femmes, résultant principalement de la faible croissance du nombre de sages-femmes, est dû à des raisons profondes et variées. Trois principales raisons seront résumées dans les sections qui suivent : 1) l'arrimage complexe des sages-femmes au réseau de la santé, 2) les conditions de travail difficiles, associées à une loi et des règlements qui entravent l'adoption de pratiques innovantes, et 3) les défis de la formation et les effets négatifs liés au développement limité des structures de recherche sage-femme.

#### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- Comment le Québec peut-il assurer un accès équitable aux services des sages-femmes dans toutes les régions, y compris les territoires éloignés et les communautés mal desservies ?
- Quels obstacles structurels empêchent une plus grande diversité de personnes enceintes d'accéder aux soins des sages-femmes, et comment les lever ?
- Quelles stratégies pourraient être mises en place pour favoriser le développement de services adaptés aux réalités des communautés autochtones, des nouveaux arrivants et des personnes en situation de vulnérabilité ?

## **L'arrimage des sages-femmes dans le système de santé**

L'articulation fragile entre la pratique de sage-femme et le système de santé québécois est marquée par des défis historiques et structurels. Au fil du temps, des progrès ont été réalisés, notamment au niveau de la collaboration avec les instances officielles d'autres professions. Les défis d'arrimage des sages-femmes au système de santé découlent en grande partie d'une méconnaissance de l'organisation des soins offerts, de leur champ d'exercice et de leurs responsabilités professionnelles. Depuis la légalisation de la profession, peu de stratégies ont été mises en place pour contrer cette méconnaissance. Le faible nombre de sages-femmes a conduit, au fil du temps, à une dispersion de leurs efforts pour faire connaître la profession, engendrant un sentiment d'impuissance croissant et précipitant le départ de plusieurs d'entre elles (Malo, 2024).

Des efforts ont été déployés pour améliorer la collaboration interprofessionnelle dans plusieurs régions. Ces initiatives ont souvent porté leurs fruits, comme en témoignent des exemples de collaborations réussies lors de la pandémie, où les sages-femmes ont eu des opportunités de prêter main forte aux équipes médicales (ex. soins postnataux à domicile pour aider les infirmières, évitement de rupture de service en obstétrique).

Enfin, la profession sage-femme fait face à plusieurs mythes et biais défavorables dans l'espace public, en partie dû à la méconnaissance concernant la sécurité des accouchements en dehors des centres hospitaliers. Malgré les preuves scientifiques de haute qualité qui démontrent la sécurité des accouchements hors des centres hospitaliers assistés de sages-femmes, cela est encore perçu avec scepticisme, tant par le grand public que par plusieurs professionnels de la santé. L'absence de campagne d'informations sur la profession sage-femme a nui à une visibilité positive de leur apport au système de santé et à leur reconnaissance en tant que professionnelles compétentes de la santé.

### **Question de réflexion pour aller plus loin**

- En considérant les difficultés historiques et structurelles d'intégration des sages-femmes au système de santé, quelles seraient les solutions constructives permettant d'améliorer cette situation vers une meilleure collaboration interprofessionnelle ?

## **Des obstacles politiques et législatifs entravant le développement de la profession**

En dépit d'une plus grande autonomie et confiance dans leurs compétences, les difficultés qu'éprouvent les sages-femmes à exercer dans les modèles sage-femme de continuité des soins sont bien documentées. Plus de 50 % des répondantes d'une étude menée auprès des sages-femmes ontariennes, qui exercent selon le même modèle de pratique que le Québec, ont rapporté des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress et d'épuisement professionnel (Cates et al., 2024) et 33 % des sages-femmes

canadiennes envisagent sérieusement de quitter leur pratique au Canada (Stoll and Gallagher, 2019). En effet, les sages-femmes doivent composer avec des horaires de travail et de garde défavorables et imprévisibles. Par exemple, il n'est pas rare que les sages-femmes effectuent des périodes de travail consécutives de plus de 24 heures. Lorsqu'elles sont de garde, elles ne peuvent ni prévoir si elles seront appelées pour assister à une naissance, ni déterminer à quel moment elles pourront retourner chez elles.

Ces contraintes ont un impact considérable sur leur vie privée, rendant difficile une saine conciliation travail-famille. Ces contraintes minent aussi l'environnement de travail et génèrent des tensions au sein des équipes, qui doivent de plus en plus faire face à un manque d'effectif dans de petites équipes. De plus en plus, des sages-femmes questionnent le nombre de suivis annuels en soulignant l'intensification de la charge de travail associée à chaque suivi. Au Québec, 69 % des sages-femmes ont un contrat à temps partiel et 31 % à temps complet (RSSS, 2023-2024).

En parallèle, des obstacles légaux et institutionnels freinent actuellement l'expansion de la profession de sage-femme au Québec. Bien que la profession soit encadrée par une loi et des règlements spécifiques, ceux-ci représentent aujourd'hui un obstacle important, car ils enchaînent l'exercice professionnel des sages-femmes dans un unique modèle et un champ de pratique limité (Ordre des sages-femmes du Québec, 2021). Cette situation les empêche de pouvoir contribuer pleinement à d'autres milieux de travail, tels que des cliniques multidisciplinaires, des cliniques de contraception, de planning familial, ou d'allaitement. Pourtant, leurs compétences et leur polyvalence élevées constituent une valeur ajoutée significative dont a besoin le système de santé.

Jusqu'à tout récemment, les sages-femmes étaient les seules parmi les 46 professions régies par un ordre professionnel à ne pas pouvoir obtenir d'assurance responsabilité professionnelle en dehors de celle fournie par les CIUSSS et les CISSS. Cette situation limitait leur capacité à exercer en dehors des maisons de naissance et freinait les possibilités d'innovation interprofessionnelle. Toutefois, un règlement sur l'assurance responsabilité vient tout juste d'être entériné, permettant désormais l'exercice de la profession de sage-femme dans d'autres types d'installations au sein du système de santé du Québec. Plusieurs autres changements législatifs sont demandés par l'Ordre des sages-femmes du Québec qui souhaitent, avec ces changements, œuvrer à une meilleure adéquation entre les compétences des sages-femmes et les besoins non-répondus de la population.

#### **Questions de réflexion pour aller plus loin**

- Les sages-femmes œuvrent exclusivement lors du continuum de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal. Les besoins de soins en santé sexuelle et reproductive ainsi qu'en soins obstétricaux ne sont pas adéquatement répondus dans de nombreuses régions du Québec. Comment favoriser la rétention et l'engagement professionnel des sages-femmes dans le modèle sage-femme de continuité des soins ?

- Comment les sages-femmes peuvent-elles concrètement contribuer à mieux répondre à ces besoins ?

## Les défis de la formation

En réponse aux besoins de main-d'œuvre du MSSS, un financement du MES a été obtenu pour revoir l'offre de ses programmes (certificat personnalisé en pratique sage-femme et baccalauréat en pratique SF). Les admissions à ces deux formations sont en croissance. En 2025, l'admission à ces deux formations équivaudra à 45 candidates. La croissance des admissions demeure liée au nombre limité de sages-femmes préceptrices pouvant superviser les personnes étudiantes en maison de naissance ou dans des services sage-femme. Les sages-femmes en congé de maternité ou de maladie, celles qui occupent des postes de gestionnaires (cheffes sages-femmes), ainsi que celles œuvrant à l'implantation de nouveaux services ou dans des régions ou services à faible volume d'accouchements réduit le nombre de sage-femme disponible pour du préceptorat, essentiel à la formation. La concurrence entre les étudiants de diverses disciplines de la santé pour les places de stage en milieu hospitalier constitue un défi supplémentaire, nécessitant des solutions pour garantir l'accès aux personnes étudiantes sages-femmes (Ordre des sages-femmes du Québec, 2021).

## **Conclusion**

Les sages-femmes du Québec apprécient la spécificité de leur profession, car c'est grâce à elle qu'elles peuvent offrir des services adaptés aux besoins des femmes, des personnes enceintes et des familles québécoises. Depuis la lutte pour la légalisation et l'implantation du modèle de continuité des soins dans les maisons de naissance, leur expertise spécifique s'est consolidée.

La faible croissance du nombre de sages-femmes au Québec depuis plus de 25 ans est toutefois révélatrice d'enjeux qu'il est désormais urgent de considérer si l'on souhaite un accès équitable et de qualité à leurs services.

C'est à cette réflexion collective que les États généraux sont appelés à répondre. Cet événement d'envergure sera l'occasion de réfléchir aux défis, de définir une vision partagée de l'avenir de la pratique, et de voir comment en faire bénéficier pleinement les femmes au Québec et leurs familles.

## Dates, chiffres et éléments clés en bref

- Le 19 juin 1999, la *Loi sur les sages-femmes* légalise la profession sage-femme au Québec. L'Ordre des sages-femmes du Québec et le baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) sont créés.
- En 2025, l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) compte 327 sages-femmes inscrites à travers la province.
- 15 régions sur 17 sont desservies par des services de sages-femmes et 3 700 bébés sont nés avec une sage-femme au Québec dans la dernière année (sur un peu plus de 77 000 naissances).
- Bien que la Politique de périnatalité 2008-2018 visait à ce qu'une naissance sur dix soit assistée par une sage-femme, seulement 5,3 % des personnes enceintes ont été suivies par une sage-femme en 2023.
- Plusieurs régions du Québec n'ont toujours pas accès aux services des sages-femmes. C'est le cas de Laval, troisième ville en importance au Québec, ainsi que de la Côte-Nord et des Îles-de-la-Madeleine.
- Trois éléments essentiels caractérisent la spécificité de la pratique sage-femme : la continuité des soins, le soutien aux choix, et une pratique où l'art sage-femme, les valeurs et la science se combinent harmonieusement.
- Au niveau provincial, les personnes accompagnées par une sage-femme choisissent à 75 % la maison de naissance pour accoucher, 22 % leur domicile et 3 % le milieu hospitalier.
- Les sages-femmes doivent parfois procéder à un transfert de soin vers une équipe médicale. En 2023, le taux de transfert était de 26 %, que ce soit lors de la période prénatale, intrapartum ou postnatale, et ce pour diverses raisons dont la grande majorité ne relevait pas de soins urgents, comme un arrêt de travail, par exemple.
- Une personne sur quatre sait que les services de sage-femme sont entièrement couverts par le régime public d'assurance-maladie du Québec.
- On compte actuellement 8 professeures sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- En 2024-2025, 26 personnes ont été admises au Baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).
- Les sages-femmes qui travaillent à temps plein ont la responsabilité de 40 suivis complets par année et celles à temps partiel ont 32 suivis par année.
- Le Conseil Cri de la Santé et Services Sociaux de la Baie James estime qu'il y a environ 100 sages-femmes autochtones et 50 étudiantes et étudiants autochtones en formation à travers le Canada.

# Ressources

## Articles de journaux :

- « Former les sages-femmes crie de la relève chez elles », *ICI Radio-Canada*, 10 mai 2024. <<https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/9374/naissances-accouchements-cries-traditions-formation>>.

## Sites web

- Ordre des sages-femmes du Québec. <<https://www.osfq.org/>>.
- Regroupement Les Sages-Femmes du Québec <<https://www.rsfq.qc.ca/>>.
- Département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières. <[https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa\\_no\\_site=236](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=236)>.
- Association canadienne des sages-femmes, 2023. *La pratique sage-femme au Canada*. Site internet. <<https://canadianmidwives.org/fr/pratique-sage-femme/>>.

## Publications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux

- *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 28 mars 2024. <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003708/>>.

## Podcasts, vidéos courts et documentaires sur la pratique et la formation

- *Sages et rebelles*, documentaire de 52 minutes disponible sur ICI Tou.tv, 2023. <<https://ici.tou.tv/sages-et-rebelles>>.
- *Un homme sage-femme*, documentaire de 64 minutes disponible en location payante, 2018. <<https://www.spira.quebec/film/un-homme-sage-femme.html>>.
- « La profession de sage-femme toujours méconnue au Québec », reportage de 2 minutes extrait du téléjournal Saguenay-Lac-Saint-Jean, *ICI Radio-Canada*, 2023. <<https://ici.radio-canada.ca/info/videos/1-8768862/profession-sage-femme-toujours-meconnue-au-quebec>>.
- « Devenir sage-femme, ça commence à l'UQTR », vidéo promotionnelle du programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR, 2023. <[https://www.youtube.com/watch?v=ok\\_BS8tw\\_ds](https://www.youtube.com/watch?v=ok_BS8tw_ds)>.

## Articles et publications scientifiques

Basile, S., Comat, I., Cornillier, F., 2023. « L'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec ». *Depositum* <<https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1521/>>.

- Carter, Sidebotham, M., Dietsch, E., 2022. "Prepared and motivated to work in midwifery continuity of care? A descriptive analysis of midwifery students' perspectives", *Women and Birth* 35, 160–171. <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.013>>.
- Candice Chauncy, Kate Dawson, Sara Bayes. What do safety and risk mean to women who choose to birth at home? A systematic review, *Midwifery*, Volume 144, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104340>.
- Cates, E.C., Ramlogan-Salanga, C., MacKenzie, R.K., Wilson-Mitchell, K., Darling, E.K., 2024. "A cross-sectional survey of the mental health of midwives in Ontario, Canada: Burnout, depression, anxiety, stress, and associated factors". *Women and Birth* 37, 101613. <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101613>>.
- Dami-Houle, L., 2023. Sage-femme: la mobilisation locale pour avoir accès au service s'organise. CFIM. URL. <https://cfim.ca/sage-femme-la-mobilisation-locale-pour-avoir-acces-au-service-so rganise/> (accessed 3.18.25).
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., Gülmezoglu, A.M., 2018. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS ONE 13, e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Ferret, V., 2024. La reconnaissance de la pratique sage-femme : encore un combat 25 ans plus tard [WWW Document]. ASPQ. URL <https://aspq.org/la-reconnaissance-de-la-pratique-sage-femme-encore-un-comba t-25-ans-plus-tard/> (accessed 3.13.25).
- Gagnon, R., Lemay, C., Legault, G.A., Gagnier, J.-P., Jetté, A., 2020. L'identité professionnelle des sages-femmes du Québec: Une démarche de réflexion collective.
- Giroux, M.-È., Comeau, Y., Thuy-Diep, L., 2008. La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec, 1975-1999, Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales ; Collection Mouvements sociaux. CRISES, Montréal.
- Gouvernement du Québec, 2024a. Services intégrés en périnatalité et en petite enfance - Travail en interdisciplinarité fiche synthèse.
- Gouvernement du Québec, 2024b. Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 91.
- Gouvernement du Québec, 2023. Fiche technique - Résumé des changements touchant la gouvernance clinique - Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficaces.
- ICI.Radio-Canada.ca, 2024. Former les sages-femmes cries de la relève chez elles | Radio-Canada.ca [WWW Document]. Radio-Canada. URL <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/9374/naissances-accouchements-cris-traditions-formation> (accessed 3.17.25).

ICI.Radio-Canada.ca, Z.S.-, 2023. Des sages-femmes sur la Côte-Nord : un projet en gestation depuis 20 ans [WWW Document]. Radio-Canada. URL <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2018917/maternite-penurie-sage-femme-naisance> (accessed 3.18.25).

Institut de la statistique du Québec. *Registre des événements démographiques (RED). Naissances vivantes.* Registre du 1e avril 2023 au 31 mars 2024. <https://statistique.quebec.ca/services-recherche/donnees/administratives/demgr/msss/registre-evenements-demographiques?select=naissances-vivantes>

Kennedy, H.P., Cheyney, M., Dahlen, H.G., Downe, S., Foureur, M.J., Homer, C.S.E., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Speciale, A.M., Stevens, J., Vedam, S., Renfrew, M.J., 2018. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth* 45, 222–231. <https://doi.org/10.1111/birt.12361>

Khan, Z., Vowles, Z., Fernandez Turienzo, C., Barry, Z., Brigante, L., Downe, S., Easter, A., Harding, S., McFadden, A., Montgomery, E., Page, L., Rayment-Jones, H., Renfrew, M., Silverio, S.A., Spiby, H., Villarroel-Williams, N., Sandall, J., 2023. Targeted health and social care interventions for women and infants who are disproportionately impacted by health inequalities in high-income countries: a systematic review. *International Journal for Equity in Health* 22, 131. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01948-w>

Lemay, C., 2007. “Être là” : étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980.

Malo, M.-É., 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.

Mieux-naître à Laval, 2023. Suivi sage-femme | Mieux-Naître à Laval [WWW Document]. URL <https://www.mieuxnaitre.org/suivi-sage-femme> (accessed 3.18.25).

Moncrieff, G., MacVicar, S., Norris, G., Hollins Martin, C.J., 2021. Optimising the continuity experiences of student midwives: an integrative review. *Women and Birth* 34, 77–86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.007>

Moncrieff, G., Martin, C.H., Norris, G., MacVicar, S., 2023. “It's no ordinary job”: Factors that influence learning and working for midwifery students placed in continuity models of care. *Women and Birth* 36, e328–e334. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.09.009>

Ordre des sages-femmes du Québec, 2021. Adéquation des compétences des sages-femmes aux besoins des femmes et du réseau en périnatalité.

Ordre des sages-femmes du Québec, 2020. Document de soutien : Liberté de choix et encadrement professionnel. Montréal (Québec, Canada).

Ordre des sages-femmes du Québec, n.d. Philopsohie [WWW Document]. Ordre des sages-femmes du Québec. URL <https://www.osfq.org/fr/ordre> (accessed 3.21.25).

Perriman, N., Davis, D.L., Ferguson, S., 2018. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery* 62, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>

Porter, I., 2023. Le nombre de «superinfirmières» augmente lentement au Québec [WWW Document]. Le Devoir. URL <https://www.ledevoir.com/societe/sante/803748/nombre-ips-augmente-mais-lente> (accessed 3.18.25).

Sandall, J., Turienzo, C.F., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L.V., Shennan, A.H., Rayment-Jones, H., 2024. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004667.pub6>

Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, Foureur MJ, McLachlan H, Oats J, Sibbritt D, Thornton C, Homer CSE. 2018. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018 Jul;62:240-255. DOI:[10.1016/j.midw.2018.03.024](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024). Epub 2018 Apr 3. PMID: 29727829.

Stoll, K., Gallagher, J., 2019. A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and Birth* 32, e441–e449. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.002>

Vadeboncoeur, H., Maheux, B., Blais, R., 1995. Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession? *Ruptures* 3, 224–242.

World Economic Forum, 2024. Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies.

World Health Organisation, 2024. *Transitioning to midwifery models of care*. Geneva.

World Health Organisation, 2019. *Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030*. World Health Organization, Geneva.