

PROFESSION DE SAGE- FEMME

Elena Neiterman, Karen Lawford et Ivy Bourgeault

Profession de sage-femme

INTRODUCTION

Les sages-femmes canadiennes sont des prestataires de soins de santé primaires qui s'occupent des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, et jusqu'à six semaines après l'accouchement (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2010). La profession de sage-femme est une petite profession comptant environ 1500 membres, dont les étudiantes et les sages-femmes en exercice (ACSF, 2018a). La profession de sage-femme est relativement nouvelle au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé canadienne, et à l'heure actuelle, toutes les provinces et tous les territoires ne réglementent pas la profession.

Néanmoins, les sages-femmes sont rapidement en train de devenir un choix populaire parmi les femmes enceintes au Canada. Le modèle canadien de soins des sages-femmes a été une source de fierté et de satisfaction pour les sages-femmes pratiquantes et pour les femmes qui reçoivent leurs soins (O'Brien et al., 2011). Il a résulté en des niveaux élevés de satisfaction de la clientèle et des statistiques de résultats cliniques positifs (Hatem, Sandall, Devane, Soltani et Gates, 2008; Hutton et al. 2016). En Ontario, par exemple, le taux de satisfaction pour le nombre de sages-femmes est de près de 99 % (Association des sages-femmes de l'Ontario [ASFO], 2007). Les soins prodigués par les sages-femmes sont associés à moins de naissances assistées par des instruments, à des taux de césariennes plus faibles et à des hospitalisations moins longues (Hatem et al., 2008). Reconnaisant les avantages des soins prodigués par les sages-femmes et cherchant à répondre à la demande croissante pour ceux-ci, les systèmes de soins de santé à travers le pays cherchent à augmenter le nombre de sages-femmes pratiquantes.

Dans ce chapitre, nous donnons un aperçu de la profession de sage-femme réglementée. Nous commençons par un bref historique de la profession, suivi d'une revue des exigences en matière de formation et de la définition de son champ d'exercice. Après avoir discuté des tendances actuelles dans la profession, nous identifions certains défis auxquels font face les sages-femmes en exercice au Canada. Nous identifions la rétention des sages-femmes, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et la rémunération comme trois problèmes majeurs déconcertants rencontrés de nos jours par les sages-femmes au Canada.



HISTOIRE DE LA PROFESSION

LES DÉBUTS DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME AU CANADA

L'histoire de la profession de sage-femme au Canada ressemble en grande partie à l'histoire du colonialisme. Les peuples autochtones¹ avaient une longue et riche histoire de prestation de soins de santé et de bien-être à leurs communautés, dont ce que nous définirions comme des soins de sage-femme (National Aboriginal Council of Midwives [NACM], 2018). La colonisation entraîne des changements importants dans les soins que les sages-femmes autochtones apportent aux peuples autochtones à la suite de la destruction systématique et délibérée des façons de savoir autochtone, le tout au nom de l'édification de la nation (Kaufert et O'Neil, 1990; Lawford et Giles, 2012a).

Les soins dispensés par les sages-femmes changent également de façon spectaculaire dans les communautés de colons. Avant le 20^e siècle, la plupart des femmes canadiennes vivant dans des communautés de colons reçoivent de l'aide de femmes de la région faisant office de sages-femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Ces femmes sont formées comme infirmières sages-femmes et amenées de l'étranger au

1 Nous employons le terme Autochtone dans ce document. Le terme défini par la Constitution demeure Autochtone.

Canada ou n'ont aucune formation formelle en obstétrique. La plupart vivent dans les communautés qu'elles servent et ont de l'expérience en matière de soins aux femmes pendant la grossesse et l'accouchement. En plus d'aider avec le travail et l'accouchement, elles peuvent aussi exercer les fonctions d'infirmières, de ménagères et de doulas et recevoir des paiements en nature pour leurs services (Bourgeault et Fynes, 1997).

Du début au milieu du 20^e siècle, ce type de sage-femme profane disparaît rapidement. La popularité croissante de la formation médicale formelle rend les services de sages-femmes moins attrayants pour les femmes canadiennes dans les communautés aisées. L'accouchement à domicile est remplacé en grande partie par un accouchement à l'hôpital sous la supervision de médecins qui offrent des analgésiques (Bourgeault et Fynes, 1997). À la même époque, les lois sur la pratique médicale rendent l'exercice de la profession de sage-femme illégal dans certaines provinces (p. ex. au Québec) et la laissent dans une zone grise légale dans d'autres (p. ex., en Ontario) (Bourgeault, 2006).

Les sages-femmes connaissent des difficultés à s'organiser professionnellement en raison de la langue, de l'alphabétisation et des barrières culturelles (Bourgeault, 2000). Les sages-femmes disparaissent presque du paysage canadien des professionnels de la santé pour cette raison.

LES SAGES-FEMMES DANS LES COMMUNAUTÉS ÉLOIGNÉES

Bien que les services de maternité ne soient pas officiellement reconnus comme une pratique professionnelle, leur nécessité incite le gouvernement à mettre en place des services de sages-femmes dans certaines régions nordiques, rurales et éloignées. En Alberta, les United Farm Women of Alberta et les United Farm Men of Alberta ont fait pression sur le gouvernement provincial pour qu'il fournisse des services de sages-femmes aux femmes des collectivités rurales (Bourgeault et Fynes, 1997). Par conséquent, en 1944, un programme de trois mois offrant une formation en obstétrique aux infirmières est lancé à Edmonton. Des programmes semblables sont lancés plus tard en Nouvelle-Écosse (1967) et à Terre-Neuve (1978).

Bien que les sages-femmes ne deviennent ni une spécialité officielle, ni une profession infirmière, ni ne s'établissent solidement dans les systèmes provinciaux de soins de santé, le gouvernement fédéral compte sur les infirmières sages-femmes recrutées principalement à l'étranger. La plupart des services d'infirmières et de sages-femmes étaient offerts dans les postes de soins infirmiers fédéraux aux femmes autochtones et à celles vivant dans des régions éloignées. Comme les médecins ne sont généralement pas attirés par ces domaines, il n'existe aucune véritable opposition à l'introduction des services de sages-femmes dans ces endroits.

Les femmes enceintes des Premières Nations vivant dans des régions rurales et éloignées sont évacuées vers le sud pour y accoucher au début des années 1900 (Lawford et Giles, 2012a). La pratique se répand au milieu du 20^e siècle sous prétexte d'essayer de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, mais elle contribue sans doute à la colonisation des pratiques relatives à la naissance (Kaufert et O'Neil, 1990; Lawford et Giles, 2012b). La politique d'évacuation réduit le besoin de services de sages-femmes dans les communautés autochtones. Par conséquent, ces services disparaissent en grande partie de ces communautés.

LA RÉINTRODUCTION DES SAGES-FEMMES AU CANADA

Au cours des années 1970, on tente de réintroduire la profession d'infirmière sage-femme. Ces tentatives viennent principalement d'infirmières formées en Grande-Bretagne ayant immigré au Canada qui trouvent étrange qu'il n'existe pas de profession de sage-femme réglementée ici. Toutefois, ces efforts ne donnent rien de significatif. Les sages-femmes profanes issues du mouvement de l'accouchement à domicile mènent des efforts dans plusieurs provinces pour légaliser l'exercice de la pratique sage-femme. Bon nombre d'entre elles ont reçu une formation formelle, mais elles ont aussi acquis de l'expérience en tant qu'éducatrices et accoucheuses qui aident parfois les quelques médecins qui pratiquent les accouchements à domicile (Bourgeault, 2006). En général, les clientes payent directement ces femmes pour leurs services, bien que leurs sages-femmes n'aient aucune reconnaissance professionnelle officielle. À mesure que les accouchements à domicile assistés par une sage-femme gagnent en popularité, plusieurs poursuites criminelles sont intentées contre des sages-femmes au Canada (Bourgeault et Fynes, 1997).

LÉGALISATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

L'Ontario est la première province canadienne à présenter une loi sur les sages-femmes. Lorsque le gouvernement de l'Ontario entame un processus d'examen de la législation sur les professions de la santé en 1983, les sages-femmes infirmières et profanes se regroupent pour demander la reconnaissance juridique des sages-femmes. En réponse, le gouvernement de l'Ontario nomme un groupe de travail sur la mise en œuvre de la profession de sage-femme. Le groupe de travail présente son rapport en 1987 et recommande que la profession de sage-femme soit reconnue et réglementée en Ontario, indépendamment de la médecine

ou des soins infirmiers, et qu'elle ait son propre collège de réglementation et un programme de formation sans formation infirmière. Il recommande en outre que les sages-femmes exercent leurs fonctions dans

la communauté et dans les hôpitaux en tant que prestataires de soins primaires.

TABLEAU 1 : Situation de la profession de sage-femme par province et par territoire

| Province/ territoire | Législation/ réglementation | Financement public | Situation d'emploi | Rémunération | Sages- femmes inscrites |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|-------------------------------|
| Colombie-Britannique | 1998 | Oui | Entrepreneure indépendante | Par traite | 313 |
| Alberta | 1998 | Oui | Entrepreneure indépendante | Par traitement | 111 |
| Saskatchewan | 2008 | Oui | Employée | Salaire | 14 |
| Manitoba | 2000 | Oui | Employée | Salaire | 77 |
| Ontario | 1994 | Oui | Modèle d'entrepreneure indépendante et d'employée pour les sages-femmes autochtones | Par traitement | 817 |
| Québec | 1999 | Oui | Entrepreneure indépendante | Salaire | 198 |
| Nouveau-Brunswick | 2016 | Oui | Employée | Salaire | 6 |
| Nouvelle-Écosse Labrador | 2009 2016 | Oui En attente | Employée En attente | Salaire En attente | 9 0 |
| Île-du-Prince-Édouard | – | S/O | – | | |
| Yukon | – | S. O. | En attente | En attente | 0 |
| Territoires du Nord-Ouest | 2005 | Oui | Employée | Salaire | 4 |
| Nunavut | 2011 | Oui | Employé | Salaire | 8 |
| | | | | Total | 1198 |

Source : ACSF (2018). Midwifery Across Canada. <https://canadianmidwives.org/midwifery-across-canada/>

La profession de sage-femme devient légale en Ontario le 1er novembre 1991. Le 31 décembre 1993, elle devient officiellement une profession de la santé autoréglementée et financée par l'État en Ontario. Une exception prévue dans la *Midwifery Act* reconnaît le droit des sages-femmes autochtones de continuer à exercer leur profession dans leur communauté sans surveillance du collège de réglementation (Association des sages-femmes de l'Ontario, ASFO, 2018). D'autres provinces adoptent une réglementation sur les sages-femmes après l'Ontario, bien que certaines établissent un modèle de rémunération différent.

Des services de sages-femmes sont actuellement offerts dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Yukon. L'Île-du-Prince-Édouard a adopté une loi, mais elle n'avait pas encore été proclamée au moment de la rédaction de ce document (Goodwin 2018). Terre-Neuve-et-Labrador prévoyait une étude pilote à Gander en 2018 et planifiait d'intégrer les sages-femmes

dans toute la province en 2019 (Quinn 2018). Le Yukon travaille à l'élaboration d'une loi qui serait en bonne voie d'être adoptée pour la fin de 2019 (Mangat, 2019).

ÉDUCATION ET FORMATION

Pour être admissible à l'inscription et à l'agrément en tant que sage-femme exerçant sa profession, une personne doit suivre un programme de formation des sages-femmes (PFSF) et passer l'Examen canadien de reconnaissance visant l'inscription des sages-femmes (ECRVISF).² Les candidates formées à l'étranger doivent démontrer l'équivalence de leur formation et de leur exercice de la profession aux normes canadiennes ou suivre un programme de transition pour combler les lacunes dans leur exercice de la profession et dans leur formation avant de passer l'ECRVISF. Une fois l'ECRVISF réussi, les candidates sont admissibles à demander l'agrément auprès d'un collège de sages-femmes et à effectuer le processus d'inscription pour commencer à exercer en tant que sage-femme inscrite.

2 Le Québec a des exigences en matière d'agrément légèrement différentes (voir <http://www.osfq.org/grand-public/definition-dune-sage-femme/?lang=fr>).

PROGRAMMES DE FORMATION DES SAGES-FEMMES AU CANADA

Il existe six PFSF au Canada, et un en état de stase en attente de révision au Manitoba. Le premier PFSF a été établi en 1993 en Ontario et est un programme sans formation infirmière, ce qui signifie que les candidates n'ont pas besoin d'une formation préalable en soins infirmiers ou dans tout autre domaine pour entrer au PFSF. Le PFSF de l'Ontario est une collaboration entre trois universités (Laurentienne, McMaster et Ryerson) et le plus grand PFSF au Canada : il accueille 30 étudiantes à chaque site par année (90 étudiantes au total par année). Bien que les PFSF n'exigent aucun diplôme préalable, le processus d'admission est très compétitif³ et un grand nombre de nouvelles étudiantes ont déjà terminé des études de premier ou de deuxième cycle au moment de faire une demande d'admission (Wilson, Neiterman et Lobb, 2013). Au Canada, les PFSF durent environ quatre ans. Les diplômés reçoivent un Bachelor of Midwifery (BMW), un Bachelor of Health Sciences (BHSc) ou un Bachelor of Science (BSc).

La première année des programmes est généralement consacrée à la formation en classe. À partir de la deuxième année, les étudiantes suivent des stages cliniques, généralement dans

au moins deux milieux différents afin de faire l'expérience de conditions diversifiées. La dernière année des programmes se concentre généralement sur les stages médicaux, durant lesquels les étudiantes travaillent

dans la communauté sous la supervision étroite d'une sage-femme expérimentée. Pendant ce temps, les sages-femmes étudiantes apprennent à fournir des soins à domicile, dans les hôpitaux et dans les maisons de naissance (s'ils existent dans la province où se déroule la formation). À la fin de leurs études, la plupart des étudiants devraient avoir assisté à environ 60 naissances et avoir été les prestataires de soins primaires pour au moins 40 d'entre celles-ci. Le tableau 2 présente un aperçu des PFSF au Canada.

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Il existe trois PFSF communautaires au Canada :

- le *Tsi Non:we lonnakeratstha Ona: grahsta'* un programme autochtone de formation des sages-femmes en Ontario;
- le *Nunavik Community Education Program*, offert dans le Nord du Québec aux sages-femmes qui prévoient travailler dans les communautés inuites; et
- le *Nunavut Midwifery Education Program*, offert Arctic College.

TABLEAU 2 : Programmes universitaires de formation des sages-femmes au Canada

| École | Durée du programme | Diplôme | Langue | Ouverture de l'école | Nombre d'étudiantes en 2011 |
|---|--------------------|---------|---------------------|----------------------|-----------------------------|
| Alberta | | | | | |
| Mount Royal University | 4 | BMW | Anglais | 2011 | 14 |
| Colombie-Britannique | | | | | |
| Université de la Colombie-Britannique | 4 | BMW | Anglais | 2002-2003 | 10 |
| Manitoba | | | | | |
| Université du Manitoba en partenariat avec l'Université McMaster ⁴ | 4 | BMW | Anglais | 2006 | – |
| Ontario | | | | | |
| Université Laurentienne | 4 | BHSc | Anglais et français | 1993 | 20 |
| Université McMaster | 4 | BHSc | Anglais | 1993 | 27 |
| Ryerson University | 4 | BHSc | Anglais | 1993 | 18 |
| Québec | | | | | |
| Université du Québec à Trois-Rivières | 4,5 | BSc | Français | 1999 | 24 |

³ Par exemple, le ratio des candidates par rapport aux admissions aux PFSF de l'Ontario est de 8:1 (Neiterman et Lobb, 2014).

⁴ En 2016, l'Université du Manitoba s'est associée à l'Université McMaster pour offrir une formation de sage-femme à 13 étudiantes. Ces étudiantes obtiendront un diplôme de sage-femme de McMaster. Des discussions sont en cours pour établir un programme à l'Université du Manitoba.

Les trois programmes mettent fortement l'accent sur l'apprentissage des cultures autochtones et la prestation de services de sages-femmes et de soins de maternité qui répondent aux besoins de la communauté. Dans le PFSF de la communauté du Nunavik, l'accent est également mis sur l'apprentissage en inuktitut, et dans un style conforme à une vision inuite de la culture et du bien-être (NACM, 2018).

SAGES-FEMMES FORMÉES À L'ÉTRANGER

Il existe d'autres programmes de formation qui garantissent que les sages-femmes formées dans d'autres pays sont prêtes pour exercer leur profession au Canada (CCOSF, 2018a) :

- le International Midwifery Pre-Registration Program à la Ryerson University en Ontario;
- l'Internationally Educated Midwifery Bridging Program à l'Université de la Colombie-Britannique; et
- l'Université du Québec à Trois-Rivières au Québec.

Une caractéristique unique du modèle canadien de pratique sage-femme est que les sages-femmes canadiennes travaillent comme prestataires de soins primaires tant à l'hôpital que dans la communauté. Dans la plupart des autres systèmes de santé, les sages-femmes exercent leurs fonctions sous la supervision de médecins ou d'infirmières (Bourgeault, Neiterman, LeBrun, Viers et Winkup, 2010). Certaines sages-femmes formées à l'étranger ont du mal à s'adapter à un modèle dans lequel elles sont des prestataires de soins primaires. Un défi connexe auquel font face certaines sages-femmes formées à l'étranger est l'adaptation aux pratiques de sages-femmes peu technologiques lorsqu'elles travaillent dans la communauté (Bourgeault et al., 2010).

RÉGLEMENTATION ET NORMES

La réglementation professionnelle est organisée à l'échelle provinciale et territoriale au Canada et les dates de la législation varient. Elles sont détaillées dans le tableau 1. Les désignations de « sage-femme » et de « sage-femme inscrite » sont protégées au Canada. Pour donner des soins de sage-femme, les sages-femmes doivent être inscrites auprès du collège de réglementation de leur province ou territoire (CCOSF, 2018a).⁵

La coordination nationale est assurée par le Conseil canadien des ordres de sages-femmes (CCOSF), un réseau d'organismes de réglementation provinciaux qui veille à ce que les normes de pratique sage-femme soient universelles partout au Canada. Le CCOSF identifie ses objectifs comme

étant de jouer « un rôle prépondérant dans le maintien d'un cadre réglementaire rigoureux grâce à notre travail visant à établir les Compétences canadiennes pour les sages-femmes, à fixer des normes nationales pour la pratique sage-femme, à gérer l'Examen canadien de reconnaissance visant l'inscription des sages-femmes et à approuver les programmes de formation et de préparation à l'emploi. » (CMRC, 2018a). Avec l'ACSF et l'Association canadienne pour la formation des sages-femmes, le CCOSF forme « les trois piliers assurant l'excellence de la réglementation, de la formation et de la pratique sage-femme. » (CCOSF, 2018a).

CHAMP D'EXERCICE

Les sages-femmes inscrites auprès du collège de réglementation sont légalement autorisées à effectuer des actions spécifiques réservées aux sages-femmes. La *Midwifery Act* de 1991 de l'Ontario, par exemple, stipule que le champ d'exercice des sages-femmes comprend « l'évaluation et le suivi des femmes pendant la grossesse, le travail et la période postpartum et de leurs nouveau-nés, la prestation de soins pendant la grossesse, le travail et la période postpartum normaux et la conduite d'accouchements vaginaux normaux spontanés » (Ontario, 1991). Bien que chaque collège de réglementation ait ses propres exigences, tous mentionnent des champs d'exercice semblables à ceux établis dans la *Midwifery Act* ontarienne.

PRINCIPES DES SOINS DE SAGE-FEMME

Bien que la pratique sage-femme varie légèrement d'une province et d'un territoire à l'autre au Canada, toutes les sages-femmes canadiennes sont des prestataires de soins primaires qui adhèrent à sept principes fondamentaux, comme le souligne l'ACSF (2018b) :

1. **Autonomie professionnelle**
« Les sages-femmes canadiennes sont des prestataires de soins de santé primaires autonomes qui fournissent des soins complets pendant la grossesse, le travail, la période postpartum et la période néonatale. La profession de sage-femme au Canada est une profession autoréglémentée sans formation infirmière.
Les services de sage-femme sont financés par l'État et intégrés au système de santé canadien. Les sages-femmes travaillent à la maison, à l'hôpital et dans la communauté, y compris dans les centres de maternité et les maisons de naissance. Les sages-femmes accèdent aux services d'urgence le cas échéant. Lorsqu'ils sont disponibles, les sages-femmes conservent les privilèges hospitaliers d'admission des clients et de leurs nouveau-nés. »

⁵ Les sages-femmes autochtones font exception à cette clause.

2. Partenariat

« Les sages-femmes s'engagent dans un partenariat non autoritaire et solidaire avec les clients tout au long de leurs soins. La pratique sage-femme reconnaît que la relation intime avec le fournisseur de soins fait partie intégrante de la prestation de soins qui tient compte des valeurs culturelles, des croyances, des besoins et des expériences de vie uniques de chaque client. Les recherches suggèrent que la nature de la relation entre un client et un fournisseur de soins de santé est l'un des déterminants les plus importants des résultats positifs.

Pour les communautés autochtones, l'inclusion des familles élargies et l'intégration de soins culturellement sécuritaires augmentent les résultats positifs en matière de santé... »

3. Continuité de la prestataire de soins

« La pratique sage-femme assure la continuité de la prestation des soins, une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connues assurant les soins pendant la grossesse, le travail et la période postpartum. Un temps suffisant est accordé lors des visites de routine pour une discussion significative et une évaluation continue de la santé. Cette approche crée l'occasion d'établir une relation de familiarité et de confiance et facilite les discussions permettant de faire des choix éclairés. La présence d'une soignante connue et digne de confiance pendant la naissance améliore la sécurité et la satisfaction de la cliente et constitue un aspect apprécié des soins de sage-femme. La continuité du fournisseur de soins se traduit par d'excellents résultats en matière de santé, une satisfaction accrue des clients et des soins rentables. »

4. Choix éclairé

« Les sages-femmes reconnaissent le droit de chaque personne d'être la décisionnaire principale concernant leurs soins. Les sages-femmes encouragent et permettent aux clientes de participer pleinement à la planification de leurs propres soins et aux soins de leurs nouveau-nés. Un choix éclairé exige un dialogue coopératif et encourage le partage des responsabilités entre la cliente et la ou les sages-femmes. Les sages-femmes partagent leurs connaissances et leur expérience, donnent des informations sur les normes communautaires et offrent des recommandations fondées sur des données probantes. Les sages-femmes encouragent les clientes à rechercher activement des informations et à poser des questions tout au long du processus de prise de décision.

Les sages-femmes reconnaissent et respectent que les clientes feront parfois des choix pour elles-mêmes et leurs familles qui diffèrent des recommandations de leur sage-femme

et/ou des normes communautaires. Dans de telles circonstances, les sages-femmes continueront à fournir les meilleurs soins possibles. »

5. Choix du lieu de naissance

« Chacune a le droit de choisir où elle va accoucher et les sages-femmes sont responsables de fournir des soins dans leur champ d'exercice à leurs clientes dans le milieu de leur choix. Les personnes peuvent choisir d'accoucher à la maison, à l'hôpital, dans une maison de naissance ou dans une clinique de santé en toute sécurité, accompagnées de sages-femmes. Les sages-femmes sont un élément essentiel des soins de maternité de qualité qui aide les gens à accoucher aussi près que possible de chez eux dans les communautés urbaines, rurales et éloignées. »

6. Pratique fondée sur des éléments probants

« Les sages-femmes soutiennent l'accouchement physiologique. La pratique sage-femme repose sur la recherche, les lignes directrices fondées sur des données probantes, l'expérience clinique et les valeurs et besoins uniques des personnes qui sont prises en charge. Les communautés autochtones apprécient les connaissances traditionnelles qui ont été transmises oralement et expérimentalement par des générations de sages-femmes et utilisent ces connaissances dans la pratique pour obtenir des résultats optimaux à la naissance. »

7. Soins offerts en collaboration

« Les sages-femmes sont des prestataires de soins de santé autonomes qui travaillent de manière indépendante et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé selon les besoins. Lorsque cela répond aux besoins uniques d'une communauté, d'une population ou d'une zone géographique spécifique, les sages-femmes peuvent travailler en collaboration dans le cadre de modèles de pratique interdisciplinaires créatifs... Les principes de continuité, de choix éclairé, de partenariat et de choix du lieu de naissance demeurent des éléments essentiels des soins de sage-femme dans le contexte des soins en collaboration. »

Comme il ressort clairement de ces principes, la pratique sage-femme met l'accent sur le choix éclairé et place la femme au centre de ses propres soins. Les activités des sages-femmes comprennent :

- faire des épisiotomies et des amniotomies;
- administrer des injections;
- effectuer des examens vaginaux;
- insérer des cathéters urinaires;
- prélever des échantillons de sang chez les femmes et les bébés;

- demander et effectuer des tests de diagnostic; et
- prescrire certains médicaments.

La pharmacopée comprend les antibiotiques ainsi que les médicaments prescrits pour l'inconfort pendant la grossesse, le soulagement de la douleur lors du travail et de l'accouchement et la prise en charge générale des soins.

MILIEUX D'EXERCICE

Les sages-femmes travaillent dans une gamme de milieux d'exercice : cabinets privés, centres de santé, maisons de naissance, cliniques communautaires et hôpitaux. Les sages-femmes salariées travaillent généralement dans des pratiques partagées, ce qui leur permet de partager les horaires de garde. Elles n'ont généralement pas de bureaux privés et ont généralement des privilèges d'admission qui leur permettent d'offrir l'accouchement à l'hôpital ainsi que l'accouchement extra-hospitalier.

Dans certaines provinces, les sages-femmes inscrites travaillent en équipes d'au moins deux personnes et bénéficient de privilèges dans au moins un hôpital ou une maison de naissance. La sage-femme principale fournit la majorité des soins à ses clientes; la seconde fournit un soutien lorsque la sage-femme principale n'est pas en mesure de s'occuper d'une cliente. La deuxième sage-femme assiste également généralement à au moins une visite prénatale et assiste à l'accouchement. Une sage-femme à plein temps assiste à environ 40 naissances en tant que sage-femme principale et à 30 à 40 naissances supplémentaires en tant que seconde sage-femme, bien que ces chiffres puissent varier. En Colombie-Britannique, par exemple, une sage-femme à temps plein assiste à 40 à 60 naissances en tant que sage-femme principale et à 15 à 20 naissances en tant que deuxième sage-femme (CCOSF, 2014). À l'extérieur de l'Ontario et du Québec, les sages-femmes sont généralement assistées par du personnel infirmier dans les hôpitaux.

COUVERTURE DES SERVICES ET RÉMUNÉRATION

Les pratiques sage-femme et les régimes de paiement sont organisés différemment selon les provinces et les territoires (ACSF, 2013). En Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario, les sages-femmes inscrites sont considérées comme des entrepreneures indépendantes et sont rémunérées par cycle de soins. Ces sages-femmes travaillent généralement dans des cliniques privées qui sont généralement partagées avec d'autres sages-femmes. Les sages-femmes sont responsables de couvrir les frais de bureau et de coordonner les soins dans leurs cliniques, bien qu'elles reçoivent parfois des fonds du gouvernement provincial pour couvrir les frais généraux. Les dépenses de bureau

comprennent les salaires du personnel, le loyer, l'équipement et les fournitures. Les sages-femmes ont également besoin d'une assurance responsabilité civile, d'une certification, de frais de véhicule et d'avantages sociaux collectifs. Le CCOSF estime qu'environ 32 à 34 % du salaire annuel des sages-femmes en Colombie-Britannique est consacré aux dépenses liées au travail (CCOSF, 2018a).

Dans d'autres provinces, les sages-femmes sont employées par les régies régionales de la santé. Les régies régionales de la santé paient les salaires des sages-femmes et couvrent les frais généraux, y compris l'équipement de bureau, les fournitures et l'assurance responsabilité professionnelle (CCOSF, 2018a). Le gouvernement du Manitoba a envisagé de mettre en œuvre le modèle de rémunération à l'acte utilisé en Ontario et en Colombie-Britannique, bien qu'une étude suggère que le modèle d'emploi est plus propice à l'intégration des sages-femmes dans le système de soins de santé et au ciblage de leurs populations prioritaires (Thiessen, 2014).

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Selon l'ICIS, 99,9 % des sages-femmes canadiennes sont des femmes (2017). Le tableau 3 résume la répartition par âge des sages-femmes canadiennes.

Bien que l'offre de sages-femmes augmente, le nombre de sages-femmes ne suit pas la demande.

Le tableau 3 présente l'offre de sages-femmes au Canada.

LES SAGES-FEMMES AUTOCHTONES AU CANADA

Les sages-femmes autochtones forment un groupe distinct de la profession de sage-femme au Canada. Cette distinction reconnaît leurs droits inhérents en tant que peuples autochtones. Avant l'arrivée des Européens, les communautés autochtones comptaient exclusivement sur les services de sage-femme pour leurs soins de maternité. La colonisation du Canada et des communautés autochtones a entraîné des changements dans la prestation de soins aux femmes enceintes et aux femmes qui accouchent. La pratique consistant à envoyer les femmes vers le sud en avion pour les faire accoucher les désavantageait particulièrement parce que cela signifiait qu'elles accouchaient loin de chez elles, loin de leur famille et de leur communauté (Lawford et Giles, 2012a, b).

Depuis 2002, des sages-femmes autochtones de partout au Canada travaillent officiellement ensemble pour sensibiliser la population aux besoins des communautés autochtones en matière de soins de maternité et pour discuter des besoins particuliers des sages-femmes autochtones. Le National Aboriginal Council of Midwives (NACM), créé en novembre 2008, est l'organisme officiel représentant les sages-femmes autochtones au Canada (NACM, 2018). Le NACM compte



TABLEAU 3 : Nombre de sages-femmes actives inscrites par province/territoire 2014–2018

| Province | 2014 | 2015 | 2016 | 2018 |
|-------------------------|------|------|------|------|
| Colombie-Britannique | 237 | 247 | 273 | 361 |
| Alberta | 86 | 94 | 111 | 115 |
| Saskatchewan | 16 | 11 | 15 | 15 |
| Manitoba | 55 | 52 | 52 | 82 |
| Ontario | 656 | 678 | 711 | 877 |
| Québec | 157 | 155 | 221 | 217 |
| Nouveau-Brunswick | – | – | 0 | 3 |
| Nouvelle-Écosse | 10 | 10 | 10 | 9 |
| Île-du-Prince-Édouard | – | – | – | 0 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | – | – | 0 | 1 |
| Territoires | 25 | 26 | 31 | 10 |

Source : ICIS, 2017.

environ 70 membres, dont des sages-femmes autochtones en exercice et inscrites, des sages-femmes aînées et des étudiantes sages-femmes autochtones de diverses communautés et régions. Les membres du NACM servent les Premières Nations, les Inuits et les Métis et leurs familles (NACM, 2018).

L'objectif à long terme du NACM est de veiller à ce que toutes les communautés autochtones aient accès à des soins de sage-femme (NACM, 2018). Le NACM continue de travailler à la réalisation de cet objectif à l'échelle nationale et compte actuellement 12 cabinets autochtones au Canada. Ces derniers améliorent considérablement la prestation de soins aux femmes autochtones dans leurs communautés respectives. Le tableau 4 énumère ces cabinets et l'année de leur ouverture.

La communauté des sages-femmes autochtones insiste fortement sur l'importance des pratiques culturelles et communautaires dans la pratique sage-femme autochtone. Pour devenir sage-femme, les étudiantes s'inscrivent à un PFSF universitaire ou poursuivent des programmes communautaires de pratique sage-femme.

Les sages-femmes qui exercent leur profession dans les communautés autochtones permettent aux femmes à faible risque de choisir un accouchement communautaire à la maison ou dans des maisons

de naissance. La réintroduction de l'accouchement communautaire grâce aux maisons de naissance au Centre de santé Inuulitsivik du Nunavik, au Québec, par exemple, montre une réduction significative des transferts hors de la communauté, soit de 91 % en 1983 à moins de 9 % en 1998 (NACM, 2018). Les données du Centre de santé Inuulitsivik pour 2000 à 2007 ont révélé que 86 % des femmes du Nunavik accouchaient au Nunavik (Wagner et al., 2012).

PRINCIPAUX ENJEUX DE LA PROFESSION

DIFFICULTÉS D'APPROVISIONNEMENT

Dans le monde entier, 75 % des bébés naissent avec l'aide de sages-femmes (Hawkins et Knox, 2013). Au Canada, le nombre total de naissances dirigées par une sage-femme n'était que de 10 % en 2015-2016 (ACSF, 2018a). Toutes les provinces qui reconnaissent la profession de sage-femme cherchent à accroître le nombre de sages-femmes, mais font face à des défis en raison des possibilités d'apprentissage limitées pour les futures sages-femmes. Le Canada ne compte que six programmes d'éducation des sages-femmes, qui ne décernent un diplôme qu'à environ 150 sages-femmes par année. Cela ne suffit pas à répondre à la demande croissante de services de sage-femme (Hawkins et Knox, 2013).

TABLEAU 4 : Cabinets de sages-femmes autochtones au Canada

| Nom | Année |
|--|-------|
| Québec | |
| Centre de santé Inuulitsivik, Nunavik | 1986 |
| Centre de santé Tulattavik, Nunavik | 2009 |
| Nunavut | |
| Rankin Inlet Birthing Centre | 1993 |
| Cambridge Bay Birth Centre | 2010 |
| Territoires du Nord-Ouest | |
| Fort Smith Health and Social Services Midwifery Program | 2005 |
| Manitoba | |
| Kinosao Sipi Midwifery Clinic, Norway House Cree Nation | 2006 |
| Ontario | |
| Seventh Generation Midwives Toronto | 2005 |
| Tsi Non:we lonnakeratstha Ona:grahsta' Six Nations Maternal and Child Centre | 1996 |
| Kontinenhanónhha Tsi Tkaha:nayen, Tyendinaga Mohawk Territory | 2012 |
| Neepeeshowan Midwives, Attawapiskat | 2012 |
| K'Tigaaning Midwives, Powassan | 2013 |
| Ionteksa'tanoronhkwa "child-cherishers" Homebirth Midwives, Akwesasne | 2013 |

Malgré la popularité croissante des sages-femmes, l'accès aux sages-femmes n'est pas universel partout au Canada. L'Ontario, la première province à légiférer sur les sages-femmes en 1994, compte 817 sages-femmes inscrites et trois programmes de formation des sages-femmes, tandis que la Nouvelle-Écosse n'a que neuf sages-femmes et aucune possibilité de formation pour les étudiantes (ACSF, 2018a; Conseil canadien des organismes de réglementation des sages-femmes [CCOSF], 2018a). Dans certaines provinces, l'accès aux services de sage-femme est limité en raison d'un manque de réglementation et de financement (Hawkins et Knox, 2013).

La prestation de services dans les collectivités rurales et éloignées est particulièrement difficile pour les sages-femmes canadiennes. L'éloignement des communautés, l'accès aux transports et l'accès aux collectivités, particulièrement au printemps et à l'automne, ne sont que quelques-unes des difficultés que les sages-femmes rencontrent pour servir les clientes dans les régions rurales et éloignées.

CONCILIATION TRAVAIL-VIE PERSONNELLE

Le « dilemme des soins » est un paradoxe de la profession infirmière, qui s'attend à ce que les infirmières prodiguent des soins dans une société qui dévalorise le travail en lien avec les soins (Reverby, 1994). Bourgeault, Luce et MacDonald ont appliqué ce concept à la pratique sage-femme, suggérant que le dilemme de la sage-femme présente des obstacles importants pour les sages-femmes qui s'occupent de leurs clientes au détriment de leur propre famille (2006). Le modèle de continuité des soins exige que les sages-femmes soient de garde pendant une durée considérable : le travail et la naissance sont imprévisibles, et les sages-femmes restent avec leurs clientes tout au long du processus. De nombreuses sages-femmes se sont dites préoccupées par le fait qu'elles doivent souvent sacrifier du temps avec leur propre famille et manquer des événements familiaux importants en raison de la nature imprévisible de leur travail (Bourgeault et coll., 2006).

Les intervenants en matière de politique sur les sages-femmes ont reconnu la tension que le modèle de continuité des soins crée dans la vie des sages-femmes lorsque les cabinets de sage-femme ont été établis en Ontario (Bourgeault, 2000). Étant donné que le modèle de continuité des soins est considéré comme la pierre angulaire de la pratique sage-femme, une solution proposée était d'organiser les sages-femmes en cabinets collectifs collaboratifs. Beaucoup de sages-femmes se sont organisées en de tels cabinets, où le soutien de leurs collègues leur permet d'avoir plus de contrôle sur leurs heures de travail.

La pénurie de sages-femmes, en particulier dans les zones rurales moins peuplées, peut influencer la disponibilité du soutien de la part des collègues. Les sages-femmes dans ces zones continuent

d'avoir du mal à concilier travail et famille et à vivre le dilemme des soins et de l'épuisement professionnel.

MAINTIEN

Des études récentes sur l'attrition provenant du PFSF en Ontario suggèrent que certaines étudiantes sages-femmes quittent leurs études en raison de préoccupations quant à leur capacité à concilier travail et famille tout en exerçant leur profession (Neiterman, Wilson et Lobb, 2013; Wilson et al., 2013). Certaines étudiantes ont qualifié la profession de sage-femme de « centrée sur les femmes, mais pas adaptée aux femmes ». (Neiterman et Lobb, 2014). Cela suggère que le modèle canadien de pratique sage-femme cherche à répondre aux besoins des clientes, mais néglige le bien-être des prestataires de services de sage-femme (Neiterman et Lobb, 2014).

Aucune étude systématique sur le maintien en poste des sages-femmes en exercice au Canada n'a été menée. Les registres provinciaux, cependant, montrent des statistiques quelque peu alarmantes. Le nombre de membres inactives du collège varie de 8 % (sept des 85 membres) en Alberta à 13,6 % (30 des 221 membres) en Colombie-Britannique (Lobb, Neiterman, Hakemzadeh et Zeytinoglu, 2013).

Ces chiffres sont particulièrement inquiétants parce que la profession de sage-femme est relativement petite, ce qui signifie que la perte d'une seule sage-femme est importante. En général, une sage-femme s'occupe de 80 à 100 femmes par an (40 à 60 femmes en tant que sage-femme principale et 20 à 40 en tant que sage-femme secondaire). Les

94 sages-femmes en Ontario (sur 584 inscrites) qui n'étaient pas en exercice en 2013 auraient pu fournir des soins à des milliers de femmes et faire économiser des milliers de dollars aux contribuables (Lobb et al., 2013). Au Manitoba, le nombre de sages-femmes inscrites, mais pas en exercice, a continué d'augmenter au fil du temps, passant de cinq en 2001–2002 à 12 en 2007–2008 (Thiessen, 2014).

Un rapport annuel plus récent du Collège des sages-femmes du Manitoba a montré que le nombre de sages-femmes qui n'étaient pas en exercice était passé à 17 en 2010–2011 (Thiessen et al. 2015). L'augmentation du nombre de sages-femmes qui ne sont pas en exercice au Manitoba a été attribuée au stress au travail, aux congés de maternité et de maladie et à la retraite (Thiessen, 2014).

La conciliation vie professionnelle et vie personnelle est un enjeu central au maintien en poste des sages-femmes. En 2012, l'ASFO a créé un groupe de travail sur la conciliation vie professionnelle et vie personnelle qui a examiné des solutions pour résoudre la tension entre vie professionnelle et vie personnelle à laquelle les sages-femmes sont confrontées (ASFO,

2013). Il semble que le modèle canadien de pratique sage-femme soit en partie responsable de la création d'un problème de conciliation travail et vie personnelle pour les sages-femmes canadiennes, mais ce modèle a une valeur importante pour les femmes et les sages-femmes, ce qui rend ce modèle de pratique sage-femme difficile à contester.

D'autres initiatives, comme l'introduction de cabinets de groupe, peuvent aider à réduire l'attrition des sages-femmes. D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre quelles stratégies seraient les plus bénéfiques.

ÉQUITÉ SALARIALE EN ONTARIO

En 2013, l'ASFO a déposé une plainte en matière de droits de la personne auprès du Tribunal des droits de la personne de l'Ontario pour discrimination fondée sur le sexe dans l'équité salariale (Gordon, 2013). Lorsque le système de rémunération des sages-femmes a été mis en place en 1994, il a été convenu que les sages-femmes seraient payées un peu moins que les médecins de famille et un peu plus que les infirmières/infirmiers praticiens. Mais les salaires des sages-femmes n'ont pas suivi les salaires des médecins ou du personnel infirmier.

Selon certaines estimations, les sages-femmes ne gagnent actuellement qu'environ la moitié de ce que leur travail vaut réellement (Gordon, 2013). L'ASFO a soutenu que cet écart salarial est intrinsèquement lié au genre, étant donné que la profession de sage-femme est majoritairement dominée par les femmes et que les professions à prédominance masculine dans le secteur public ontarien (comme les agents correctionnels et les agents de police) ont connu des augmentations salariales au cours de la même période. En septembre 2018, le tribunal s'est prononcé en faveur des sages-femmes de l'Ontario et a appuyé leur demande concernant la discrimination salariale fondée sur le genre. Actuellement, le tribunal se prononce sur les dommages-intérêts qui devraient être versés aux sages-femmes pour compenser la discrimination qui dure depuis des décennies (Mojtehdzadeh, 2018).



CONCLUSION

La profession de sage-femme réglementée est une profession relativement nouvelle au sein de la main-d'œuvre canadienne en soins de santé et elle croît trop lentement pour répondre à la demande croissante. Alors que les sages-femmes fournissent la majorité des soins de maternité dans le monde, au Canada, moins de 10 % des femmes reçoivent des services de sage-femme (CCOSF, 2018b). Cette disparité est probablement attribuable à une combinaison de la méconnaissance par les femmes canadiennes de l'offre de soins de sage-femme de haute qualité et du manque d'accès aux services de sage-femme.

L'accès aux services de sage-femme est inégalement réparti entre les provinces canadiennes et à l'intérieur de celles-ci. Bien que la plupart des provinces reconnaissent et réglementent la profession de sage-femme, celle-ci continue d'être non réglementée ou non financée par les régimes provinciaux de soins de santé dans certaines provinces. Dans les provinces où les services de sage-femme sont réglementés et légiférés, les pénuries de sage-femme créent des obstacles supplémentaires à la prestation des services de sage-femme.

L'accès est particulièrement difficile pour les femmes des régions rurales et éloignées et pour les femmes autochtones qui vivent dans les réserves.

Le maintien en poste semble être en train de devenir un enjeu central du maintien et de la croissance de l'effectif de sages-femmes au Canada. Bien que les données suggèrent que les problèmes d'épuisement professionnel et de conciliation vie professionnelle et vie personnelle conduisent les sages-femmes à quitter la profession, aucune recherche systématique ne se penche sur les tendances en matière de maintien en poste. Une contestation juridique récente en Ontario entre les sages-femmes et le gouvernement provincial relativement à la discrimination salariale fondée sur le genre ajoute une autre couche à la discussion sur le maintien en poste des sages-femmes et la croissance de la pratique sage-femme partout au Canada.

ACRONYMES

ASFO Association des sages-femmes de

l'Ontario ACSF Association canadienne des sages-femmes

ICIS Institut canadien d'information sur la santé

CCOSF Conseil canadien des organismes de

réglementation des sages-femmes ECRVISF Examen

canadien de reconnaissance visant l'inscription des

sages-femmes PFSF Programme de formation des sages-femmes

NACM National Aboriginal Council of Midwives

RÉFÉRENCES

- Association des sages-femmes de l'Ontario. (2007). *Benefits of midwifery to the health care system*. Toronto : Association des sages-femmes de l'Ontario.
- Association des sages-femmes de l'Ontario. (2013). *2012 AOM annual report*. Extrait de http://www.aom.on.ca/files/The_AOM/About_us/Annual_Reports/AnnualReport2012WebFinal.pdf
- Association des sages-femmes de l'Ontario. (2016). *Midwifery pay equity hearings begin at tribunal today*. Extrait de <https://www.ontariomidwives.ca/midwifery-pay-equity-hearings-begin-tribunal-today>
- Association des sages-femmes de l'Ontario. (2018). *Indigenous midwives*. Extrait de <https://www.ontariomidwives.ca/indigenous-midwifery>
- Bourgeault, I. L. (2000). Delivering the “new” Canadian midwifery: The impact on midwifery of integration into the Ontario health care system. *Sociology of Health & Illness*, 22(2), 172–196.
- Bourgeault, I. L. (2006). *Push! The Struggle for Midwifery in Ontario*. Montréal : McGill University Press.
- Bourgeault, I. L., et Fynes, M. (1997). Integrating lay and nurse-midwifery into the U.S. and Canadian health care systems. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1051–1063.
- Bourgeault, I. L., Luce, J. et MacDonald, M. (2006). The caring dilemma in midwifery. *Community, Work & Family*, 9(4), 389–406.
- Bourgeault, I. L., Neiterman, E., LeBrun, J., Viers, K. et Winkup, J. (2010). *Brain Gain, Drain & Waste: The Experiences of Internationally Educated Health Professionals in Canada*. Ottawa : Université d'Ottawa.
- Association canadienne des sages-femmes. (2013). *Annual report 2012–2013*. Extrait de <https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2016/06/CAMAnnualReport2012-2013.pdf>
- Association canadienne des sages-femmes. (2018a). *Midwifery across Canada*. Extrait de <https://canadianmidwives.org/midwifery-across-canada>
- Association canadienne des sages-femmes. (2018b). *The Canadian midwifery model of care position statement*. Extrait de <https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2016/06/CAM-MoCPSFINAL-OCT2015-ENG-FINAL.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Canada's health care providers, 2000-2009: A reference guide*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Canada's health care providers, 1997 to 2011: A reference guide*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Canada's health care providers, provincial profiles 2007–2016*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (2014). *Working conditions*. Extrait de http://cmrc-ccosf.ca/node/60#_Ontario
- Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (2018a). *Midwifery in Canada*. Extrait de <http://cmrc-ccosf.ca/midwifery-canada>
- Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (2018b). *Internationally educated midwives*. Extrait de <http://cmrc-ccosf.ca/internationally-educated-midwives>
- Goodwin, N. (2018). Midwives waiting on proclamation to begin offering services on P.E.I. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-midwives-waiting-on-proclamation-to-offer-services-1.4492956>
- Gordon, A. (27 novembre 2013). Ontario midwives take legal action for pay equity. *The Star* Extrait de <http://www.thestar.com>
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. et Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Numéro 4 (Art. CD004667). ISSN : 1469-1493X.

- Hawkins, M., et Knox, S. (2013). Midwifery care continues to face challenges. *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*, 6(2/3). Extrait de <http://www.cwhn.ca/en/node/39533>
- Hutton, E. K., Cappelletti, A., Reitsma, A. H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C. et Ahmed, R. J. (2016). Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies, *Canadian Medical Association Journal*, 188(5), E80–E90.
DOI:10.1503/cmaj.150564.
- Kaufert, P. A. et O’Neil, J. D. (1990). Cooptation and control: The reconstruction of Inuit birth. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(4), 427–442.
- Lawford, K., et Giles, A.R. (2012a). Marginalization and coercion: Canada’s evacuation policy for pregnant First Nations women who live on reserves in rural and remote regions. *Pimatisiwin*, 10(3), 327-340.
- Lawford, K., et Giles, A.R. (2012b). An analysis of the evacuation policy for pregnant First Nations women in Canada. *AlterNative*, 8(3), 329–342.
- Lobb, D. K., Neiterman, E., Hakemzadeh, F. et Zeytinoglu, I. (2013). *A new approach to studying retention: Following the professional journey of midwives in Canada*. Hamilton : Université McMaster.
- Mangat, P. (2019). Midwifery rules on track for year’s end. The Whitehorse Star. 4 mars. <https://www.whitehorsestar.com/News/midwifery-rules-on-track-for-year-s-end>
- Mojtehdzadeh, S. (2018). Ontario midwives welcome ‘historic’ victory in pay equity case. *The Star*. Extrait de <https://www.thestar.com/news/canada/2018/09/24/ontario-midwives-welcome-historic-victory-in-pay-equity-case.html>
- National Aboriginal Council of Midwives. (2018). *National Aboriginal Council of Midwives*. Extrait de <http://aboriginalmidwives.ca>
- Neiterman, E., et Lobb, D. K. (2014). Women-centred but not women-friendly: Understanding student attrition in the Ontario midwifery education programme. *Gender, Work & Organization*, 21(3), 244–259.
DOI:10.1111/gwao.12033.
- Neiterman, E., Wilson, R. et Lobb, D. K. (2013). Student attrition in the Ontario midwifery education program: A qualitative analysis – part II. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 12(2), 30–36.
- O’Brien, B., Chalmers, B., Fell, D., Heaman, M., Darling, E. K. et Herbert, P. (2011). The experience of pregnancy and birth with midwives: Results from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth*, 38(3), 207–215.
DOI:10.1111/j.1523-536X.2011.00482.x.
- Ontario (1991) « c 31 Midwifery Act, 1991/Loi de 1991 sur les sages-femmes », Ontario : Annual Statutes : Vol. 1991, Article 33. Disponible sur : https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/ontario_statutes/vol1991/iss1/33
- Quinn, M. (2018). More midwives needed in N.L. CBC News. 2 janvier. <https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/midwives-newfoundland-1.4469745>
- Reverby, S. (1994). A caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. Dans P. Conrad et R. Kern (Eds.), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives* (4e éd., pp. 217–227). New York : St. Martin’s Press.
- Thiessen, K. (2014). A case study of the implementation of regulated midwifery in Manitoba. Dissertation. URI : <http://hdl.handle.net/1993/23560>
- Thiessen, K., Heaman, M., Mignone, J., Martens, P. et Robinson, K. (2015). Trends in midwifery use in Manitoba. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 707-714.
- Wagner, V., Osepchook, C., Harney, E., Crosbie, C. et Tulugak, M. (2012). Remote midwifery in Nunavik, Québec, Canada: Outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik Health Centre, 2000–2007. *Birth*, 39, 230–237. DOI:10.1111/j.1523-536X.2012.00552.x.
- Wilson, R., Neiterman, E., et Lobb, D. K. (2013). Student attrition in the Ontario midwifery education program: A qualitative analysis – part I. Personal issues. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 12(1), 32–40.