



uOttawa

**Étude exploratoire de l'utilisation et la non-
utilisation des services d'une sage-femme dans la
région de Québec : facteurs influençant les
trajectoires de soins**

Thèse

Maude Vézina

Doctorat en santé des populations

Philosophiae doctor (Ph.D.)

École interdisciplinaire des sciences de la santé

© Maude Vézina, Ottawa, Canada, 2022

RÉSUMÉ

Contexte :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'approche sage-femme doit se retrouver au centre de la première ligne de soins périnataux en tant qu'experte de l'accouchement physiologique. Non seulement la sage-femme possède une expertise dans la gestion de l'accouchement et du suivi prénatal, mais son expertise s'étend également aux niveaux des soins du nouveau-né (suivi post-natal), de l'allaitement et de la planification familiale, autant de fonctions reconnues par l'OMS et autres organisations de référence en la matière. Or, au Québec, la dernière politique provinciale de périnatalité ne visait que 10% d'accès aux services d'une sage-femme et au-dessus de 95% des femmes accouchent présentement encore à l'hôpital avec l'aide d'un.e médecin. Les listes d'attentes se font également grandissantes pour les parents qui souhaitent accéder aux services d'une sage-femme, ce qui témoigne d'une demande supérieure à l'offre actuelle de soins. Des études ont été précédemment réalisées au Québec pour soulever quelques facteurs qui ont conduit aux conditions actuelles de la profession sage-femme dans la province. Toutefois, aucune recherche n'a encore exploré les facteurs influençant l'*utilisation* des services d'une sage-femme dans la région de Québec, du point de vue des parents. Le modèle théorique *Framework for the Study of Access*, de Thiessen et ses collègues (2016), a été utilisé pour explorer la problématique centrale de cette thèse.

Objectifs :

L'objectif central de cette thèse de faire ressortir les facteurs qui influencent l'utilisation et la non-utilisation des services de sage-femme dans la région de Québec, en utilisant le point de vue des parents de cette région. Notre étude s'articule donc autour de la question suivante : *quel est le point de vue des parents de la région de Québec quant à leur utilisation ou non-utilisation des services d'une sage-femme ?*

Méthodes :

L'étude a été conduite à partir d'une étude de cas à travers devis qualitatif, incluant des entretiens avec des mères et pères de la ville de Québec et en périphérie, une analyse documentaire de documents de références provinciaux en périnatalité, ainsi que des entretiens avec quelques membres administratifs de la formation et de la pratique sage-femme.

Résultats :

Les résultats recueillis et répartis dans les sept catégories de thèmes démontrent que parmi les facteurs influençant le plus les décisions entourant la période périnatale se retrouvent les antécédents médicaux, le statut de parité, la grossesse de la mère de la femme, le milieu de vie, l'éducation. Puis sont abordés également l'influence de certaines composantes qui existent en amont de la décision des parents, soit : les idéologies relatives à la naissance, la communauté, les facteurs environnementaux, les critères d'accès à la sage-femme et les facteurs d'ordre émotif.

ABSTRACT

Context :

According to the World Health Organization (WHO), the midwifery profession must lead the first line of perinatal care as the expert in physiological childbirth. Not only does the midwife holds expertise in the management of childbirth and prenatal follow-up, but she is also the expert of newborn care (post-natal follow-up), breastfeeding and family planning, all functions recognized by the WHO and other reference organizations. However, in Quebec, the last provincial perinatal policy only targeted 10% access to the services of a midwife and above 95% of women still give birth in a hospital setting with the help of a doctor. Waiting lists are also getting longer for parents wishing to access to midwifery services, which shows a demand superior than existing services. Studies have previously been conducted in Quebec to identify some factors that have led to the current conditions of the midwifery practice in the province. However, no research has yet explored the factors influencing the *use* of midwifery services in the Quebec region, from the parent perspective. The theoretical model *Framework for the Study of Access*, from Thiessen and colleagues (2016), has been used in this study to structure our problematic.

Goals :

The main objective of this thesis is thus to highlight the factors that influence the use of midwifery services in the Quebec region, using the point of view of Quebecois parents. Our case study therefore revolves around the following question: *what is the point of view of parents in the Quebec region regarding their utilization or non-utilization of midwifery services?*

Methods :

The study was conducted based on a qualitative design, including interviews with mothers and fathers in Quebec City and its outskirts, a documentary analysis of provincial perinatal reference documents, as well as interviews with a few administrative members of the midwifery training and practice.

Results:

The results collected and divided into the 7 categories of themes show that among the factors most influencing the decisions surrounding the perinatal period are : medical history, parity status, pregnancy of the woman's mother, living environment, and education. Then participants also mention the influence of certain components that exist before the parental decision : ideologies related to childbirth, the community, environmental factors, criteria for accessing a midwife and emotional factors.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	II
ABSTRACT	III
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VII
LISTE DES ANNEXES	VII
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IX
REMERCIEMENTS.....	XI
AVANT-PROPOS.....	XII
INTRODUCTION	XIV
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	1
1.1 Contextualisation de la pratique sage-femme au Québec.....	2
1.1.1 Contexte historique de la pratique sage-femme au Québec.....	3
1.1.2 Contexte juridique de la profession de sage-femme au Québec	6
1.1.3 Contexte politique de la profession sage-femme au Québec	7
1.1.4 Soins périnataux : organisation des soins et modèles de soins	7
1.1.5 Comparaisons mondiales entre modèles de soins.....	9
1.1.6 Le modèle de soins maternels au Québec.....	14
1.1.7 Besoins des femmes relatifs à la périnatalité.....	17
1.1.8 Attitudes de recours aux soins	18
1.2 Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme et besoins de connaissances en contexte québécois.....	19
1.2.1 Facteurs idéologiques : conceptions de la naissance.....	19
1.2.2 Facteurs culturels.....	23
1.2.3 Contexte sanitaire.....	27
1.2.4 Facteurs sociodémographiques et caractéristiques individuelles	27
1.2.5 Facteurs macro : historiques, institutionnels, et politiques.....	29
1.3 Contributions à la recherche.....	32
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL.....	37
2.1 Choix du modèle conceptuel.....	38
2.2 Modèle conceptuel et choix du devis.....	43
2.3 Question et objectifs de recherche	44
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	46
3.1 Devis de la recherche	47
3.2 Méthodes de collecte des données (et sources).....	50

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

3.2.1 Entretiens individuels	50
3.2.2 Analyses documentaires	54
3.2.3 Adaptation de la stratégie de recrutement au contexte Covid-19.....	54
3.3 Population à l'étude et échantillonnage	55
3.3.1 Population étudiée : critères d'inclusion et de non-inclusion	55
3.3.2 Recrutement des participant.e.s.....	58
3.3.3 Taille d'échantillon.....	60
3.4 Collecte des données	69
3.4.1 Consentement éclairé	69
3.5 Qualité des données : forces et limites des données recueillies.....	70
3.5.1 Forces des données.....	70
3.5.2 Limites des données.....	71
3.6 Considérations éthiques.....	73
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DONNÉES.....	75
4.1 Transcription des entretiens	76
4.2 Codification et arbre de codes	76
4.3 Déroulement des analyses thématiques	84
4.4 Déroulement des analyses documentaires	85
4.5 Triangulation des données	86
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	88
5.1 Résultats principaux : Objectif 1 : documenter les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme du point de vue de parents de la région de Québec.....	90
5.1.1 Résultats des mères et pères.....	90
5.1.2 Résultats des membres administratifs	111
5.2 Objectif 2 : Documenter les différentes trajectoires de soins périnataux, à partir de l'expérience de soins périnataux de parents de la région de Québec, soit le vécu des soins, et l'accès aux soins périnataux ...	112
5.2.1 Résultats des mères et pères.....	112
5.2.2 Résultats des membres administratifs	127
5.3 Objectif 3 : Documenter le niveau des connaissances de parents de la région de Québec, quant aux différents services périnataux offerts, et spécifiquement concernant les services de sage-femme.....	128
5.3.1 Résultats des mères et pères.....	128
5.3.2 Résultats des membres administratifs	131
5.3.3 Résultats des analyses documentaires.....	132
5.4 Objectif 4 : Documenter le contexte global et systémique qui influence l'utilisation des soins de sage-femme par des parents de la région de Québec.....	146
5.4.1 Résultats des mères et pères.....	146
5.4.2 Résultats des membres administratifs	162
5.5 Résultats des données triangulées (entretiens et analyse documentaire)	164

CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....	170
6.1. Nouveau modèle conceptuel proposé	171
6.1.1 Retour sur le modèle initial.....	171
6.1.2 Nouveau modèle proposé.....	172
6.1.3 Utilisation du nouveau modèle.....	176
6.2. Discussion autour des thèmes principaux de la thèse	177
6.2.1 Caractéristiques des parents.....	177
6.2.2 Composantes d'influence	182
6.2.3 Utilisation des services	186
6.2.4 Connaissances et informations en matière de périnatalité	192
6.2.5 Contexte sanitaire	198
6.2.5.1 Contexte sanitaire et services sage-femme.....	200
6.2.6 Caractéristiques du système de santé.....	201
6.3. Points centraux des discussions.....	205
CONCLUSION	208
RÉFÉRENCES	214
ANNEXES	235

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Caractéristiques sociodémographiques des parents.....	62
Tableau 2 :	Références documentaires et pseudonymes des parents les ayant consultées.....	64
Tableau 3 :	Arbre de codes des facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec.....	78
Tableau 4 :	Analyse du discours relatif à la sage-femme dans les éditions 2019 et 2021 du <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i>	134
Tableau 5 :	Dossiers et exemples de passages faisant référence à l'approche sage-femme sur le site <i>Naître et grandir</i>	137
Tableau 6 :	Grille pour les entretiens semi-dirigés avec les pères.....	249
Tableau 7 :	Grille pour les entretiens semi-dirigés avec les responsables de la formation sage-femme (version préliminaire).....	255
Tableau 8 :	Classification des participant.e.s.....	286
Tableau 9 :	Détails des suivis de grossesse chez les participant.e.s.....	287

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec.....	43
Figure 2 :	Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec (nouveau modèle).....	175

LISTE DES ANNEXES

Annexe A :	Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa.....	236
Annexe B :	Grille pour l'échantillon (version préliminaire).....	238
Annexe C :	Guide pour entretiens dirigés.....	241
Annexe D :	Guides d'entretien pour entretiens semi-dirigés.....	248
Annexe E :	Feuillets d'information.....	262
Annexe F :	Formulaires de consentement.....	273
Annexe G :	Formulaire d'engagement à la confidentialité.....	285

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Annexe H : Classification des participant.e.s.....	286
Annexe I : Détails des suivis de grossesse chez les participant.e.s.....	287

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AOPQ	Association des Omnipraticiens en Périnatalité du Québec
CCHN	Community Child Health Network
CÉR	Comité d'Éthique de la Recherche
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CIUSSS	Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux
CIUSSSCN	Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Capitale-Nationale
CLSC	Centre local de services communautaires
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
PIB	Produit Intérieur Brut
PSRP	Preconception Stress and Resiliency Pathways
RAMQ	Régie de l'Assurance Maladie du Québec
RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
RSFQ	Regroupement Les Sages-femmes du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse de doctorat

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

WHO World Health Organization

REMERCIEMENTS

Avant de plonger dans le contenu de cette thèse, prenons le temps de souligner les différentes formes de 'teamwork' qui ont pris place dans ce travail de grande envergure.

J'aimerais d'abord remercier les participantes et participants à cette étude, sans qui cette thèse n'aurait pas eu la même couleur, et n'aurait tout simplement pas pu se réaliser. Merci pour votre temps, votre générosité de partage et votre ouverture envers cette recherche.

Un merci particulier aux ressources de l'Université d'Ottawa; mon superviseur, Sanni Yaya, pour son appui continu et son expertise. À mon comité de thèse, Marie-Claude Thifault, Hélène Laperrière, Nicolas Vonarx, pour leurs points de vue complémentaires et experts. À Stéphanie Maltais, pour ses précieux conseils, son regard attentif sur ma thèse et sa générosité de temps. À Stéphanie Breau-Godwin et autres membres administratifs de l'École interdisciplinaire des Sciences de la santé, pour leur disponibilité, leur bonne humeur et les bons conseils aux moments où j'en avais besoin. Aux enseignantes et enseignants de la Faculté des Sciences de la santé ainsi que des Sciences sociales, qui ont partagé leurs connaissances et visions de la vie, et pour les agréables conversations. Mes collègues de cohorte, pour leur inspiration à poursuivre le doctorat malgré les défis; un merci tout particulier à Komlan pour ses mots d'encouragement à un moment important.

Un merci chaleureux aux amitiés précieuses : les 'Charleston', pour les moments remplis d'entraide et de joie simple, un tonique parfait pour surmonter les obstacles et remises en question du doctorat; 'Zub', pour une présence et une écoute attentive depuis la cour de récréation (La glissage bleue!); Chantal et 'Bb', pour les marches de 'mamies de Limoilou'; Emily et Barbara d'outre-Atlantique, pour les moments accompagnés de nourriture (le Cheese) et pour les épopées en Europe à travers la thèse; Manu, pour les conversations de balcons; Gladys, pour le soutien moral et 'technique' (mise en page!); 'Mition', pour les encouragements continus.

Aux membres de ma famille, famille immédiate et famille plus éloignée, merci pour les encouragements dans mes études, du tout début jusqu'à maintenant. Qui aurait cru que je choisirais la voie des études supérieures? Merci de m'encourager à suivre un chemin qui ne cesse de m'interpeller, depuis le moment où j'y ai posé le pied. Julie, Sylvain, merci d'avoir souligné cette étape importante de vie et merci pour le cadre symbolique (fièrement accroché), qui veut tout dire.

Un merci à toutes les autres personnes qui ont contribué directement ou indirectement à ce travail des dernières années. Même si votre nom ne figure pas ici, je ne vous en remercie pas moins. Merci.

Enfin, merci à toutes les sages-femmes, au Québec et partout dans le monde, pour votre précieux travail, aujourd'hui et depuis toujours. Cette thèse vous est dédiée.

AVANT-PROPOS

Au cours des dernières années, mes itinéraires personnel et professionnel ont été marqués par un intérêt pour des problématiques qui m'étaient jusqu'alors totalement inexplorées; la santé communautaire, la profession de sage-femme, la recherche, puis éventuellement l'envie de poursuivre l'avenue du doctorat. La profession de sage-femme m'a impressionnée, dès mes premières recherches sur le sujet. Cet intérêt a pris racine dans une conversation avec une collègue de travail, qui mentionnait avoir un jour voulu être une sage-femme elle-même. J'étais alors en fin de maîtrise en santé communautaire, ayant réalisé une recherche en santé maternelle au Laos, et ce domaine m'interpellait de plus en plus. Je demeurais ouverte à d'éventuelles opportunités qui m'indiqueraient la voie que j'emprunterais, car la suite m'était encore floue. Et voilà que je ne savais pas ce qu'était la profession de sage-femme; un inconnu presque total. Ma collègue m'a expliqué brièvement ce qu'était la profession, puis m'a référée à quelques références et émissions de télévision traitant du sujet sous divers angles. J'ai effectué mes recherches, écouté religieusement les deux émissions conseillées, puis couru les manuels sur le sujet, épluchant des pages et des pages, passant mes fins de semaines à la bibliothèque Gabrielle-Roy, parlant à des sages-femmes et assistant à certaines activités organisées et gérées par ces sages-femmes au centre de santé près de chez moi. Je voulais mieux comprendre leur univers de pratique, qui me fascinait de plus en plus. Des questions continuaient de traverser ma tête, et plus j'en apprenais, plus l'éventail de questions augmentait. Pourquoi n'avais-je jamais vraiment adéquatement entendu parler de cette profession, ici, au Québec? Pourquoi l'approche de ces professionnelles semblait-elle si peu connue? D'après ce que je lisais et entendais en essayant de bâtir ma propre opinion du sujet, cette profession m'apparaissait sécuritaire, avec une approche simplement différente de celle surreprésentée dans le discours public, qu'est l'approche biomédicale. Avec toutes ces questions en tête, j'ai fait le grand saut en 2018 : je me suis inscrite au programme pour suivre la formation de sage-femme, à Trois-Rivières. J'ai été acceptée pour passer l'entrevue, puis ai été finalement retenue parmi les 24 étudiantes sélectionnées chaque année par le programme. En parallèle, j'ai été acceptée au doctorat en santé des populations, à l'Université d'Ottawa. Le choix a été difficile. J'ai

parlé à quelques personnes, qui m'ont chacune aidée à réfléchir à la situation. Ultimement, cette décision était en moi, et je l'ai vue éventuellement émerger de plus en plus clairement. J'ai choisi de laisser la profession de sage-femme derrière moi et emprunter la voie du doctorat, car une phrase prononcée par une sage-femme que j'avais rencontrée résonnait dans ma tête : « *Si tu es à l'intérieur de la profession, tu es dedans. Tu as les mains liées, tu es trop occupée pour changer quoi que ce soit. Alors que si tu es à l'extérieur, tu peux aider à ce que les conditions de pratique et de survie de la profession progressent* ». C'était cela, la voie que je prendrais. Et cette thèse est une des étapes dans la poursuite de cette voie.

À l'issue de cette thèse, je réalise maintenant un constat important, dont on ne parle pas beaucoup, et qui peut paraître banal mais qui ne l'est pas, pour moi : le mot *sage-femme* renvoie non pas à la sagesse générale d'une femme qui en accompagne une autre lors de l'accouchement, mais plutôt à la sagesse *envers* les femmes qui accouchent (Lemay, 2007). Et il y a bien là une différence majeure entre ces deux visions du même mot. Car c'est ce constat qui m'apparaît comme central dans le *pourquoi* de cette thèse, d'un point de vue personnel. C'est en grande partie parce que je considère qu'une approche comme celle de la profession de sage-femme, qui se voue continuellement au développement d'une sagesse thérapeutique envers la personne qu'elle accompagne, mérite d'être plus adéquatement connue, reconnue, et soutenue, à travers la société. Il me semble important qu'une telle approche ait une place et une voix proportionnelle à sa valeur à travers le système de santé, aux côtés des autres professions dont la pertinence n'est pas supérieure, mais égale et, je dirais même, complémentaire. Voici les mots d'une participante de cette thèse qui, selon moi, annoncent bien l'importance d'une circulation adéquate de l'information et conscientisation par rapport à la profession sage-femme à travers un discours biomédical trop omniprésent :

INTRODUCTION

Pour assurer la survie de la mère et du nouveau-né lors d'une grossesse, les soins obstétricaux sont essentiels. Parmi ces soins se retrouvent non seulement l'ensemble des soins associés au domaine de la médecine de famille et obstétricale, mais également les soins octroyés par la sage-femme. La profession de sage-femme est une profession vieille comme le monde; les textes anciens égyptiens et de la Rome antique y faisaient référence comme la profession phare en matière de soins autour de la grossesse et de l'accouchement (Haimov-Kochman et al., 2005). Malgré les progrès technologiques et techniques qui se sont déployés autour de la médecine obstétrique depuis le début du 19^e siècle, ainsi que le déplacement des accouchements vers les hôpitaux, la profession de sage-femme demeure à ce jour une profession-clé mondialement dans la gestion des soins périnataux. En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la sage-femme doit être au centre de la gestion des soins de périnatalité comme étant l'experte de l'accouchement normal (*physiologique*) (OMS, 2013; 2016). Non seulement elle possède une formation et expertise dans la gestion de l'accouchement et du suivi prénatal, mais cette expertise se situe également aux niveaux des soins du nouveau-né (suivi post-natal), de l'allaitement et de la planification familiale, toutes des fonctions importantes reconnues par l'Organisation des Nations unies (ONU) et ses différentes organisations et Fonds (OMS, 2019a; UNFPA, 2014). De plus, la profession de sage-femme peut se pratiquer de façon autonome en dehors de l'hôpital (en maison de naissance ou à domicile), ainsi à l'écart du terreau fertile d'infections nosocomiales et également à l'écart du risque d'interventions chirurgicales non nécessaires réalisées sur les femmes (NICE, 2014). En effet, sa philosophie et son champ de pratique posent le postulat initial de l'accouchement en tant qu'événement à priori normal du cours de la vie reproductive des femmes (Brabant, 2013). Les lignes directrices internationales sont ainsi claires : pour favoriser la sécurité des femmes, les grossesses sans risque de complications (autour de 45% dans la plupart des pays industrialisés) auraient intérêt à être suivies à l'extérieur de l'hôpital par un(e) expert(e) de l'accouchement physiologique, afin de limiter les risques d'interventions médicales non nécessaires ainsi que les complications qui en découlent (Fraser et al., 2000; MSSS, 2008; NICE, 2014).

Depuis plusieurs années et à l'échelle de la planète, on observe un contexte de pénurie importante d'agents de santé (OMS, 2013) ayant des compétences en obstétrique (Holmer et al., 2015), ce phénomène étant exacerbé en ce temps de crise sanitaire mondiale (Beaudoin, 2020). Cette pénurie est d'autant plus remarquable que la santé maternelle et infantile se retrouvent au cœur des objectifs du développement durable des Nations Unies.

Selon de récents rapports de taux d'hospitalisation au Canada, en 2022, l'accouchement est la cause la plus importante d'hospitalisation au Canada, avant les bronchites, les accidents cardiaques et l'ostéoartrite du genou (Allaire, 2017; Canadian Institute for Health Information, 2022; The Commonwealth Fund, 2021), et la majorité de ces hospitalisations représentent des accouchements à bas risques de complications. Or, dans un contexte où hôpitaux et médecins sont débordés à la fois par une population vieillissante et les urgences reliées à la gestion de crises sanitaires, les ressources hospitalières et médicales doivent être canalisées autour de cas médicaux prioritaires. Le contexte actuel fait ainsi ressortir une réalité mise de l'avant depuis déjà plusieurs années : le milieu hospitalier est un lieu de traitement médical. Selon les statistiques présentées ci-dessus, cela signifie que les cas qui ne relèvent à priori pas d'une prise en charge médicale et qui pourraient être gérés hors milieu hospitalier devraient être pris en charge par des ressources non hospitalières, tant d'un point de vue de sécurité personnelle que d'un point de vue d'efficacité des soins dans un contexte de ressources limitées. Ainsi, la question de la réorganisation des soins, notamment en ce qui a trait à la gestion partagée des soins reliés à la grossesse et l'accouchement, devient pressante.

Quelques pays européens présentent un exemple du modèle de soins maternels dans lequel la sage-femme détient une position centrale. En Suède, par exemple, la profession de sage-femme, *barnmorskan* en langue locale, y est au cœur de la gestion des soins maternels, suivant une approche de *midwifery-led model*, dans lequel la sage-femme est la professionnelle centrale des soins maternels (Hattem et al., 2008). Même si le pays a également ressenti l'influence des progrès biomédicaux, cette place prépondérante persistante de la sage-femme aurait contribué à maintenir les interventions médicales limitées autour de l'accouchement. Il a également été suggéré que les taux bas de mortalité maternelle en Suède sont en partie dus à l'approche communautaire de la profession sage-femme (Högberg, 2004). En France, les sages-femmes sont également partie

intégrante des soins maternels et elles pratiquent à deux niveaux de soins : de façon libérale (ouvrant leur propre cabinet), ou en maternité (unité de l'hôpital réservée à la maternité) (INSERM et DREES, 2017). Ainsi, 14,8 % des femmes françaises ont un suivi principal prénatal avec une sage-femme en maternité publique et les consultations auprès d'une sage-femme libérale sont de 25,2% au pays (INSERM et DREES, 2017). La Norvège présente une organisation des soins maternels similaire, avec la profession de sage-femme au centre de la première ligne (Panda et al., 2018). La place centrale de l'approche sage-femme dans ces pays ne semble pas avoir d'impact négatif sur les taux de mortalité, car la Suède, la Norvège et la France présentent parmi les taux les plus bas à l'échelle internationale : deux décès sur 100 000 naissances vivantes pour la Norvège (Sperre Saunes et al., 2020), quatre décès sur 100 000 naissances vivantes pour la Suède (OMS, 2019b), et huit décès sur 100 000 naissances vivantes pour la France (OMS, 2019b).

Or, au Canada, et plus spécifiquement au Québec, ce partage des soins n'est pas observé au sein du système de santé.

En effet, après avoir présenté le portrait de quelques pays, quelle est maintenant la situation nationale canadienne, puis québécoise ? Selon Statistique Canada (2019), le taux de mortalité maternelle était de 8,3 morts par 100 000 naissances vivantes au pays et le taux de mortalité infantile national était de 4,7 enfants décédés par 100 000 naissances vivantes, taux comparable à la Bulgarie, au Kazakhstan, à au Kuweit, à la Corée du Sud et à la Serbie (OMS, 2019b). La comparaison entre provinces canadiennes fait maintenant ressortir la particularité de la province de Québec quant à la place accordée à la profession de sage-femme. Le Québec se retrouve en troisième place au pays pour le nombre total de sages-femmes pratiquant sur son territoire, après l'Ontario (1^{ère} place) et la Colombie-Britannique (2^e place) : un nombre total de 264 sages-femmes pratiquaient au Québec en 2020, pour 1021 en Ontario et 320 en Colombie-Britannique (Canadian Association of Midwives, 2022). Ce nombre inférieur de sages-femmes au Québec peut s'expliquer en partie pour des raisons de contingentement du programme, tel qu'il sera abordé plus amplement dans la section 1.2.5. En pourcentage, cela représente 4 % du total des naissances gérés par des sages-femmes au Québec en 2020, pour 23% en Ontario et 25 % en Colombie-Britannique durant

la même année (Canadian Association of Midwives, 2022). De plus, au-dessus de 95% des femmes accouchent à l'hôpital au Québec (Canadian Association of Midwives, 2022).

Ces données recueillies sont une accumulation de faits qui indiquent que les soins maternels sont *en pratique* gérés quasi-exclusivement par la biomédecine au Canada, ce qui contredit un modèle canadien *théorique*. En effet, *en théorie*, les soins maternels devraient faire l'objet d'un partage complémentaire de compétences entre différent.e.s professionnel.le.s de santé (Lévesque et al., 2016; Hatem et al., 2008). Dans le même sens, des travaux de réflexion conduits par l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que des experts des soins néonataux et maternels ont également présenté, dans un rapport, les principes théoriques qui devraient guider l'organisation des soins de santé périnataux au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Selon ce rapport, ces principes seraient notamment : l'utilisation d'une approche centrée sur la famille et les soins au nouveau-né, une approche multi-disciplinaire de soins, ainsi qu'une philosophie selon laquelle la grossesse est perçue comme un événement normal de la vie reproductive (Agence de la santé publique du Canada, 2017).

Au Québec, plus spécifiquement, et comme la santé relève constitutionnellement d'une compétence provinciale (Braën, 2002), la gestion des soins maternels suit des guides provinciaux. Les valeurs qui y sont véhiculées convergent toutefois avec celles mises de l'avant par l'Agence de la santé publique du Canada. En effet, la plus récente politique provinciale de périnatalité (2008-2018) s'appuie entre autres sur ces valeurs pour encadrer la gestion des soins maternels au Québec : la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques naturels, les parents doivent être reconnus dans leurs compétences pendant la grossesse et l'accouchement, et chaque naissance s'insère dans une réalité multidimensionnelle (dont sociétale) et dans une collectivité (MSSS, 2008). Plusieurs facteurs – qui seront abordés dans cette thèse – contribuent ainsi à cette gestion biomédicale de la naissance au Québec. Parmi ces facteurs se retrouve notamment une forte pénurie de sages-femmes (influencée notamment par le nombre limité de sages-femmes formées par cohorte), observée également à l'échelle mondiale, qui rend difficile l'accès à de telles

professionnelles (OMS, 2013). Dans les dernières années, des femmes québécoises se sont mobilisées pour protester contre un mauvais accès aux sages-femmes, revendiquant notamment vouloir une approche respectant leurs choix (Brabant, 2013; CSN, 2018; MSSS, 2008). Les réponses gouvernementales sont toutefois demeurées partielles : la dernière politique québécoise de périnatalité (2008-2018) ne visait que 10% d'accès aux services d'une sage-femme, malgré les recommandations internationales suggérant un accès à environ 45%, ainsi que les besoins exprimés de plus de 20% des femmes pour le choix d'un accouchement hors centre hospitalier (MSSS, 2008; NICE, 2014; SOM, 2005). Le résultat de tout cela se reflète dans les listes d'attente qui se font grandissantes pour accéder aux services d'une sage-femme au Québec (CSN, 2018), témoignant d'une demande supérieure à l'offre. Pourquoi le système de soins périnataux ne parvient-il pas à répondre aux besoins et à la demande de services? S'agit-il d'un manque de connaissances au sein de la population et des décideurs politiques ou d'un manque d'évidences scientifiques canadiennes concernant la pertinence et la valeur de placer la profession de sage-femme au centre de la gestion des soins périnataux ? Dans tous les cas, les évidences scientifiques internationales sont pourtant claires : il y a une plus-value significative de l'intégration centrale des sages-femmes dans la gestion des soins périnataux et cette plus-value se fait ressentir au niveau de la santé et la sécurité des femmes et des nouveau-nés, des droits des parents pour un accès à une approche plus personnalisée et adaptée à leurs préférences/choix, de la qualité générale des soins périnataux, et de la viabilité économique du système de santé (Hattem et al., 2008; Reinhartz et al., 2000; Renfrew et al., 2014; Toohill et al., 2012; OMS, 2013; 2016; 2019b; Tracy et al., 2013). Concernant ce dernier point, les études de coût-efficacité ont révélé que le ratio coût-efficacité de l'approche sage-femme est un peu plus élevé que celui pour l'approche médicale, ce qui laisse supposer une approche potentiellement moins coûteuse pour le système de santé, sinon équivalente (Friedman et al., 2015; Reinhartz et al., 2000). La valeur socio-économique de l'approche sage-femme pour les systèmes de santé a ainsi été documentée et mise de l'avant (Caird et al., 2010).

Bon nombre d'études ont été conduites au niveau mondial pour supporter le rôle central de la profession de sage-femme dans la gestion des soins périnataux (Hattem et al., 2008; NICE, 2014; OMS, 2013, 2016; Sandall et al., 2016). Certaines recherches ont également permis d'appuyer le

développement de la profession au Québec, en présentant notamment les résultats d'évaluations multidisciplinaires auprès de différents acteurs, dont des parents, afin d'orienter les politiques québécoises sur la contribution des sages-femmes dans le système québécois (Blais et al., 1994ab, 2000; De Koninck et al., 2000; Fraser et al., 2000; Reinharz et al., 2000). La littérature a également fait état des différents facteurs influençant l'utilisation des services d'une sage-femme dans le contexte québécois, identifiant des facteurs idéologiques (Jonge et al., 2017), structurels et politiques (Beaudoin, 2020; MSSS, 2015, 2008), historiques (Bourgeault et al., 2004; Davies, 2012, dans Thifault (dir.); Lemay, 2007; Rivard, 2010), sanitaires (MSSS, 2008), puis socio-démographiques (Kopff-Landas et al., 2008).

Parmi cette littérature, aucune étude n'a pour l'instant pris en considération la population plus large concernée directement par les services d'une sage-femme : les parents, soit les mères et les pères, sans égard pour leur type de suivi choisi. Cette thèse, intégrée dans un programme de santé des populations, vient ainsi contribuer aux études ayant précédemment été conduites à travers le monde puis au Québec sur le sujet, pour poursuivre l'exploration, sous un nouveau point de vue, des différents facteurs entourant la pratique de la profession de sage-femme au Québec. Ce point de vue plus large que ceux utilisés dans les recherches antérieures au Québec permet ainsi la prise en considération de toute la population concernée directement par les services d'une sage-femme, soit tous les parents, peu importe leur choix de recours aux soins. Cette approche s'inscrit dans la science des systèmes complexes, paradigme qui, appliqué à la santé des populations, met de l'avant la complexité des populations en tant que systèmes, ainsi que les interactions multiples entre ces populations et les déterminants qui influencent leur santé (El-Sayed et Galea, 2017). Ainsi, selon cette approche par systèmes complexes, le point de vue des mères ayant opté pour des soins/services de sage-femme offre un angle limité par rapport aux facteurs influençant l'utilisation des services d'une sage-femme. En faisant appel au point de vue également des pères, ainsi que des mères/pères ayant choisi de ne pas recourir aux services d'une sage-femme, nous couvrons de ce fait un angle plus large par rapport aux facteurs influençant un tel choix lorsqu'il se présente pour un parent.

Puisque le point de vue des parents ayant eu recours à un suivi sage-femme ainsi que ceux ayant eu recours à un autre suivi n'a pas encore été adopté pour explorer les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme, une approche qualitative exploratoire a donc été employée pour cette thèse. Cette approche a permis de découvrir de multiples facteurs influençant le recours, ainsi que le non-recours, aux services d'une sage-femme dans la région de Québec. Des entretiens individuels ont donc été réalisés auprès de mères et pères de la région de Québec pendant l'été 2021, ainsi que des entretiens individuels avec des membres administratifs de la formation et de la pratique sage-femme et issus de différentes institutions, de façon à permettre une meilleure contextualisation de la problématique. Une analyse documentaire de deux ressources de références gouvernementales a ensuite été conduite à l'automne 2021, de façon à faire ressortir le discours s'y trouvant relatif à l'approche sage-femme.

Cette thèse, réalisée sous le modèle classique, se divise en six chapitres. Le chapitre 1 introduira le contexte de la profession et des services de sage-femme au Québec ainsi que les facteurs ayant été identifiés comme influençant potentiellement le recours aux soins.

Le chapitre 2 présentera le modèle théorique à partir duquel la collecte de données, leur analyse ainsi que la présentation des résultats ont été structurées et abordées. Ce modèle conceptualise les facteurs influençant le recours aux soins de sage-femme au Canada (en Alberta), ce qui permet sa transposition dans le cas de la région de Québec. À noter qu'à l'issue des analyses des résultats, un modèle conceptuel a été élaboré dans le cadre de cette thèse et sera suggéré comme nouveau cadre illustrant les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec. Ce modèle est présenté à la figure 2, au chapitre 6.

Le chapitre 3, quant à lui, détaillera la méthodologie employée : le devis de recherche, la population à l'étude et l'échantillon, la collecte des données, la qualité des données, les considérations éthiques et l'échéancier.

Le chapitre 4 décrira l'analyse des données, faisant ressortir l'arbre de codes initial et présentant les analyses thématiques et documentaires. Puis il abordera la stratégie de triangulation des données ainsi que les limites des analyses.

Le chapitre 5 fera état des principaux résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Ces résultats seront présentés par fréquences des thèmes ressortis; la section sera divisée en fonction des quatre objectifs de cette thèse, avec les résultats principaux étant ceux répondant à l'objectif 1 : documenter les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme du point de vue des parents. À travers les résultats présentés dans ce chapitre, se dégagent particulièrement les antécédents médicaux, le statut de parité, la grossesse de la mère de la femme, le milieu de vie, l'éducation. Puis sont abordés également l'influence de certaines composantes qui existent en amont de la décision des parents, soit : les idéologies relatives à la naissance, la communauté, les facteurs environnementaux, les critères d'accès à la sage-femme et les facteurs d'ordre émotif.

Le chapitre 6 offrira une discussion autour des principaux thèmes extraits des résultats, créant des liens notamment entre la littérature sur le sujet, le modèle théorique initial, ainsi que le nouveau modèle théorique créé et issu de cette étude. Ce chapitre aborde ainsi les entre différents facteurs centraux influençant le recours aux soins, soit *l'entourage* (tant dans le partage d'informations/connaissances que dans l'influence expérientielle quant aux choix de type de suivi), *l'accompagnement* (la relation de couple/parentale), *l'approche* du/de la professionnel.le, et le *choix éclairé* (lié à la catégorie des *connaissances – informations* accessibles et à *l'empowerment*). Puis, le chapitre suggère quelques pistes de réflexions pour des recherches ultérieures, visant un échantillon de parents plus diversifié au niveau du genre/sexe et de l'origine culturelle, ainsi que de nouvelles recherches autour de l'organisation/aménagement des environnements de soins périnataux au Québec.

Pour conclure, nous rappellerons les principaux constats et résultats de l'étude et présenterons à nouveau quelques pistes de réflexions et idées pour les suites de la recherche au sujet des services

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

de sage-femme dans la région de Québec, orientées autour de l'influence des différents angles communicationnels entourant tout.e utilisateur/utilisatrice de soins dans ses décisions de recours aux soins.

CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 CONTEXTUALISATION DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU QUÉBEC

S'il existe une priorité pour toute mère ou tout père lors d'un accouchement, c'est bien la sécurité pour le nouveau-né et la femme qui accouche (Koblinsky et al., 2006). Ce sentiment de sécurité peut être objectif ou subjectif (Brabant, 2013). Si l'environnement hospitalier est de façon générale associé à un sentiment de sécurité objective, certaines femmes au Canada ont néanmoins exprimé avoir ressenti une profonde insatisfaction quant à l'accouchement en milieu hospitalier, vécu parfois comme un traumatisme (Benoit et al., 2010). La littérature indique également que 45% des nouvelles mères au niveau mondial rapportent des expériences d'accouchement traumatique (Beck et al., 2018). Les données canadiennes sont plus limitées au sujet de l'expérience traumatique spécifiquement, mais de récentes statistiques canadiennes permettent néanmoins de conclure que 9,3% des femmes au Canada expriment avoir vécu une expérience négative de l'accouchement et les raisons répertoriées sont diverses et incluent : un âge plus élevé, une grossesse non désirée, un accouchement par césarienne, l'admission à des soins néonataux, et l'expérience de violence dans les deux dernières années (Smarandache et al., 2016). De plus, un manque d'autonomie dans l'expérience des femmes envers leur accouchement ou un manque de respect de la part du corps médical, ont également été avancées comme influençant le vécu négatif d'un accouchement, allant dans certains cas jusqu'à l'expérience de violences obstétricales (Brabant, 2013; Lévesque et al., 2016). Comment alors concilier ce besoin de sécurité (objective et subjective) à un besoin de respect et de confort et, ultimement, au besoin pour chaque parent de s'approprier l'accouchement et lui donner un sens qui lui revient ?

La pratique sage-femme considère l'accouchement dans son environnement à la fois social et biologique, centrant son approche sur les besoins des femmes, ainsi que la normalité de la grossesse (Brabant, 2013; MSSS, 2008). Cette normalité découle de l'idée selon laquelle le corps d'une femme possède la capacité de donner naissance par soi-même, jusqu'à l'arrivée de complications qui pourraient nécessiter un encadrement (MSSS, 2008). Il ne s'agit pas ici d'écarter le fait qu'un accouchement puisse présenter des complications de niveaux de sévérité différents, mais plutôt de s'inscrire selon cette idéologie physiologique, en porte-à-faux au discours selon lequel

l'accouchement est d'emblée pathologique (Brabant, 2013; Benoit et al., 2010). Si l'approche sage-femme peut ne pas convenir aux préférences de toutes les femmes, elle représente néanmoins une expertise complémentaire à l'expertise biomédicale et, pour cette raison, les services d'une sage-femme devraient être accessibles à une femme qui le souhaite. D'ailleurs la littérature suggère que l'écart au Québec, entre l'utilisation des services de médecine obstétrique (plus de la majorité des accouchements) et les services de sages-femmes (moins de 5%), ne reflète pas les besoins et intérêts réels des parents québécois (CSN, 2018; MSSS, 2008, 2015). Seront maintenant présentés les éléments contextuels qui situent la pratique sage-femme au Québec.

1.1.1 Contexte historique de la pratique sage-femme au Québec

L'histoire de la pratique sage-femme au Québec est teintée de pratiques à la fois autochtones, provinciales, nationales et internationales relatives à la maternité (Bourgeault et al., 2004). La pratique sage-femme est d'abord pratiquée de façon traditionnelle (sans titre professionnel) par des sages-femmes autochtones avant l'arrivée de colonisateurs français et britanniques au Canada, puis pratiquée par ces mêmes autochtones auprès de colonisateurs après leur arrivée (Bourgeault et al., 2004). En Nouvelle-France et avant la conquête britannique, les sages-femmes ont une pratique influencée par le modèle français, étant pour la plupart formées à Paris et payées par le Roi pour travailler dans les colonies (Bourgeault et al. 2004). Pendant plusieurs décennies, chirurgiens et sages-femmes coopèrent sur le territoire canadien, puis, vers la fin du 19^e siècle, le corps médical revendique graduellement l'exclusivité de la gestion des soins maternels, jetant une ombre sociétale sur la pratique sage-femme (Lemay, 2007; Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). Cela amorce un phénomène bio-social de médicalisation de la naissance. La grossesse et l'accouchement, jusqu'alors gérés principalement à la maison au cœur de la famille, se déplacent vers l'hôpital, avec l'augmentation d'interventions chirurgicales comme la césarienne et l'épisiotomie (incision du périnée et du vagin facilitant l'accouchement), et graduellement l'utilisation grandissante de méthodes d'atténuation de la douleur comme la péridurale (Agence de la santé publique du Canada, 2018; Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). Ce déplacement installe une nouvelle norme sociale de la maternité : c'est maintenant le/la médecin qui gère le corps, la grossesse, et l'accouchement (Rivard, 2010), rapprochant ainsi de très près la grossesse et la médecine. La naissance se voit

progressivement gérée par un système médical et étatique, reposant sur des principes rationnels, qui resserrent les conditions d'accouchement pour les rendre de plus en plus sécuritaires et « sans risques », ou presque Québec (Rivard, 2010). Ce concept de gestion du risque s'empare alors de l'expérience périnatale, entraînant dans son sillage l'acceptation sociale des accouchement qui doivent être dirigés par un corps médical, et dans un environnement prêt à intervenir devant tout risque perçu (Rivard, 2010).

Les religieuses exercent un rôle important dans cette transition des soins maternels et de l'approche sociale vers l'approche biomédicale (Charles et Guérard, (2012), dans Thifault (dir.)). En effet, l'Église catholique se retrouve au premier plan en matière de santé lors de l'arrivée des premiers progrès médicaux au début du 20^e siècle (Charles et Guérard, (2012), dans Thifault (dir.)). Durant les premiers tiers du 20^e siècle, on retrouve les congrégations au front de la création d'un vaste réseau d'hôpitaux au Québec, ce réseau s'étendant ensuite au Canada et aux États-Unis (Charles et Guérard, (2012), dans Thifault (dir.)). Les religieuses (et ainsi les femmes) sont au cœur du développement hospitalier du Québec, traversant les périodes de la Première à la Seconde Guerre mondiale, et contribuant à la centralisation des soins de santé vers l'hôpital (Charles et Guérard, (2012), dans Thifault (dir.)). La majorité de la main-d'œuvre en santé est alors féminine alors que les hommes remplissent leurs obligations militaires et dévastent la vie communautaire pour un périple au front (Charles et Guérard, (2012), dans Thifault (dir.)). Le rôle des religieuses, la place prépondérante des femmes dans la main d'œuvre professionnelle en santé pendant la première moitié du 20^e siècle, ainsi que les progrès biomédicaux grandissants, sont tous des facteurs socio-historiques contribuant à créer un fort incitatif pour que les femmes souhaitent prendre part à la modernité dans le vécu de leur maternité.

Toutefois, vers la moitié du 20^e siècle, cette quête d'un accouchement médicalisé et modernisé se confronte progressivement à certaines revendications féministes par rapport à une réappropriation du corps (Rivard, 2014). Un tournant majeur se produit ainsi vers les années 1960 à l'heure de la Révolution tranquille au Québec (Rivard, 2014). C'est l'heure de l'accouchement dit *conscient*, en référence à la préparation psychologique à l'accouchement avec l'introduction de méthodes physiologiques d'accouchement sans douleur (ASD) du Dr Lamazae et avec la possibilité pour les

pères d'être présents dans la salle d'accouchement (Rivard, 2014). La prise en charge médicale de la naissance n'est pas encore complètement remise en question, mais les femmes se voient néanmoins ré-injecter dans leurs soins périnataux une approche davantage naturelle, valorisant le rôle profond du psychisme dans la relaxation du corps (Rivard, 2014). Le Centre Psychoprophylactique d'accouchement sans douleur de Québec (CPPASD) est donc une institution pionnière dans l'accompagnement sans douleur basé sur la méthode du Dr Lamaze et il est alors le point d'encre scientifique d'une montée progressive d'attentes de parents avant-gardistes (Rivard, 2014).

Les conceptions par rapport à la naissance se modifient ensuite, alors que parallèlement, les sages-femmes se tiennent toujours à l'écart des soins de santé maternelle, voire associées à un univers ésotérique et illégal (Lemay, 2007; Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). On observe toutefois une pratique illégale de la sage-femmerie à travers le Canada entre 1960-70, de façon à répondre aux besoins des femmes malgré une fermeture du sein du système de santé (Lemay, 2007; Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). Seules certaines religieuses et infirmières travaillant dans le Grand Nord ont accès à une formation officielle, qui sera utilisée exclusivement dans le cadre de missions nordiques (Lemay, 2007).

C'est à partir de 1970 que le Québec – ainsi que le reste du Canada – se dresse contre une surmédicalisation de la naissance, soulèvement social accompagné d'une idéologie féministe et d'une volonté de réhumaniser les soins maternels et, possiblement, se réapproprier la signification de la naissance (Lemay, 2007). En réponse à cette revendication et après un long parcours historique, le Regroupement Les sages-femmes du Québec est fondé en 1995 en tant qu'organisme officiel et syndicat des sages-femmes (Lemay, 2007), avec le soutien de la Coalition pour la pratique sage-femme (MSSS, 2015). La profession de sage-femme est ensuite légalisée en 1999 par le projet de loi 28 du gouvernement québécois et par la création de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) (Bergeron, 2003). Des femmes et des hommes au Québec se sont mobilisé.e.s pour soutenir la mise en place des projets pilote depuis 1993, qui ont éventuellement conduit à la légalisation de la profession (MSSS, 2015). Ce bref portrait historique, même s'il ne donne qu'un aperçu de la richesse de l'histoire derrière la pratique sage-femme, laisse entrevoir que l'évolution

de cette profession au Québec est à la fois le résultat de profondes structurations et restructurations socio-idéologiques, et de considérations sanitaires (Lemay, 2007).

La pratique sage-femme actuelle au Québec peut en partie être expliquée par le contexte historique de la profession, auquel viennent également s'ajouter quelques considérations juridiques dont il sera question dans la section qui suit.

1.1.2 Contexte juridique de la profession de sage-femme au Québec

Au Canada, en fonction de la *Loi constitutionnelle de 1867*, les différentes compétences législatives et décisionnelles sont partagées entre les gouvernements fédéral et provincial, selon un système fédéraliste (Braën, 2002). En matière de santé, la responsabilité relève principalement de la compétence provinciale (Braën, 2002). La *Loi sur les sages-femmes* de 1999 a légalisé la pratique au Québec. Cette loi balise notamment les dispositions relatives aux interventions obstétricales que les sages-femmes peuvent effectuer, ainsi que la pratique de la profession en fonction des différents lieux d'accouchement (maison de naissance, domicile, centre de santé) (Assemblée nationale du Québec, 1999). Selon cette loi, les interventions obstétricales des sages-femmes sont réservées à « [...] une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée » (Assemblée nationale du Québec, 1999). Les déchirures du troisième degré relèvent donc du champ de pratique des obstétriciens. Quant aux coûts relatifs aux services octroyés par des sages-femmes, ceux-ci sont légalement couverts par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ), pour toute femme qui possède une carte valide (Assemblée nationale du Québec, 1999). Offrir l'anesthésie péridurale ainsi que réaliser une césarienne ne s'inscrivent pas dans le cadre des fonctions des sages-femmes au Québec. La loi encadre également le *Règlement sur les médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire ou administrer dans l'exercice de leur profession* (Éditeur officiel du Québec, 2008). Un document juridique balise également les conditions de pratique pour l'accouchement à domicile (Éditeur officiel du Québec, 2004).

Ce cadre juridique peut être expliqué en partie par le contexte politique dans lequel la profession de sage-femme a évolué au fil des ans au Québec.

1.1.3 Contexte politique de la profession sage-femme au Québec

Le contexte politique dans lequel évolue la profession sage-femme au Québec se reflète ainsi notamment dans la *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2008). Cette politique provinciale du Québec a instauré en 2008 une cible de 10% de suivis avec une sage-femme pour les femmes enceintes, cible qui se voulait en réponse aux résultats de deux sondages réalisés pour explorer les besoins concernant les services de périnatalité chez la population féminine en âge de procréer (SOM, 2005; CROP, 2010). Les résultats tirés de ces sondages révèlent toutefois deux informations qui ne s'accordent pas avec la cible de 10% visée par la politique périnatale : 24% des femmes préfèrent un accouchement hors centre hospitalier (SOM, 2005) et les femmes qui connaissent les services des sages-femmes choisissent dans une proportion plus élevée un accouchement hors milieu hospitalier (18% en maison de naissance et 10% à domicile) (SOM, 2005). Ces informations laissent supposer que le niveau de connaissances relatives aux soins/services offerts par des sages-femmes influence le lieu d'accouchement souhaité.

Cet écart entre les attentes réelles des femmes et la politique de périnatalité fait écho également avec une autre dimension politique actuelle entourant la profession sage-femme : la faible reconnaissance de la profession par les autres corps de métiers entourant les soins périnataux, qui est un phénomène ayant pris racine au 20^e siècle et qui se poursuit présentement (Fraser et al., 2004; Giroux, 2008; Radio-Canada, 2019b). Ainsi, l'inter-reconnaissance entre différents corps de métiers (médecins et sages-femmes, principalement) autour de la maternité est potentiellement influencée par la rencontre de deux professions autonomes aux compétences complémentaires, dans un système de santé à la culture de soins dominée par une approche biomédicale (Cavalli et Gouilhers-Hertig, 2014; Saint-Arnaud et al., 2011).

Serons maintenant abordés les différents modèles qui permettent la gestion des soins périnataux.

1.1.4 Soins périnataux : organisation des soins et modèles de soins

Outre le contexte historico-juridique entourant la profession, l'approche sage-femme se comprend d'une part en questionnant ce qui la distingue de l'approche obstétrique-gynécologique. La

différence principale entre ces deux professions est leur objet d'étude : alors que l'obstétricien.ne est le/la spécialiste de la médecine et de la chirurgie de la *reproduction*, la sage-femme est la spécialiste de l'*accouchement*, dans son contexte global (biopsychosocial) (Brabant, 2013; Ordre des sages-femmes du Québec, s.d.; OMS, 2013). Ces deux professionnel.le.s possèdent ainsi des approches complémentaires. Ainsi, différents modèles de soins maternels peuvent être utilisés par un système de santé : 1) le modèle de soins *midwifery-led* (centrée autour de la pratique sage-femme), et 2) le modèle de soins centré autour de l'obstétricien.ne, 3) le modèle de soins centré autour de la médecine de famille et 4) le modèle de soins selon une approche partagée, ou le *shared-care model* (Hattem et al., 2008).

Au Canada, l'Agence de Santé publique de Canada (2017) offre des principes directeurs pour guider les provinces dans la structuration de leur offre de soins maternels, autour d'une approche centrée sur la famille et les soins au nouveau-né, une approche multi-disciplinaire de soins, ainsi qu'une philosophie selon lequel la grossesse est perçue comme un événement normal de la vie reproductive (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Ces lignes directrices n'indiquent pas que les sages-femmes doivent se retrouver au centre des soins et ainsi les différents modèles de soins observés sur l'ensemble du territoire suivent, à différents degrés, une approche partagée entre différents professionnel.le.s de santé, incluant sages-femmes, obstétricien.nes et médecins de famille (Hattem et al., 2008). Ce type de modèle de soins correspond à une approche de « soins partagés » (*shared-care model*), par lequel les femmes peuvent recevoir des soins de différent.e.s professionnel.le.s de santé, selon leur préférence ou leur état de santé (Hattem et al., 2008). Malgré cette approche par partage des soins, la littérature indique toutefois que les soins maternels au Canada sont octroyés en majorité par l'approche biomédicale (pratique de l'obstétrique) (Canadian Association of Midwives, 2022; Hattem et al., 2008). Comme dans le reste de l'Amérique du Nord, il s'agit du/de la médecin (de famille et/ou obstétricien.ne) qui suit la majorité des femmes enceintes, autant celles à bas risque que celles à haut risque de complications (Hattem et al., 2008). Cette tendance était observée jusqu'à 2019, puis le contexte pandémique a toutefois entraîné un brusque changement dans les habitudes de recours aux soins à partir de Mai 2020 avec une proportion d'accouchements non-hospitaliers globaux de 2,1% pour l'ensemble du Canada, soit

une diminution la plus élevée depuis une décennie (Canadian Institute for Health Information, 2022; Statistique Canada, 2021a). Cette diminution des accouchements non-hospitaliers est observée à son plus élevée en juin 2021, avec une diminution de plus de 10% depuis 2019 (Canadian Institute for Health Information, 2022). Une hausse de la demande envers les services de sage-femme a également été constatée au Québec (Beaudoin, 2020) et en Ontario (Statistique Canada, 2021a) en 2020. Ceci reflète un changement dans le recours aux soins qui a été observé en temps de crises épidémiques, et ayant pour effet de déplacer les accouchements à l'extérieur de l'hôpital pour la durée de la crise (Statistique Canada, 2021a).

Le quasi-monopole des soins par le/la médecin de famille et l'obstétricien.ne est néanmoins d'autant plus marquée au Québec, où le pourcentage de naissances assistées par une sage-femme demeure fortement inférieur à d'autres provinces canadiennes (Canadian Association of Midwives, 2022; CSN, 2018). Seulement 4% des accouchements sont assistés par une sage-femme au Québec pour 23% en Ontario et 25% en Colombie-Britannique (Canadian Association of Midwives, 2022; CSN, 2018). De ce fait, 264 sages-femmes pratiquaient au Québec en 2020, contre 1021 en Ontario et 320 en Colombie-Britannique (Canadian Association of Midwives, 2022). Ces faits présentent également une autre dimension des soins maternels au Québec : il s'agit de la deuxième ligne de soins (obstétrique) qui intervient avant la première ligne (sage-femme) de façon majoritaire, même en l'absence de complications de grossesse.

Au-delà de l'organisation des soins et des différents modèles de soins, nous explorerons quelques dimensions utilisées mondialement dans l'évaluation de la performance d'un système de santé. Ainsi seront abordés quelques résultats relatifs à la mortalité maternelle et infantile au Canada et ailleurs, quelques indicateurs économiques de performance, puis la façon dont contribue l'intégration des soins de sage-femme au sein de systèmes de santé.

1.1.5 Comparaisons mondiales entre modèles de soins

Les taux de mortalité sont fréquemment utilisés en santé publique pour évaluer la performance d'un système de santé ainsi que d'une intervention en santé; ce constat s'applique également à la santé materno-infantile. Au Canada, le taux de mortalité maternelle moyen est de 10 femmes sur

100 000 naissances vivantes en 2017, ce qui place le Canada derrière plusieurs pays européens, notamment la Pologne (2 femmes sur 100 000 naissances vivantes), l'Italie (2 femmes sur 100 000 naissances vivantes), la Grèce (3 femmes sur 100 000 naissances vivantes), l'Islande (4 femmes sur 100 000 naissances vivantes) et le Montenegro (6 femmes sur 100 000 naissances vivantes), et d'autres pays à l'extérieur de l'Europe comme Israël (3 femmes sur 100 000 naissances vivantes) et le Japon (5 femmes sur 100 000 naissances vivantes) (OMS, 2019b). La comparaison avec un pays comme la Norvège est également frappante. Le taux moyen de mortalité maternelle y est parmi les plus bas à l'échelle mondiale avec seulement deux décès sur 100 000 naissances vivantes (OMS, 2019b) et il s'agirait notamment du rôle central des sages-femmes qui aurait contribué à engendrer de tels résultats de santé (Panda et al., 2018). Le taux d'interventions médicales en Suède est également très bas, parmi les taux les plus bas en Europe et au niveau mondial, avec une place centrale de la profession sage-femme au sein des soins maternels (Pyykönen et al., 2017).

Il convient de noter toutefois qu'au Canada, les taux de mortalité maternelle et infantile sont potentiellement gonflés par des taux plus élevés parmi les populations autochtone

s des Premières Nations et Inuits du Canada, qui constituent, avec les Métis, 4,9 % de la population totale canadienne (Gouvernement du Canada, 2015, 2017). Comme dans toute statistique, la moyenne est sensible aux valeurs extrêmes et ainsi cette nuance est à prendre en considération. Ces taux précis de mortalité maternelle chez les communautés autochtones sont présentement peu abordés dans les recensements canadiens ainsi que la littérature sur le sujet. Toutefois une étude de 2017 laissait suggérer des inégalités en termes de décès néonataux entre Autochtones et non-Autochtones, avec 8 100 décès néonataux sur 1 620 270 naissances vivantes, ce qui se traduit en environ 5 nouveau-nés (toutes communautés Autochtones confondues) sur 1000 naissances vivantes, pour environ 3,6 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes chez les non-Autochtones (Gouvernement du Canada, 2017). Lorsque nous comparons les taux entre différentes communautés autochtones, il semblerait que les taux de mortalité néonatale seraient sensiblement similaires entre Non-Autochtones (3,6 décès pour 1000 naissances vivantes) et Autochtones vivant sur des Réserves des Premières Nations (3,7 décès pour 1000 naissances vivantes) (Gouvernement du Canada, 2017). Toutefois, une différence serait notable entre Non-Autochtones et Inuits (9,3

décès pour 1000 naissances vivantes), puis également entre Non-Autochtones et Cris-Naskapis (4,4 décès pour 1000 naissances vivantes) (Gouvernement du Canada, 2017).

Si nous observons maintenant les taux canadiens par rapport à ceux mondiaux, le Commonwealth Fund (2021) a récemment réalisé une étude comparative de la performance de systèmes de santé de 11 pays à revenu élevé (Canada, États-Unis, Australie, France, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni, Suède, Suisse) sur la base de 71 indicateurs divisés en 5 catégories d'indicateurs, soit : l'accès aux soins, le processus des soins, l'efficacité administrative, l'équité et les résultats de santé (The Commonwealth Fund, 2021). Les résultats de cette étude placent le Canada en 10^e rang sur 11 pays industrialisés pour la performance globale de son système de santé, soit un avant-dernier rang juste devant les États-Unis (Allaire, 2017; The Commonwealth Fund, 2021). Selon cette étude, la meilleure performance globale du système de santé serait attribuée à la Norvège (The Commonwealth Fund, 2021). Les catégories où le Canada présente les résultats les plus négatifs sont l'accès aux soins et l'équité dans les soins (The Commonwealth Fund, 2021), alors que les catégories les plus positives sont le processus des soins et l'efficacité administrative (The Commonwealth Fund, 2021). Notons ainsi que la performance du système de soins de santé du Canada ne dépend donc pas de la performance de l'administration en santé. Considérant que les soins de santé au Canada sont administrés à travers différents systèmes de santé provinciaux et territoriaux (Gouvernement du Canada, 2016), nous nous attarderons maintenant au cas plus précis de quelques provinces.

En prenant un pas de recul par rapport à ces mesures de performance de systèmes de santé, il importe également de faire ressortir d'autres indicateurs de santé maternelle ainsi que la façon dont l'approche sage-femme contribue à la santé d'une population. Ainsi, la littérature indique que le modèle de soins maternels selon une approche *midwifery-led*, comparée aux autres types de modèles de soins, présente des résultats qui peuvent se diviser en deux catégories : 1) des taux plus élevés de satisfaction envers l'accouchement ainsi que 2) des taux plus bas d'interventions chirurgicales diverses (Sandall et al., 2016). La satisfaction envers les soins est une variable importante dans la qualité d'un système de santé, d'une part parce qu'elle est une mesure d'efficacité d'un système de santé, et également parce qu'elle est liée à l'adhérence aux

traitements/soins, aux résultats de santé positifs et des hospitalisations moins longues, et à la loyauté envers un système de soins (Ng et Luk, 2019). Ainsi, une plus grande satisfaction envers les soins est une mesure d'efficacité d'un système de santé ainsi que de la santé d'une population. Puis, concernant les taux plus bas d'intervention chirurgicales, cette mesure est tout aussi à prendre en considération car elle est intimement liée au concept de gestion du risque, concept au cœur de l'évolution de la médecine et des progrès biomédicaux (Pierret, 2008; Rivard, 2010). La gestion du risque s'appuie sur trois composantes du risque : la possibilité d'un mal, la reconnaissance cognitive du risque et de ses conséquences, et le processus de prise de décision (Rønnerhag et al., 2019). Placée au cœur de l'approche biomédicale, la recherche d'un risque nul (Rivard, 2010) pousse parfois à l'octroi d'interventions non-adéquates, appuyées sur des anticipations de risques, qui peuvent s'avérer néfastes pour les femmes (Pierret, 2008; Rønnerhag et al., 2019). Un modèle centré autour des sages-femmes, dans le cas de femmes à bas risques de complications, favorise une gestion du risque orientée vers un équilibre entre le risque réel et les limites physiologiques réelles – et non anticipées – d'un accouchement (Sandall et al., 2016; Souter et al., 2019). Placée au cœur des soins maternels, la profession de sage-femme permet ainsi non seulement une satisfaction plus grande envers les soins, mais également un modèle de soins maternels plus efficient (Sandall et al., 2016).

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement au cas du Québec, on note certaines particularités qui font ressortir des limites thérapeutiques qui animent les questionnements pour cette thèse. D'une part, selon les résultats de sondages réalisés en 2015 dans 10 pays, 26% des Québécois qualifiaient d'excellents les soins de santé, comparativement à 56% en Ontario et 51% au niveau international (Allaire, 2017). 63 % des Québécois mentionnent un besoin de changements fondamentaux au système de santé, comparativement à 54% en Ontario et 46% à l'international (Allaire, 2017). D'autre part, du point de vue des investissements en santé, le récent budget provincial 2021-2022 prévoit octroyer 10,3 G\$ pour la santé, soit plus de 7,0 milliards de dollars additionnels depuis le dernier budget réservé pour vaincre la crise sanitaire (Gouvernement du Québec, 2022a). Ceci laisse suggérer ainsi de grands investissements (sensibles aux fluctuations des contextes économiques et sanitaires) et de grandes dépenses en santé au Québec, pour lesquelles la

mobilisation des fonds demeure un enjeu politico-économique constant. La performance du système de santé québécois a également été questionnée dans un rapport gouvernemental en 2016, pointant notamment un faible accès aux soins de première ligne (Gouvernement du Québec, 2016). Afin d'améliorer la performance globale du système de santé ainsi que l'expérience de soins, il a été observé que jusqu'à maintenant, la stratégie dominante adoptée par le gouvernement québécois est l'augmentation des dépenses en santé, alors que bon nombre d'analystes encouragent plutôt une réorganisation des soins comme stratégie plus durable (Gouvernement du Québec, 2018a; Hébert, 2018). Une telle approche a notamment été mise de l'avant spécifiquement concernant les soins maternels au Québec (Reinharz et al., 2000). Selon les dernières statistiques, au-dessus de 95% des femmes accouchent à l'hôpital au Québec et seulement 4,3% des femmes accouchement avec une sage-femme (Canadian Association of Midwives, 2022), malgré des revendications de la population pour un meilleur accès à ces soins (CSN, 2018; Duchesne, 2018). Ce taux est grandement inférieur au taux global canadien d'accouchements avec une sage-femme, qui est de 12,3%, avec 25% en Colombie-Britannique et 23% en Ontario (Canadian Association of Midwives, 2022). Et ce taux est également de loin inférieur aux recommandations internationales en la matière, qui suggèrent plutôt un accès à une sage-femme pour toute femme à bas risque de complications, soit environ 45% des femmes dans une société industrialisée (NICE, 2014; OMS, 2013; 2016). De plus, les valeurs canadiennes circulées par l'Agence de la santé publique du Canada (2017), à travers un guide des soins périnataux centrés sur la famille, indiquent que : la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques naturels, les parents doivent être reconnus dans leurs compétences pendant la grossesse et l'accouchement, et chaque naissance s'insère dans une réalité multidimensionnelle (dont sociétale) et dans une collectivité. Ces valeurs sont également reprises dans la plus récente politique provinciale québécoise de périnatalité ainsi que dans un cadre de déploiement de services de sage-femme au Québec, qui soulignent notamment la nature à priori physiologique d'un accouchement et la compétence des parents dans leurs décisions entourant la périnatalité (MSSS, 2008, 2015). Constatant une cible d'accès provinciale à 10% au Québec et un accès réel de 4,3% aux services d'une sage-femme sur l'ensemble de la province, nous constatons donc un profond écart entre les recommandations internationales, les valeurs canadiennes et québécoises, et le taux d'accès observé pour les services d'une sage-femme.

Dans un contexte de capacités hospitalières restreintes (quantité de main d'œuvre, lits d'hôpitaux, salaires en santé, épuisements professionnels, etc.), exacerbé en temps de crises sanitaires (Institut canadien d'information sur la santé, 2022), une réorganisation actuelle des soins maternels au Québec permettrait une réorganisation des ressources. Outre les facteurs de sécurité (mortalité/morbidité) ayant amplement été appuyés par la littérature scientifique sur le sujet (Fraser et al., 2000; MSSS, 2008; NICE, 2014; OMS, 2013, 2016), ainsi que les indicateurs d'efficience dans les interventions et de satisfaction envers les soins (Sandall et al., 2016; Souter et al., 2019) les résultats d'analyses faisant appel à divers professionnel.le.s de santé publique et économistes démontrent un ratio coût-efficacité supérieur pour des soins octroyés par des sages-femmes comparativement à ceux octroyés par des médecins (Reinharz et al., 2000).

Ainsi, le cas de la province de Québec, parce qu'il présente des taux bas comparativement à d'autres provinces canadiennes pour l'accès à une sage-femme, des taux élevés de dépenses en santé, ainsi qu'une performance questionnée de son système de santé, offre un contexte fertile pour l'exploration de différents enjeux liés aux soins de sage-femme.

1.1.6 Le modèle de soins maternels au Québec

Au Québec, lorsqu'une femme est enceinte, elle peut décider d'être suivie par une¹ sage-femme, un.e médecin de famille, et un.e obstétricien.ne (Gouvernement du Québec, 2019), pour autant qu'elle en ait réellement le choix. Selon le site de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), la formation d'une sage-femme est d'une durée de quatre années au Baccalauréat en pratique sage-femme, octroyée uniquement par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (OSFQ, s.d). 24 étudiant(e)s sont accepté(e)s à chaque année dans le programme (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, s.d). En 2020, environ 264 sages-femmes pratiquent au Québec et accompagnent environ 4 % des naissances (Canadian Association of Midwives, 2022). Pour être suivie par une sage-femme, une femme doit présenter une grossesse normale, ce qui sera déterminé directement par la sage-femme, signifiant ainsi que la femme ne peut pas être à risque de

¹ La féminisation du pronom ici ne sous-entend pas que la profession soit uniquement réservée aux femmes; en effet des hommes pratiquent également en tant que sages-femmes. Toutefois, cette féminisation reflète la forte majorité de femmes dans la profession au Québec, en 2022.

complications (OSFQ, s.d.). Les services de la sage-femme sont offerts à la fois à domicile, en maison de naissance ou en centre hospitalier, offrant ainsi le choix du lieu d'accouchement à la femme (Gouvernement du Québec, 2018b). Pour qu'une femme accouche à domicile, la sage-femme doit avoir au préalable approuvé le domicile de la femme selon des normes de sécurité et d'hygiène documentées (OSFQ, s.d.). Le critère de sécurité fait référence notamment à la facilité d'accès par un transport d'urgence en cas de complications éventuelles non prévues (OSFQ, s.d.). Considérant que le système de santé au Québec est présentement à deux vitesses (public/privé), les sages-femmes pratiquent uniquement au public, offrant des services gratuits compris par l'assurance médicale provinciale (OSFQ, s.d.; Prévost, 2018).

Dans leur pratique professionnelle, les sages-femmes sont rattachées à un « centre hospitalier de référence, notamment pour le suivi des tests ou la prise en charge en cas d'urgences » (Gouvernement du Québec, 2018b). Elles travaillent habituellement sous contrat de façon autonome avec un Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) (OSFQ, s.d.). Ce contrat leur permet d'offrir leurs services dans les trois lieux présentés ci-haut (OSFQ, s.d.). Lorsqu'elles travaillent à l'hôpital, leurs services sont octroyés dans le cadre d'une entente avec cet hôpital (notamment concernant le nombre de lits qui leur sont disponibles). (Assemblée nationale du Québec, 1999).

Dans le cas d'une grossesse non à risque, la sage-femme encadre la grossesse du début jusqu'à 6 semaines après l'accouchement (Gouvernement du Québec, 2018b). Si la femme présente des complications pendant l'accouchement, elle sera transférée soit à un.e gynécologue obstétricien.ne, un.e médecin de famille ou un.e pédiatre, selon la nature de la complication (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, s.d.). 80% des accouchements en maison de naissance se terminent en maison de naissance, avec un 20% nécessitant un transfert de soins, notamment en mode préventif (RSFQ, 2020). Parmi les raisons de transferts principales se retrouvent la fatigue maternelle (surtout pour un premier accouchement), une diminution des contractions et une demande d'une épidurale en résultant (RSFQ, 2020). Les cas de transferts d'urgence sont ainsi rares; les sages-femmes étant formées en urgence obstétricale, elles reconnaîtront la présence d'un danger et initieront le transfert avant l'arrivée d'une dite urgence (RSFQ, 2020). Ces transferts de soins

soulèvent toutefois des espaces de collaboration interprofessionnelle entre différents champs de compétences. Peu de recherches ou rapports récents ont été publiés concernant l'état général de la collaboration interprofessionnelle en matière de périnatalité au Québec. Toutefois, la collaboration interprofessionnelle entre les sages-femmes et les autres professionnel.le.s périnataux (médecins (de famille et gynécologues), infirmières, et paramédics) a bien été questionnée et abordée à travers différents médiums, dont un énoncé de position (OSFQ, 2021) et un podcast (RSFQ, 2020). Ces deux médiums abordent l'importance d'une collaboration entre différent.e.s professionnel.le.s de santé, de façon principalement à assurer la sécurité des mères et des nouveau-nés. Il est question entre autres de la collaboration pré-hospitalière lors d'un transfert de soins (RSFQ, 2020), comme de la collaboration interprofessionnelle de façon plus large. Au cœur des zones de collaboration rencontrées par les professionnel.le.s en périnatalité, ce qui est mis de l'avant dans le podcast (RSFQ, 2020) est l'importance de la communication interprofessionnelle entre différents corps de métiers et l'espace pour les sages-femmes de prendre le leadership des situations qui retombent dans leur champ de compétences. Si nous prenons l'exemple d'un transfert de soins, la sage-femme a la responsabilité de communiquer le compte-rendu de la situation ainsi que ses besoins d'assistance aux paramédics, tout en maintenant le leadership jusqu'au transfert officiel de soins qui se fera à l'hôpital. Pour remplir cette responsabilité, une écoute et reconnaissance de la compétence de la sage-femme est nécessaire de la part des paramédics, tout comme des professionnel.le.s qui prendront le relais des soins à l'hôpital (RSFQ, 2020). Ainsi, pour entretenir une communication efficace entre différent.e.s professionnel.le.s de santé travaillant autour de la périnatalité, il est important de reconnaître les expertises de chaque profession et de valoriser la place qui revient à chaque expertise. Ces affirmations d'opinion, formulées récemment, laissent sous-entendre la présence actuelle de défis de collaboration interprofessionnelle au Québec en matière de périnatalité, ainsi qu'une volonté de démystifier ces défis et d'améliorer la situation.

La sage-femme travaille habituellement en binôme, de façon à assurer une disponibilité en tout temps à la femme (OSFQ, s.d.). Cette pratique en binôme permet également de respecter le besoin d'une femme par rapport à la continuité des soins (Behruzi et al., 2011; Lafrance, 2020; Sandall et

al., 2010). À ce sujet, la section qui suit s'attardera à présenter d'autres besoins des femmes relatifs à l'accouchement et documentés par la littérature.

1.1.7 Besoins des femmes relatifs à la périnatalité

Toutes cultures confondues, les femmes qui accouchent recherchent non seulement un sentiment de sécurité (sécurité perçue), mais également un sentiment de contrôle/autonomie envers leur accouchement (Denis et Callahan, 2009). Cela peut être vécu de différentes façons en fonction de différents paramètres, notamment la culture, et entre autres par la possibilité pour les femmes de bouger à leur aise, d'exprimer leur douleur, d'adopter les positions d'accouchement qui leur viennent intuitivement ou tout simplement de se nourrir entre deux contractions si le besoin se fait sentir (Brabant, 2013). L'autonomie fait référence également à une appropriation de l'événement de l'accouchement, de façon à lui attribuer une signification personnelle. Au centre du concept d'autonomie décisionnelle se retrouve également celui de choix éclairé, qui est le résultat d'une autonomie des femmes intégrée dans le processus décisionnel, et non pas déconnectée de celui-ci (Thachuk, 2007). L'autonomie décisionnelle est ainsi possible seulement si les femmes reçoivent toute l'information adéquate et nécessaire pour prendre des décisions qui leur reviennent (Thachuk, 2007; Denis et Callahan, 2009).

La littérature démontre aussi que les femmes ont besoin de se sentir entourées et appuyées pendant leur accouchement, d'où la place importante de leur entourage dans l'expérience périnatale (Brabant, 2013; Denis et Callahan, 2009; Hodnett et al., 2013). Le soutien social qu'elles reçoivent peut provenir d'un.e professionnel.le de santé formé.e, d'une personne d'expérience autre (doula, femme ayant vécu une expérience d'accouchement, ou autres) ou de la part du/de la conjoint.e (Denis et Callahan, 2009; Hodnett et al., 2013). Il semble que peu importe la provenance du support, un soutien continu pendant l'accouchement est positif pour les femmes et permet également dans certains cas de prévenir différentes complications liées à l'accouchement (Hodnett et al., 2013). Ce fait permet de conclure à l'importance centrale de l'entourage des femmes autour de la période périnatale ainsi que de la dimension sociale plus large dans laquelle baigne toute naissance, notamment la relation entre les parents (Ramey et al., 2015). Ainsi, la

périnatalité ne concerne pas uniquement la mère, mais elle s'étend également au père ou second parent/conjoint.e, ainsi qu'à la communauté autour des parents, comme toutes parties prenantes des soins (Ramey et al., 2015). De ce fait, les organisations communautaires (famille, amis, et différents autres groupements) autour des parents, selon le niveau d'implication de celles-ci dans l'expérience périnatale, influencent la gestion thérapeutique de la périnatalité ainsi que les attitudes de recours aux soins des parents (Bibeau, 1987).

1.1.8 Attitudes de recours aux soins

Les besoins des femmes relatifs à la période périnatale interagissent également avec les attitudes qu'elles et leur conjoint.e adoptent envers le recours aux soins. Le processus de décision pour accéder à des soins de santé maternelle a déjà été décrit par la littérature, tous systèmes confondus, selon trois composantes principales limitant l'accès aux soins : la distance, le coût, et la qualité des soins/services (Thaddeus et Maine, 1994). Bien que ce modèle de Thaddeus et Maine (1994) soit simplifié et que d'autres études plus récentes aient été conduites pour nuancer les attitudes de recours aux soins maternels, il soulève des dimensions intéressantes pour étudier un parcours de soins périnataux. Ces dimensions peuvent s'examiner sous l'angle plus large de ces mêmes catégories mises de l'avant par Thaddeus et Maine (1994) : facteurs environnementaux (distance et autres), facteurs économiques (coûts), et soins/services adéquats (qualité des services). La littérature a ainsi fait ressortir récemment le lien entre la qualité des soins/services et l'accès à de l'information appuyée sur de l'évidence scientifique par les femmes en âge reproductif (Shatilwe, et al., 2021; Yee et al., 2021). Un faible accès et une faible utilisation de l'information en santé est liée à des résultats négatifs de santé (Shatilwe, et al., 2021; Yee et al., 2021). Une autre étude récente, réalisée au Québec, place au centre des trajectoires de soins la dimension économique des coûts des soins/services et du statut socio-économique de la mère (Laveault-Allard, 2022). Selon cette étude, la défavorisation, tant sociale que matérielle, influence la trajectoire de soins maternels et en augmente ses coûts individuels ainsi que sociétaux (Laveault-Allard, 2022). La défavorisation sociale, soit la fragilité du réseau social, augmenterait particulièrement la durée des séjours hospitaliers ainsi que leurs coûts (Laveault-Allard, 2022). Ceci vient soulever l'importance de l'entourage dans un parcours de soins maternels, ce qui s'accorde au besoin des femmes de recevoir

du soutien social adéquat pendant la période périnatale (Brabant, 2013; Denis et Callahan, 2009; Hodnett et al., 2013).

De plus, la temporalité a également été mise de l'avant en lien non seulement avec les facteurs environnementaux (milieu de vie, autres), mais également par rapport aux résultats de santé observés (Ramey et al., 2015). Ainsi, la période temporelle par rapport à la grossesse et l'accouchement influence par effet collatéral l'état d'esprit des mères (et des pères), ainsi que les attitudes de recours aux soins jusqu'aux résultats de santé (Ramey et al., 2015). La période pré-conceptionnelle est notamment une période cruciale pour l'établissement de la relation entre les parents, affectant par la suite une série de décisions périnatales qui seront prises (Ramey et al., 2015). Cette dimension temporelle, comme partie intégrante des attitudes de trajectoires de soins, sous-tend l'importance de considérer la période temporelle de la périnatalité comme influençant le recours aux soins et l'utilisation ou la non-utilisation des services d'une sage-femme.

Cette mise en contexte des soins périnataux au Québec, travers les contextes historiques, juridiques, politiques, puis abordant l'organisation des soins maternels et les besoins/attitudes des femmes durant la période périnatale, nous conduisent à questionner les besoins de connaissances concernant les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec.

1.2 FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION ET LA NON-UTILISATION DES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME ET BESOINS DE CONNAISSANCES EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

La littérature a jusqu'à ce jour fait état de quelques facteurs pouvant influencer l'utilisation des services d'une sage-femme dans différents contextes. Les prochaines sous-sections présenteront ces quelques facteurs présentés par la littérature, identifiant également les besoins de connaissances qui persistent à ce sujet dans le contexte québécois spécifiquement.

1.2.1 Facteurs idéologiques : conceptions de la naissance

La santé et la maladie s'articulent selon une dynamique complexe ayant changé à travers les années. Depuis la montée progressive des progrès biomédicaux et particulièrement à partir des années

1950, le lien santé – maladie s'est vu modifié par la médecine qui est venue s'intégrer dans cette relation, jusqu'à l'absorber (Pierret, 2008). C'est l'anticipation constante du risque de basculement de l'état de santé vers l'état de maladie qui a ainsi conduit la société à accepter une montée en puissance de la médecine (Pierret, 2008), jusqu'à adopter une norme sociale de gestion du risque à travers une médecine de surveillance. La période périnatale s'insère dans ce lien santé – maladie, transformé en partie par la biomédecine.

En effet, un changement idéologique de conception par rapport la naissance, depuis le début du 20^e siècle, a stimulé l'apparition mondiale d'interventions chirurgicales, comme la césarienne (et même la césarienne sur demande), et l'utilisation de méthodes d'atténuation de la douleur, comme l'épidurale (Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). Du point de vue de certains gynécologues, ce phénomène observé de médicalisation de la naissance aurait été stimulé par des changements de styles de vie chez les femmes, résultant en des modifications physiologiques (ex : bassin plus étroit, obésité plus fréquente) qui auraient augmenté les complications lors de l'accouchement (Steer, 2006; The Royal College of Midwives, 2018). Les naissances se seraient alors complexifiées dans plusieurs pays industrialisés, dont le Canada, et dans quelques pays européens (De Jonge et al., 2017; Thifault, 2012). Les femmes elles-mêmes auraient contribué au phénomène de médicalisation de la naissance, en étant non pas uniquement victimes d'une montée idéologique et du progrès biomédical dominant, mais plutôt agissant à titre d'actrices dans ce processus. En effet, certaines femmes, pendant la première moitié du 20^e siècle, ont contribué au déplacement des accouchements de la maison vers l'hôpital, faisant le choix d'une modernisation des soins maternels et, ce faisant, adhérant à une médicalisation progressive de différents aspects de leurs vies (Mitchinson, 2002). Ainsi, les patient.e.s ont contribué aux progrès en santé et ont nourri cette montée progressive et exponentielle d'une idéologie de gestion du risque, créant finalement une nécessité perçue d'une approche biomédicale entourant la maternité.

En poursuivant dans le thème de la gestion du risque, la médicalisation des naissances pourrait également être le résultat d'une transposition graduelle de la gestion biomédicale s'étant répandue progressivement vers divers événements de vie, s'accompagnant de l'utilisation de technologies (Conrad, 1992). Cette transposition grandissante se reflète par exemple dans le pourcentage

d'accouchements réalisés avec césariennes au Canada, soit 28% en 2016-2017 (Bodkin, 2018; Canadian Institute for Health Information, 2018). La césarienne est présentement l'intervention chirurgicale avec hospitalisation la plus courante au pays, devant des opérations courantes reliées aux articulations (spécifiquement celles liées au genou) (ICIS, 2019). Au Québec, plus spécifiquement, le taux de césarienne est de 24,9% (ICIS, 2019). Ce taux est bien au-delà du taux recommandé par l'OMS, soit 10%-15% au sein d'une population industrialisée (Ye et al., 2016). L'écart entre le taux recommandé par l'OMS et le taux observé au Canada témoignerait donc non pas d'un souci de sécurité, mais bien de décisions arbitraires, soit de la part de parents ou du corps médical (Lévesque et al., 2016; Ye et al., 2016). Concernant l'intervention de l'épidurale, celle-ci est administrée à plus de la moitié des femmes canadiennes (57,8%) (Agence de la santé publique du Canada, 2018).

Selon l'Association des Omnipraticiens en Périnatalité du Québec (AOPQ), la gestion déséquilibrée des soins de santé maternelle présente au Québec entraîne une charge de travail excessive des médecins en matière de soins maternels (AOPQ, 2008). En effet, seulement 6% des omnipraticiens géraient 40% des accouchements de la province de Québec en 2008 (AOPQ, 2008). Les répercussions de ce modèle de soins maternels, monopolisé par l'approche médicale, se font sentir tant au niveau de la gestion des ressources hospitalières qu'au niveau de la satisfaction des soins (Mattison et al., 2018). Cette prise en charge médicale de la naissance ne serait ainsi pas garante d'une expérience plus satisfaisante pour les femmes. De ce fait, plusieurs femmes au Québec auraient exprimé avoir ressenti un manque de respect de la part du corps médical, allant dans certains cas jusqu'à l'expérience de violences obstétricales (Brabant, 2013; Lévesque et al., 2016).

Si les recommandations internationales visent à encadrer et limiter le nombre d'interventions médicales auprès des femmes pendant la période périnatale, c'est notamment en raison des nombreux risques physiologiques et psychologiques que représentent ces interventions. Les risques reliés à la césarienne sont multiples : infections chirurgicales, saignements, thrombophlébite (inflammation d'une veine suite à un caillot), blessures internes, réadmission hospitalière post-accouchement (Del Monte et Neto, 2010; INSPQ, 2019). Quant aux risques reliés à l'épidurale,

ceux-ci sont pour la plupart sans graves conséquences (sensations d'étourdissement, baisse de pression artérielle, perforation d'une membrane de la moelle épinière, douleur au dos, échec de l'analgésie nécessitant une reprise de la péridurale) (Gouvernement du Québec, 2017), mais soumettent néanmoins les femmes à la survenue d'erreurs médicales reliées à l'intervention (mauvais dosage, difficultés à insérer l'aiguille, etc.). De plus, dans certains rares cas (1/200 000), les femmes peuvent se retrouver à risque de paralysie due à un saignement ou une infection autour de la moelle épinière suite à une péridurale (Gouvernement du Québec, 2017).

Si la littérature indique qu'une certaine médicalisation de la naissance soit un processus commun à plusieurs pays industrialisés, la prévalence d'interventions chirurgicales non nécessaires auprès de femmes à bas risque serait toutefois grandement influencée par le modèle du système de soins maternels (De Jonge et al., 2017). Les environnements de soins maternels gérés par des sages-femmes au niveau de la première ligne de soins seraient effectivement moins influencés par ce processus de médicalisation et présenteraient des taux inférieurs d'interventions non nécessaires (De Jonge et al., 2017; NICE, 2014; OMS, 2013). Ces environnements seraient ainsi plus sécuritaires, satisfaisants et ainsi encouragés par la littérature scientifique, pour les femmes à bas risque de complications (De Jonge et al., 2017; NICE, 2014; OMS, 2013).

Il est à se demander si cette conception de gestion du risque est également présente dans la propagation de l'information en santé périnatale au Québec, puis si ce discours public influence les trajectoires de soins périnataux des parents. L'information publique en santé peut être considéré de diverses façons : publicités officielles, discours des professionnel.le.s de santé, politiques publiques périnatales, et références périnatales officielles distribuées aux parents et mises de l'avant par le réseau public de la santé. Les références périnatales officielles sont un véhicule d'information intéressant à analyser, car permettant une analyse du contenu recommandé par le réseau public et lu par les parents.

Alors que le phénomène de médicalisation de la naissance influence potentiellement les perceptions relatives aux soins maternels et à l'approche sage-femme chez les parents québécois, certains

facteurs culturels ont également contribué à construire la philosophie médicalisée actuelle de la naissance au Québec.

1.2.2 Facteurs culturels

Selon le Larousse, la culture peut être définie comme un « Ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation » (Larousse, n.d.). Une définition du Robert, quant à elle, va comme suit : « Ensemble des formes acquises de comportement dans les sociétés humaines » (Robert en ligne, n.d.). Si la première définition renvoie à définir une culture dans sa distinction par rapport à une autre et en intégrant la dimension d'ethnie, la seconde définition est plus large et nuancée, et réfère davantage à l'organisation sociale d'un groupe duquel découlent des comportements partagés. Cette seconde définition présente une conception culturelle selon la communauté à laquelle appartient un individu ou un groupe d'individus. Ceci rejoint l'idée selon laquelle la communauté entourant un.e patient.e prendra habituellement part à l'organisation des soins autour de celle-ci/celui-ci (Bibeau, 1987). Ces éléments de définitions, appliquées dans le cadre de cette thèse, nous incitent à questionner la façon dont un ensemble de comportements et d'idéologies pratiquées au sein d'un groupe peut influencer le recours aux soins périnataux ainsi que l'offre de soins. Il semble que le lien entre culture et santé, puis culture et maladie, peut ainsi s'observer à la fois au niveau des parents et de leur communauté actuelle et origine culturelle, qu'au niveau de la culture plus large de la société québécoise et des normes sociales qui y sont véhiculées par rapport à la santé.

La culture québécoise est caractérisée entre autres par la langue française, les valeurs d'égalité (notamment le féminisme), de démocratie, de primauté du droit, et de laïcité (Gouvernement du Québec, 2022b). La langue française, placée au centre de l'identité québécoise, représente à la fois le passé historique de la province ainsi que son orientation future (Gouvernement du Québec, 2022b). Les relations humaines, au Québec, sont caractérisées par une communication directe, un souci de ne pas blesser (recherche de compromis au-delà de confrontations) et une certaine pudeur

par rapport à la vie privée (Gouvernement du Québec, 2022b). Ainsi, la culture québécoise est influencée par son histoire (contexte historique), la place du droit (contexte juridique), et la laïcité au sein de la vie publique (contexte politico-religieux). Toutes ces particularités de la culture québécoise influencent les rapports sociaux et la façon dont les soins de santé sont prodigués dans le système de santé québécois.

Dans la littérature, le lien entre la santé et la culture a ainsi maintes fois été exploré de façon large, dans le cadre de l'étude de différentes problématiques de santé, qu'il s'agisse de santé physique ou psychologique (Jodelet, 2006; Jones et Coast, 2013; Napier et al., 2014; Postmontier et Horowitz, 2004). Du point de vue de l'offre de soins, l'exploration de ce lien permet de mettre en lumière non seulement différentes attitudes thérapeutiques adoptées envers la santé, rituels ou autres, mais également l'évolution culturelle d'approches biomédicales (Spector, 2002). La pratique sage-femme au Québec s'est construite à partir d'un processus d'acculturation complexe impliquant différentes cultures : héritages des modèles français et britanniques, sans oublier l'empreinte des pratiques autochtones bien avant les colonisations (Bourgeault et al. 2004). Ainsi, l'offre de services des sages-femmes, tel qu'observée présentement au Québec, est le résultat de cet héritage culturel multiple du Canada, combiné au passé socio-historique de la profession. Du point de vue de l'utilisation des soins, la demande est potentiellement également influencée par la culture d'appartenance des familles, teintant les besoins de celles-ci ainsi que leurs perceptions quant à la sécurité des soins reçus (Cioffi, 2004). La culture peut également influencer à la fois le réflexe vers le biomédical ou les rituels d'encadrement/soutien social autour de l'accouchement (Jones et Coast, 2013; Postmontier et Horowitz, 2004). L'origine culturelle pourrait influencer diverses dimensions de la santé, notamment les croyances et perceptions relatives aux soins et à la douleur (Lovering, 2006; Sheikh et Furnham, 2000). La culture, en tant que communauté autour des parents, influence également la façon dont le soutien social est mobilisé autour d'une femme dans la période périnatale, et ainsi les repères sociaux de la mère (Budds, 2021; Jones et Coast, 2013; Postmontier et Horowitz, 2004).

Concernant la culture sociétale abordée dans son rapport à la santé, une culture de 'bonne mère' semble compromettre l'accès à du soutien social de qualité, créant une pression sociale pour les mères de devoir incarner la perfection maternelle dans différentes sociétés occidentales (Budds, 2021). Cette norme sociale, influencée notamment par la circulation rapide de l'information à travers les réseaux sociaux, crée une mentalité de performance autour de la parentalité (Monette, 2016), mais plus largement aussi, de la périnatalité. Outre cette pression de performance, qui peut s'insinuer à différents niveaux de l'expérience périnatale, nous retrouvons au Québec une culture biomédicale de gestion du risque entourant la naissance (Rivard, 2010), influencée par le passé médical du territoire et notamment la légalisation tardive de la pratique sage-femme qui a relégué cette pratique à une position effacée des soins pendant près d'un siècle au Québec. Cette culture de gestion de risque et de médecine de surveillance influence ainsi les recours aux soins individuels (et parentaux) qui sont effectués en matière de périnatalité.

De plus, des vagues migratoires variées ont également entraîné au territoire québécois un caractère pluriculturel. En 2011, 13% de la population québécoise était née à l'étranger, ce qui influence le portrait culturel des femmes enceintes ainsi que leurs besoins relatifs aux soins périnataux (Dufour-Turbis et Hamelin-Brabant, 2019). Pour les parents ayant vécu un contexte migratoire récent, l'isolement social peut être plus grand et le/la conjoint.e d'une mère biologique peut alors adopter un rôle plus actif puisqu'il représente un pilier encore plus important du réseau social de la mère (Dufour-Turbis et Hamelin-Brabant, 2019). Parmi les besoins culturels périnataux peuvent se retrouver : l'observation de pratiques postpartum culturelles/religieuses par la mère, ainsi que la possibilité pour les parents de respecter leurs valeurs religieuses/culturelles par rapport à la sexualité (Dufour-Turbis et Hamelin-Brabant, 2019). C'est pourquoi la compétence culturelle des professionnel.le.s de santé est importante pour permettre à une variété de profils culturels de patient.e.s de vouloir solliciter leurs services (Cioffi, 2004). Dans tous les cas, le caractère culturel d'un milieu influence le soutien social dont peuvent bénéficier les parents.

Au Canada, les recherches entourant l'influence de la culture sur l'utilisation de soins maternels se sont également concentrées sur la compétence culturelle des soins offerts aux diverses populations

autochtones, ainsi qu'aux particularités de la pratique sage-femme en contexte autochtone (Corcoran et al., 2017; Lalonde et al., 2009; Van Wagner et al., 2007). Trois groupes distincts constituent la culture autochtone au Canada, incluant : les Premières Nations, les Inuit et les Métis (Gouvernement du Canada, 2021). Les soins sage-femme prodigués auprès de ces peuples revêtent progressivement la notion de compétence culturelle autochtone (Conseil canadien des ordres de sages-femmes, 2022), et diffèrent notamment en fonction de la zone géographique où ceux-ci résident. Au Nunavik, par exemple, considéré comme milieu éloigné, des sages-femmes inuit travaillent à la maternité de Puvurnituk depuis 1986, permettant aux femmes présentant une grossesse normale de ne pas avoir à se déplacer vers le sud pour accoucher (Centre de santé Inuulitisivik, 2011-2019; Fletcher et O'Neil, 1994). Ce modèle à Puvirnituk a ensuite graduellement été étendu à deux autres communautés de la Baie d'Hudson, soit Inukjuak et Salluit (RRSSSN, 2015). Les services de sage ont finalement été implantés également à Kuujuaq au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava), ce qui a permis que plus de 68% des naissances du Nunavik soient assistées par des sages-femmes en 2012 (RRSSSN, 2015). Chez les Cris de la Première Nation de Chisasibi, près de la Baie James, deux premières maisons de naissance ont été implantées en 2019 pour permettre la prise en charge des naissances à bas risques de complications (Radio-Canada, 2019a).

Au-delà des cultures autochtones, d'autres cultures habitent le territoire canadien et québécois. Il existe présentement peu de littérature documentant les services de sages-femmes en contexte multiculturel au Québec. Toutefois, des conversations avec des sages-femmes ont permis de comprendre que plusieurs femmes immigrantes, notamment des Anglaises, Françaises et Japonaises, se tournent vers des services de sage-femme pour reproduire les modèles de soins qu'elles connaissent de leur pays d'origine, au sein desquels la profession de sage-femme est centrale en matière de périnatalité. Ainsi, un besoin de connaissances persiste quant à au lien entre la culture d'origine (et également le statut d'immigrant) et l'utilisation des services d'une sage-femme. Approfondir ce lien culture – utilisation des soins de sage-femme en contexte québécois pourrait contribuer à comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme, ainsi qu'à poursuivre le développement culturel de ces services. Toutefois, comme le

contexte autochtone au Canada revêt des dimensions complexes et riches et qu'une thèse différente pourrait être réalisée sur les services de sage-femme octroyés aux membres de Premières Nations, Inuits et Métis, cette thèse ne pourra pas rendre hommage à cette dimension spécifique de la culture au Canada.

1.2.3 Contexte sanitaire

Au-delà du contexte culturel sur la santé, les deux dernières années ont permis également de prendre en considération l'importance du contexte sanitaire dans diverses variables relatives à l'offre et la demande de soins de santé. Du point de vue de l'offre, le contexte pandémique de COVID-19 a notamment imposé certaines remises en question concernant le lieu de l'hôpital comme lieu d'accouchement pour les grossesses à bas risques de complications (Gerbert, 2022). Cette remise en question du modèle actuel, amplifiée par la pandémie, reflète ce qui est appuyé par la littérature scientifique sur le sujet depuis de nombreuses années concernant l'importance de sortir les grossesses non à risque de l'hôpital (De Jonge et al., 2017; Hamlin et al., 2021; NICE, 2014; OMS, 2013). Du côté de la demande, les services de sage-femme ont connu une hausse importante depuis le début de la crise sanitaire, en raison notamment des services d'obstétriques plus difficiles à obtenir ainsi qu'une demande grandissante pour l'accouchement hors milieu hospitalier, tant en maison de naissance qu'à domicile (Beaudoin, 2020). Ces deux bouleversements, au niveaux de l'offre et de la demande, ont eu pour effet de créer une pression sur les quelques points de services au Québec, aggravant la pénurie déjà existante de sages-femmes en pratique. Ainsi, le contexte sanitaire, tout dépendant de son ampleur, influence également à la fois l'offre de soins en périnatalité ainsi que la demande de soins, tout comme certaines caractéristiques des parents, tel que nous l'exposerons dans les lignes qui suivent.

1.2.4 Facteurs sociodémographiques et caractéristiques individuelles

D'une part, certaines caractéristiques individuelles sociodémographiques et économiques des parents influencent potentiellement directement l'utilisation des services d'une sage-femme, notamment le réseau social, le milieu de vie relative à la proximité des services (rural/urbain), l'âge, le statut de parité de la mère (parité nulle ou non nulle), les antécédents médicaux (Al Ahmar et

Tarraf, 2014; Kopff-Landas et al., 2008), et si les parents vivent dans un contexte plus sérieux de vulnérabilité (MSSS, 2015). Ainsi, une femme ayant déjà accouché (statut de parité) présente des besoins différents en terme notamment de support de la part de professionnel.le.s de santé (Cooke et Stacey, 2003). Les antécédents de médicaux, et principalement relatifs à la grossesse, influencent les attitudes de recours aux soins de la mère (Carolan et Hodnett, 2007). Par exemple, le fait d'avoir déjà vécu une césarienne influence la volonté d'une femme à faire la demande pour une telle intervention lors d'une grossesse future (Carolan et Hodnett, 2007). D'autres antécédents médicaux, relatifs ou non à la grossesse, peuvent également influencer les besoins et attitudes de recours aux soins futures (Carolan et Hodnett, 2007). Concernant le réseau social, il s'agit d'une part de la relation parentale, ou avec le/la conjoint.e, qui influence la trajectoire de soins périnataux empruntée par les parents (Al Ahmar et Tarraf, 2014; Ramey et al., 2015). D'autre part, l'entourage, selon son type d'organisation autour des parents et également en fonction de la culture de cet entourage, peut également devenir impliqué dans la gestion thérapeutique de la périnatalité et influencer les recours aux soins (Bibeau, 1987).

La littérature mentionne également des caractéristiques psychologiques de la mère associés avec une expérience satisfaisante d'accouchement, soit : le sentiment de contrôle personnel, l'estime personnelle, la préparation par rapport à l'accouchement, la satisfaction des attentes personnelles, l'état d'esprit pendant la grossesse (présence ou non d'anxiété sévère et de dépression périnatale) (Al Ahmar et Tarraf, 2014). La méthode d'accouchement est également associée à la satisfaction pendant l'accouchement (Al Ahmar et Tarraf, 2014). Le sentiment d'avoir le choix, s'appliquant à diverses sphères de la période périnatale, influence également l'état d'esprit des parents ainsi que les décisions périnatales (Carolan et Hodnett, 2007; Denis et Callahan, 2009).

Ces facteurs, non pas liés directement aux choix de type de suivi sage-femme, sont des facteurs à considérer pour analyser et comprendre l'état d'esprit des mères et des pères dans leurs trajectoire de soins.

La littérature fait également ressortir l'éducation et le statut socio-économique comme facteurs influençant les trajectoires de soins (Al Ahmar et Tarraf, 2014; Carolan et Hodnett, 2007).

Toutefois ces facteurs ne semblent pas influencer directement l'utilisation ou non des services d'une sage-femme, mais plutôt le potentiel de littératie en santé ainsi que d'accès à de l'information adéquate et de qualité par rapport à la périnatalité (Carolan et Hodnett, 2007). La littérature indique donc que c'est avant tout l'éducation en santé périnatale que la femme possède qui influence ses choix (Carolan et Hodnett, 2007). Le niveau d'éducation influence également la satisfaction par rapport aux soins reçus (Al Ahmar et Tarraf, 2014).

L'exploration de ces différentes caractéristiques sociodémographiques constitue un pilier fondamental dans cette étude pour la compréhension du point de vue des parents québécois par rapport à leurs décisions de recours aux soins. Seront maintenant abordés les facteurs structurels/politiques qui contribuent potentiellement aux possibilités d'accès à une sage-femme, ainsi qu'à l'utilisation de leurs services par la population québécoise.

1.2.5 Facteurs macro : historiques, institutionnels, et politiques

La littérature a ainsi fait ressortir certains facteurs historiques ayant influencé la pratique sage-femme au Québec. D'une part, le caractère illégal de la pratique pendant la quasi-totalité de ce siècle a eu potentiellement pour effet d'y avoir encre une image néfaste de cette approche au sein de la province (Lemay, 2007; Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). C'est également pendant cette période que les progrès biomédicaux ont incité une médicalisation de différents événements de la vie, dont la naissance (Agence de la santé publique du Canada, 2018; Davies, 2012, dans Thifault (dir.); Foucault, 1973), et que la profession de sage-femme a été effacée de l'offre de soins thérapeutiques en santé (Lemay, 2007; Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). D'autre part, un réseau hospitalier s'est déployé au Québec, avec comme acteur central de cette mission les congrégations religieuses de l'Église catholique ainsi qu'une main d'œuvre à dominance féminine à l'hôpital. Ces congrégations religieuses, à majorité féminine, ont de ce fait contribué fortement à une centralisation des soins vers l'hôpital, d'autant plus que ces hôpitaux ont été éventuellement cédés aux mains de l'État vers les années 1970 (Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). S'amorce ainsi une centralisation publique des soins vers un établissement de soins biomédicaux (Davies, 2012, dans Thifault (dir.)). Le rôle des religieuses dans le déploiement d'un réseau hospitalier au Québec, la

place prépondérante des femmes dans la main d'œuvre professionnelle en santé pendant la première moitié du 20^e siècle, ainsi que les progrès biomédicaux grandissants, sont tous des facteurs socio-historiques ayant contribué à inciter les femmes à accoucher à l'hôpital et à adhérer au processus de médicalisation des naissances comme un processus s'intégrant dans l'évolution des conditions sociales. Ces facteurs, combinés au caractère illégal de la pratique sage-femme pendant tout un siècle, ont influencé les conditions de la pratique de cette profession tardivement légalisée. Finalement, les soulèvements de la population québécoise vers la fin du 20^e siècle en faveur d'une démedicalisation de la naissance et ayant conduit à la légalisation de la profession en 1999, laissent supposer également que l'existence de cette profession au Québec est à la fois le résultat des tensions et confrontations idéologiques historiques que de considérations sanitaires (Lemay, 2007).

En ce qui concerne les facteurs institutionnels qui influencent l'utilisation des services des sages-femmes, il semble important de nous intéresser à la formation de la profession. Au Québec, l'UQTR est la seule université octroyant la formation de sage-femme sur l'ensemble de la province (MSSS, 2008). Le programme prévoit un nombre limité de places disponibles par cohorte (présentement 24 par année pour environ 60-90 candidatures reçues) (MSSS, 2008). Cette limite de candidatures acceptées par année réduit de ce fait le nombre de sages-femmes sur le marché du travail, contribuant à une pénurie de professionnelles et une difficulté à hausser les cibles visées par la politique de périnatalité (MSSS, 2008). Ce nombre choisi de candidatures dépendrait notamment des réalités de formation des sages-femmes, dont les stages reposent sur une formule de préceptorat, où un.e étudiant.e sage-femme suit une professionnelle sage-femme dans le quotidien intégral de sa pratique (Lafrance, 2020). Une telle formule vise non seulement à permettre à l'étudiant.e de se familiariser avec la pratique, mais également d'incarner dès sa formation l'approche de continuité des soins qui sera ensuite centrale à sa pratique future (Lafrance, 2020). De plus, le fait qu'une seule université sur l'ensemble de la province soit en mesure d'offrir cette formation semble révélateur d'une volonté de contenir la formation de sages-femmes à un emplacement unique. À ce sujet, peu d'études n'ont à ce jour exploré le lien entre les modalités du programme de formation sage-femme à Trois-Rivières et les répercussions pour l'utilisation des

soins d'une sage-femme au Québec. Si nous comparons avec l'Ontario et la Colombie-Britannique, nous découvrons qu'il existe deux universités offrant le baccalauréat en Ontario (McMaster, Ryerson) et également un unique centre de formation en Colombie-Britannique, soit à l'University of British Columbia. À noter qu'une 3^e université en Ontario offrait le baccalauréat en français jusqu'en 2021; le programme aurait été récemment fermé en raison des bas taux d'inscription (Zanetta, 2021).

Ce faisant, le nombre d'étudiant.e.s formé.e.s limite ainsi le nombre de sages-femmes en pratique, et ainsi l'offre de services, ce qui influence potentiellement la visibilité de la profession ainsi que les décisions des parents québécois de recourir à ces services. Il semblerait qu'une telle offre limitée est de plus renforcée par le développement de points de services (MSSS, 2015), combinés à une rareté de la main d'œuvre, ayant pour effet de répartir un nombre déjà restreint de sages-femmes à travers davantage de points de services, étirant ainsi les capacités des sages-femmes au lieu de les renforcer (Beaudoin, 2020). Ainsi, une gestion de la main d'œuvre adéquate est importante à combiner au développement de services, dans le but d'améliorer les conditions de pratique des sages-femmes ainsi que l'offre de soins. Ainsi, se retrouvant devant une situation de pénurie et d'épuisements professionnels observés sur l'ensemble du territoire, les volontés de publiciser l'approche sage-femme sont potentiellement freinées par un souci de ne pas gonfler une demande de soins que l'offre actuelle ne pourrait combler. Ceci contribue également potentiellement à rendre l'information concernant l'approche sage-femme moins présente dans le discours public, ainsi qu'à demander aux parents qui souhaitent connaître la pratique sage-femme de rechercher activement de l'information plutôt que la recevoir directement.

Concernant le discours public et la place qui y est réservée à la profession de sage-femme, il semble intéressant d'explorer les différentes ressources gouvernementales officielles en matière de périnatalité et consultées par une forte proportion de parents, de façon à comprendre l'influence du message gouvernemental véhiculé sur le choix de recourir ou non aux services d'une sage-femme. Un guide officiel et approuvé par le gouvernement du Québec est présentement remis gratuitement et systématiquement par tous les professionnel.le.s de santé périnataux aux parents lors des premiers suivis prénataux : le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*

(INSPQ, 2022). De plus, la référence *Naître et grandir* (Fondation Chagnon, 2022) est également recommandée par les professionnel.le.s de santé.

Par ailleurs, plusieurs autres facteurs institutionnels du contexte de pratique sage-femme au Québec peuvent influencer le recours ou le non-recours à de tels services par les mères et les pères, parmi ceux-ci : les trois lieux d'accouchement couverts par la sage-femme, les listes d'attentes en fonction d'une demande supérieure à l'offre, la disponibilité des sages-femmes (liée à leurs conditions de travail), les enjeux autour de la continuité des soins, et autres facteurs qui mériteraient d'être approfondis.

1.3 CONTRIBUTIONS À LA RECHERCHE

Bon nombre d'études ont été conduites au niveau mondial et canadien pour recommander le rôle central de la profession de sage-femme dans la gestion des soins maternels (Hattem et al., 2008; NICE, 2014; OMS, 2013, 2016; Sandall et al., 2016). Ces études présentent, dans différents contextes, des facteurs économiques, politiques, sanitaires, historiques, idéologiques, tous orientés vers la plus-value de l'approche sage-femme au sein du système de santé.

Certaines recherches ont également permis d'assurer le développement de la profession au Québec, en présentant notamment les résultats d'évaluations multidisciplinaires auprès de différents acteurs, dont des parents, afin d'orienter les politiques québécoises sur la contribution des sages-femmes dans le système québécois (Blais et al., 1994ab, 2000; De Koninck et al., 2000; Fraser et al., 2000; Reinharz et al., 2000). Selon ces études, la profession de sage-femme a intérêt à prendre en charge le suivi physiologique de femmes à bas risques de complications, et les bénéfices d'un tel modèle s'observent tant au niveau des indicateurs de performance du système de santé (Fraser et al., 2000; Reinharz et al., 2000), de la sécurité de la mère et du nouveau-né (NICE, 2014; OMS, 2013, 2016), que de la satisfaction envers les soins (Sandall et al., 2016). De plus, nous constatons une inadéquation entre, d'une part, les valeurs promues par le Canada et le Québec relatives à la période périnatale et, d'autre part, les cibles provinciales d'accès à la sage-femme et le taux observé d'accès

(Agence de la santé publique du Canada, 2017; MSSS, 2008, 2015; Canadian Association of Midwives, 2022).

La littérature a également fait état des différents facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme dans le contexte québécois, identifiant des facteurs idéologiques (Jonge et al., 2017), structurels et politiques (Beaudoin, 2020; MSSS, 2015, 2008), historiques (Bourgeault et al., 2004; Davies, 2012, dans Thifault (dir.); Lemay, 2007; Rivard, 2010), sanitaires (MSSS, 2008), puis socio-démographiques (Kopff-Landas et al., 2008). La population québécoise s'est également soulevée pour dénoncer un trop faible accès aux services d'une sage-femme (CSN, 2018), qui sont de beaucoup inférieurs aux cibles provinciales, ainsi qu'aux recommandations internationales en périnatalité (NICE, 2014; OMS, 2013, 2016).

Parmi cette littérature, les méthodologies employées à travers les recherches sont variées : analyses économiques (Reinharz et al., 2000), revues systématiques (Hatem et al., 2008; Sandall et al., 2016), évaluations d'études de cas à partir de projets pilotes (Blais et al., 2000), questionnaires auto-administrés (Blais et al., 1994ab), évaluation des soins individualisés et de la continuité des soins tel que perçus par les clients (Blais et al., 2000), une approche qualitative au moyen de récits d'accouchements de mères québécoises de différentes générations (Rivard, 2010), puis une approche qualitative phénoménologique (Lemay, 2007). Cette dernière approche qualitative a été réalisée auprès de sages-femmes à travers des entretiens semi-dirigés pour explorer leurs expériences (Lemay, 2007). Les courants méthodologiques utilisés dans les études qualitatives (Lemay, 2007; Rivard, 2010) se sont ancrés dans l'exploration de deux points de vue : la sage-femme et la mère.

La problématique de cette thèse s'articule donc à mi-chemin entre les recommandations internationales en matière de périnatalité, les besoins exprimés et non comblés de la population québécoise, ainsi que le caractère encore incomplet des recherches portant sur la pratique sage-femme au Québec. Voici ce que nous considérons :

- Les recommandations internationales suggèrent que les sages-femmes devraient gérer la première ligne de soins périnataux, ainsi les grossesses à bas risque de complications, soit environ 45% des grossesses (NICE, 2014; OMS, 2013, 2016; Sandall et al., 2016);
- Les valeurs promues par le Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2017) pour guider les soins périnataux sur l'ensemble du territoire sont notamment de considérer la grossesse et l'accouchement comme processus physiologique à priori normal dans la vie reproductive d'une mère;
- La réponse provinciale du Québec ne s'agence pas aux recommandations internationales ni nationales en matière de périnatalité : les dernières cibles provinciales de périnatalité fixées à 10% (MSSS, 2008) d'accès aux services d'une sage-femme ne s'accordent pas au taux populationnels anticipés de grossesses à bas risque;
- Les données relatives au Québec démontrent que la demande envers des sages-femmes surpasse actuellement l'offre de soins (CSN, 2018), que ces services sont peu connus au Québec (MSSS, 2015), et que la population souhaite avoir davantage accès à ces services (Beaudoin, 2020; CSN, 2018; MSSS, 2015);
- Les recherches réalisées jusqu'à maintenant au Québec pour appuyer le développement de la pratique sage-femme présentent certains manques de connaissances et de méthodologies employées;
- La région de Québec représente un cas intéressant d'étude de l'utilisation des services d'une sage-femme, par les facteurs historiques, politiques, juridiques et culturels qui ont forgé le caractère unique de la profession de sage-femme dans le contexte provincial dans lequel elle se situe, le peu de recherches sur la profession de sage-femme appliqué à ce cas régional, ainsi que par un souci de faisabilité de l'étude en raison de contraintes logistiques (Andrade, 2021; Statistique Canada, 2021b).

Considérant les différents facteurs énoncés ci-haut, il semble également que certains acteurs ont peu été sollicités pour dresser un portrait plus complet par rapport au point de vue parental dans l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme : le point de vue des conjoint.e.s (pères ou autre second parent) ainsi que celui des parents faisant appel aux services d'un.e autre professionnel.le de santé. En orientant sa problématique autour de ces acteurs, cette thèse vient ainsi contribuer aux études ayant précédemment été conduites sur le sujet, pour poursuivre l'exploration des facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services, sous un nouveau point de vue.

Ce point de vue plus large que ceux utilisés dans les recherches antérieures au Québec permet ainsi la prise en considération de toute la population concernée directement par les services d'une sage-femme, soit les parents, peu importe leur choix de recours aux soins. Si Blais et ses collègues (1994ab) avaient fait recours aux opinions des parents par rapport aux soins, l'utilisation de ce point de vue avait été alors orienté principalement autour d'une évaluation de satisfaction par rapport aux soins et d'une démarche de questionnaire auto-administré. Ce que cette thèse propose, c'est donc de mettre en lumière le point de vue parental et l'amplifier sous la loupe d'un questionnement en profondeur par rapport aux facteurs qui influencent le recours aux soins par ces parents.

Cette approche s'inscrit ainsi dans la science des systèmes complexes, paradigme qui, appliqué à la santé des populations, met de l'avant la complexité des populations en tant que systèmes, ainsi que les interactions multiples entre ces populations et les déterminants qui influencent leur santé (El-Sayed et Galea, 2017). Selon une approche par systèmes complexes, le point de vue des mères ayant opté pour des soins/services de sage-femme offre à lui seul un angle limité par rapport aux facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme. En faisant appel au point de vue des pères, ainsi que des mères/pères ayant choisi de ne pas recourir aux services d'une sage-femme, nous couvrons de ce fait un angle plus large par rapport à l'utilisation – et la non-utilisation – des services d'une sage-femme, et ouvrons ainsi la voie à de nouveaux facteurs de se découvrir. Cet emploi d'un point de vue à plusieurs acteurs s'accorde également avec la littérature, qui indique que ce n'est qu'en explorant l'utilisation des soins maternels sous les

angles des mères et des pères que les résultats de santé materno-infantile pourront observer un changement durable (Ramey et al., 2015).

Ultimement, cette thèse s'inscrit dans un angle de santé populationnelle, et vise à offrir des pistes de réflexions aux acteurs/actrices politiques pour l'amélioration du modèle provincial de soins maternels, autour d'une meilleure intégration de la profession de sage-femme au cœur de ces soins. Il est également à espérer que l'étude permettra une meilleure compréhension de cette profession au sein de la population utilisatrice de soins ainsi que de professionnel.le.s de santé, de façon à appuyer sa valorisation dans la région et la province de Québec.

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL

2.1 CHOIX DU MODÈLE CONCEPTUEL

Constatant un faible accès aux services des sages-femmes au Québec (Canadian Association of Midwives, 2022), des soulèvements de la population pour un meilleur accès (CNS, 2018), ainsi que la littérature soutenant la plus-value de déployer davantage de tels services dans un système de santé (NICE, 2014; OMS, 2013, 2016; Fraser et al., 2000; Hatem et al., 2008; Reinharz et al., 2000; Sandall et al., 2016), cette thèse vise à explorer les facteurs qui influencent l'utilisation – ou la non-utilisation – des services d'une sage-femme dans la région de Québec. L'approche de santé des populations employée pour explorer cette problématique est celle des systèmes complexes (El-Sayed et Galea, 2017), et c'est en fonction de cette approche qu'un modèle théorique a été choisi. D'abord, la santé des populations, domaine dans lequel s'insère la réalisation de cette thèse, est également une approche de la santé centrale à l'Agence de la santé publique du Canada, et qui considère la santé comme une ressource, mesurée à travers différents indicateurs, et influencée par divers déterminants sociaux de la santé (Gouvernement du Canada, 2012). Cette approche vise à améliorer la santé d'une population entière, en diminuant les iniquités en santé au sein de différents groupes de populations, en agissant sur des facteurs qui ont une forte influence sur la santé (Gouvernement du Canada, 2012). L'approche par systèmes complexes, quant à elle, est un cadre qui conceptualise les interactions et dynamique entre divers systèmes et qui peut s'appliquer à différentes disciplines (El-Sayed et Galea, 2017). Elle permet de confronter une approche réductionniste en décloisonnant les dimensions d'une problématique abordée, et en établissant les liens entre ces dimensions (El-Sayed et Galea, 2017). Appliquée au domaine de la santé des populations, elle offre des outils pour concevoir les déterminants sociaux de la santé comme interagissant entre eux. Ceci facilite ultimement la recherche de solutions englobantes et transversales, plutôt que trop nichées dans une seule catégorie de déterminants.

La thématique de cette thèse, qui est l'exploration des facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services de sage-femme, reflète le domaine de la santé des populations, notamment

parce qu'elle aborde la santé maternelle selon un angle populationnel, qui est celui des soins maternels octroyés ainsi que leur recours ou non-recours. Il nous apparaissait qu'une approche théorique par systèmes complexes était celle la plus adaptée pour questionner cette problématique, rechercher les théories qui pouvaient l'expliquer, puis envisager des solutions durables.

Mentionnons d'abord que différents modèles théoriques de recours aux soins maternels ont été explorés et envisagés pour réfléchir à la problématique de cette thèse, ainsi que la structurer. Pensons d'une part au *Three delays model*, de Thaddeus et Maine (1994), modèle fréquemment encore utilisé et cité pour réfléchir aux principaux obstacles à l'accès aux soins maternels. Ce cadre, initialement élaboré autour d'un souci de prévenir la mortalité maternelle, observe les trois délais principaux auxquels peut être confrontée une femme enceinte présentant des complications (Thaddeus et Maine, 1994). Le cadre est pertinent pour une réflexion autour de l'accès aux soins, mais il demeure trop ciblé sur le lien entre la mortalité maternelle et l'accès aux soins pour permettre un angle exploratoire adéquat pour cette thèse.

D'autre part, le modèle *Preconception Stress and Resiliency Pathways (PSRP)* développé par le Community Child health Network (CCHN) permet l'exploration des influences multiples sur la santé des mères, pères, et enfants (Ramey et al., 2015). Ce modèle est d'une haute pertinence pour toute étude sur le recours aux soins maternels, par son intégration plutôt exhaustive des interactions complexes entre différents déterminants de la santé qui influencent un parcours de soins. Il représente ainsi différentes trajectoires de soins potentielles conduisant à différents résultats de santé périnatale, néonatale et infantile (Ramey et al., 2015). Chaque trajectoire de soins est influencé par différents facteurs, qui incluent les déterminants sociaux, biologiques, et psychologiques, à la fois chez la mère et le père, ainsi que les différentes périodes allant de celle préconceptionnelle à la période postnatale (Ramey et al., 2015). Ce modèle aurait pu être utilisé dans le cadre de cette étude, toutefois son objectif principal d'illustrer les influences de différentes trajectoires de soins le rendait trop précis pour cette étude.

Un autre modèle exploré est le *Framework for access to health care* de Levesque et ses collègues (2013). Ce modèle, surtout conçu et destiné à des fins d'évaluation de la performance d'un système de santé, trace les interactions complexes entre les différents déterminants influençant l'accès aux soins de santé (Levesque et al., 2013). Cinq dimensions d'accessibilité et cinq habiletés populationnelles interagissent ainsi entre elles pour générer l'accès aux soins (Levesque et al., 2013). Comme facteurs influençant ces dimensions se retrouvent différents déterminants de la santé, au niveau individuel, du ménage, de la communauté, et de la population (Levesque et al., 2013). Même si le modèle est intéressant car il relie l'accès aux soins à ses différentes influences, son étude de la performance globale d'un système de santé le rend imprécis pour explorer l'utilisation de soins/services périnataux, Il est également difficile à utiliser et à adapter pour une autre étude, de par ses liens multiples.

Nous voici maintenant au modèle de Aday et Anderson (1974), intitulé *Framework for the study of access to Medical Care*. Le modèle est très clair et efficace, tout en prenant en considération les complexités des facteurs influençant l'accès aux soins de santé. Il a été initialement conçu dans le domaine de la santé publique, destiné aux décideurs/décideuses politiques et aux consommateurs/consommatrices, afin de représenter une conception systématique de l'accès aux soins médicaux (Aday et Anderson, 1974). Il présente ainsi des facteurs aux niveaux individuel, systémique (système de santé), structurels (politique), et concernant les attitudes relatives aux soins (satisfaction et utilisation des soins) (Aday et Anderson, 1974). Il intègre également, pour chaque catégorie de facteurs, quelques indicateurs pour les mesurer (Aday et Anderson, 1974). Ce modèle, bien qu'offrant un cadre simplifié, tout en prenant en compte la complexité des systèmes impliqués dans la problématique, n'offrait pas une exploration des soins maternels spécifiquement, et c'est ce qui apparaissait principalement défaillant pour ce modèle.

C'est donc pourquoi les recherches se sont poursuivies, jusqu'à la découverte du cadre conceptuel qui a finalement été choisi pour cette étude, soit le *Framework for the Study of Access*, de Thiessen et ses collègues (2016). Ce modèle a été conçu à partir du modèle de Aday et Anderson (1974), que nous venons d'aborder, pour l'adapter au contexte de soins de sage-femme au Manitoba

(Thiessen et al., 2016). Le modèle de Thiessen et ses collègues (2016) a ainsi été élaboré par Thiessen (professeure adjointe à la Faculté des Sciences infirmières à l'Université du Manitoba et directrice du programme de sage-femme) pour analyser l'utilisation et l'implantation de services régulés de sage-femme au Manitoba, suite à la légalisation de la profession dans la province en 2000 (Thiessen et al., 2016). Il est construit notamment pour permettre le partage d'information aux parties prenantes et autres provinces concernant les mécanismes qui favorisent l'implantation et l'utilisation des services de sage-femme dans un système de santé (Thiessen et al., 2016). Il intègre ainsi les dimensions mises de l'avant par le modèle de Aday et Anderson (1974), tout en modifiant certaines catégories de facteurs ainsi que des indicateurs.

Il a donc été choisi en partie car il a été conçu pour aider d'autres provinces canadiennes à analyser l'utilisation des services d'une sage-femme, et parce qu'il offre une catégorisation et structure efficace de différents facteurs interagissant entre eux. Ce modèle comprend ainsi cinq catégories de facteurs, traduites de l'anglais, soit 1) le contexte politique, 2) les composantes d'influence, 3) l'utilisation des services de santé, 4) les caractéristiques du système de santé quant à l'offre de services de sage-femme, et 5) les caractéristiques des femmes qui utilisent des services de sage-femme. La division en ces cinq catégories précises permet la visualisation intuitive de la problématique à l'étude, ainsi que la considération des systèmes complexes qui sont en interaction. Aux fins de cette thèse, ce modèle conceptuel a toutefois été adapté légèrement pour permettre une meilleure exploration contextuelle des facteurs influençant les services d'une sage-femme : aux cinq catégories du modèle initial ont été ajoutées une sous-catégorie culturelle, incluse dans la cinquième catégorie (caractéristiques des femmes, libellé *caractéristiques des parents*, pour cette étude), puis une sous-catégorie historique, intégrée dans le contexte politique. D'ailleurs, cette dimension a été libellée *contexte macro* pour cette étude. De plus, la catégorie *composantes d'influence*, tel que définie par les auteurs, représente les membres de la communauté constituant des influences notables dans le développement de la pratique sage-femme (Thiessen et al., 2016). Aux fins de cette étude, ce code est plutôt utilisé pour décrire les diverses composantes qui influencent les parents *en amont* de leur choix de recourir à un type de suivi plutôt qu'à l'autre; ainsi leurs perceptions par rapport à diverses facettes des soins. Enfin, les personnes utilisatrices

de soins sur lesquelles porte l'étude correspondent aux mères et pères recourant aux services de sage-femme ainsi qu'à d'autres services périnataux; le modèle conceptuel utilisé pour cette thèse est également adapté à cet effet. Ce point de vue plus large par rapport à l'utilisation des soins s'accorde à l'angle de santé des populations employé pour cette étude, soit celui de la science des systèmes complexes (El-Sayed et Galea, 2017).

Il favorise l'exploration de facteurs généraux liés au recours aux soins périnataux, et identifie à la fois les obstacles et les facteurs facilitants l'utilisation des services d'une sage-femme. Un tel angle permet également d'ouvrir la problématique à la réalité sociale et temporelle plus complexe (Ramey et al., 2015) dans laquelle elle s'insère, en ce sens où les décisions de recours aux soins de sage-femme ne concernent pas seulement les femmes qui optent pour une telle approche, mais elles considèrent tous les parents (mères et pères) qui sont confrontés à une telle décision, avant la prise de décision (en amont). La communauté est ainsi considérée dans ce cadre, tout comme la temporalité du recours aux soins.

La figure 1 offre une illustration de ce cadre initialement développé pour cette thèse.

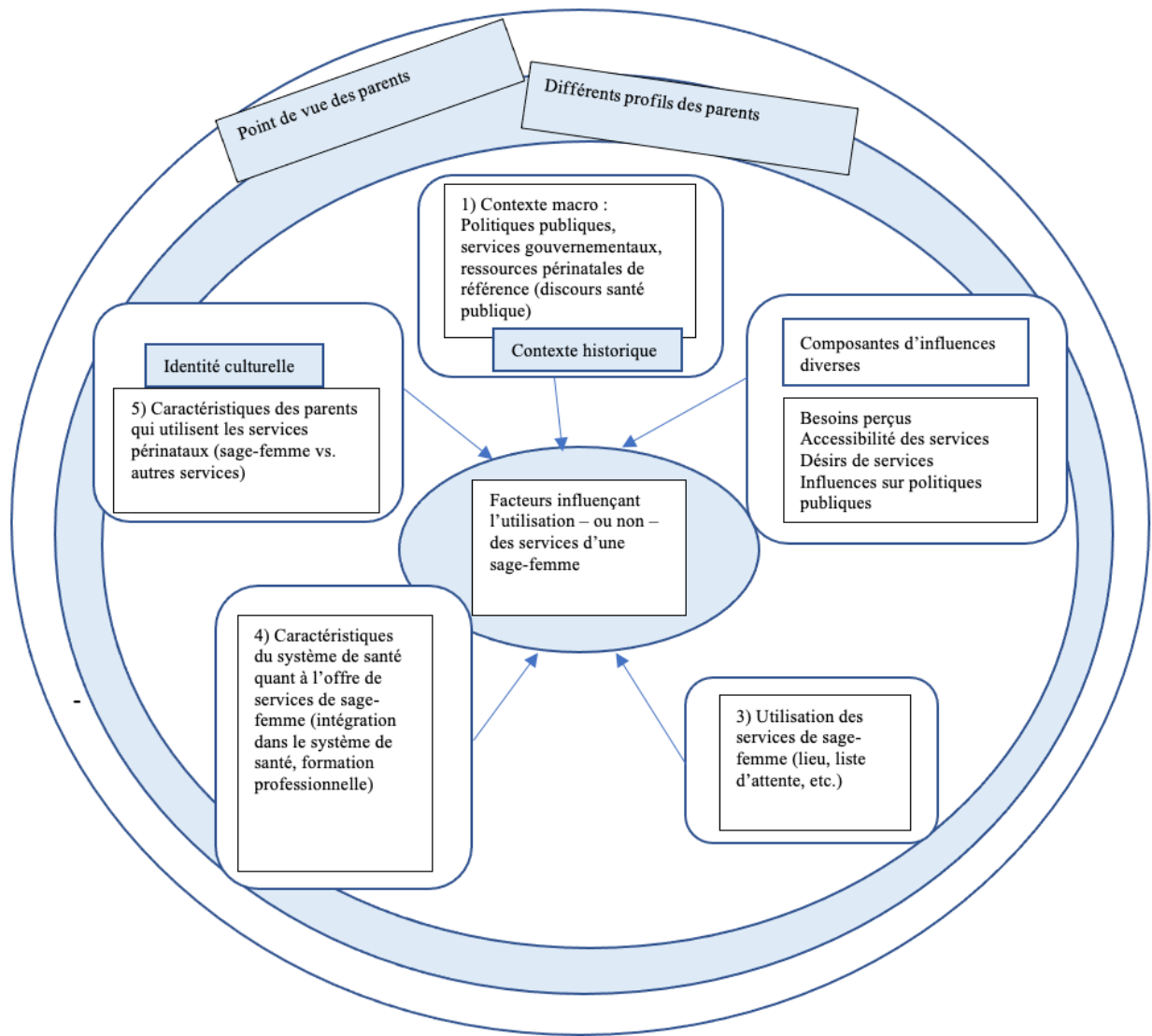


Figure 1 : Facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec

2.2 MODÈLE CONCEPTUEL ET CHOIX DU DEVIS

Lorsqu'observé dans ses différentes dimensions, le modèle oriente une collecte de données vers l'exploration des interactions entre facteurs/indicateurs relatifs à l'utilisation des soins de sage-femme (type de soins, besoins perçus, disponibilité des services, organisation des services,

politiques éducatives, etc.). Une approche quantitative aurait certainement permis la prise en considération d'indicateurs quantitatifs, notamment le temps d'accès aux soins, certaines caractéristiques individuelles (âge, prédispositions aux complications, niveau d'éducation et niveau socio-économique), puis des indicateurs de disponibilité des services. Un tel devis aurait également favorisé l'établissement d'associations entre ces facteurs. Toutefois, il semblait qu'au niveau limité actuel des connaissances relatives aux facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec, selon le point de vue des parents (mères/pères), l'approche quantitative aurait eu pour effet de restreindre l'exploration de nouveaux facteurs ayant le potentiel d'émerger.

Ainsi, l'approche exploratoire qualitative, orientée autour des indicateurs qualitatifs du modèle, est apparue la plus adaptée à la problématique à l'étude (Swedberg, 2020). Le choix d'une telle approche, à partir du point de vue des parents, oriente une collecte de données vers les déterminants de la santé des caractéristiques individuelles et des milieux de vie (MSSS, 2010), soit les catégories suivantes du modèle : les composantes d'influence (facteurs influençant les parents en amont de leur décision, dont l'entourage) et les caractéristiques des parents (culture, antécédents de soins, âge, éducation, parité, relation avec le/la conjoint.e).

Par la suite, les catégories de l'utilisation des soins, du contexte macro, et des caractéristiques du système de santé sont documentées également, mais elles répondent à des sous-objectifs pour cette étude.

2.3 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les besoins identifiés par la littérature, l'angle de santé populationnelle employé, ainsi que le modèle conceptuel choisi, se joignent à la problématique de recherche identifiée pour permettre l'élaboration de ce questionnement central : *quel est le point de vue des parents de la région de Québec quant à leur utilisation ou non-utilisation des services d'une sage-femme ?*

L'objectif central est donc d'explorer les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme, soit autant les facteurs facilitant l'utilisation que ceux créant des obstacles, afin de dégager des recommandations quant à une meilleure organisation des soins maternels centrés autour de l'approche sage-femme. Rappelons que cette thèse s'intègre dans la discipline de santé des populations et qu'elle est principalement destinée aux décideurs/décideuses politiques, dans le but d'orienter les décisions futures pour une meilleure organisation des soins maternels dans la région de Québec.

De ce fait, les objectifs découlant de cette démarche sont les suivants :

- 1) Documenter les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme du point de vue des parents de la région de Québec;
- 2) Documenter les différentes trajectoires de soins périnataux, à partir de l'expérience de soins périnataux de parents de la région de Québec, soit le vécu des soins, et l'accès aux soins périnataux;
- 3) Documenter le niveau des connaissances de parents de la région de Québec, quant aux différents services périnataux offerts, et spécifiquement concernant les services de sage-femme;
- 4) Documenter le contexte global et systémique qui influence l'utilisation des soins de sage-femme par des parents de la région de Québec.

Ces objectifs seront réalisés à partir d'un devis qui sera décrit dans le chapitre 3 qui suit.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

3.1 DEVIS DE LA RECHERCHE

Rappelons d'abord les cinq catégories du modèle conceptuel employé pour cette thèse : 1) le contexte macro, 2) les composantes d'influence, 3) l'utilisation des services de santé, 4) les caractéristiques du système de santé quant à l'offre de services de sage-femme, et 5) les caractéristiques des parents qui utilisent des services périnataux. Le contexte macro comprend notamment les facteurs politiques, historiques et institutionnels concernant les soins périnataux. Les composantes d'influence, quant à elles, font référence aux facteurs influençant les décisions de recours aux soins périnataux, en prenant en considération la période temporelle *en amont* de la décision. Il peut s'agir notamment de l'influence de l'entourage. L'utilisation des services comprend les l'expérience/le vécu des soins/services par les parents, soit notamment les approches de soins et la place du choix dans les soins/services. Le facteur temporel sera ici également pris en compte dans cette catégorie, puisque la temporalité sera abordée par rapport à son influence sur le vécu des soins/services. Les caractéristiques du système de santé intègrent les facteurs liés à l'organisation des soins périnataux, soit les ressources disponibles, l'accessibilité aux ressources, et autres. Puis les caractéristiques des parents sont entre autres des données sociodémographiques ainsi que des informations par rapport aux antécédents de soins, qui permettent de contextualiser les profils des parents et leur trajectoire de soins.

Afin de répondre à l'objectif central, qui est de faire ressortir les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation de services de sage-femme dans la région de Québec, cette étude s'appuie sur une étude de cas de la région de Québec, selon un devis qualitatif exploratoire (Saks et Allsop, 2012; Swedberg, 2020). Le devis exploratoire est un devis de choix lorsqu'il est question de découvrir de nouvelles dimensions à une problématique, dont l'angle choisi est peu abordé par la littérature (Swedberg, 2020). Comme la revue de la littérature s'est employée à le décrire, le point de vue des parents, pour comprendre les facteurs influençant le recours aux soins des sages-femmes, n'a pas encore été documenté dans la région de Québec. Ainsi, l'angle exploratoire est le devis qualitatif approprié pour entreprendre une telle étude.

Tel que le chapitre 1 s'est attardé à le décrire, la province de Québec a été ciblée pour cette étude en regard de la littérature et du besoin d'approfondissement de connaissances relatives à l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec. Il était toutefois difficile de réaliser une étude exploratoire sur l'ensemble du Québec, en raison notamment de l'étendue du territoire, des ressources limitées pour la réalisation de l'étude (financières et en temps) et des différences de population et d'organisation des soins de sage-femme en fonction des régions (OSFQ, 2020-2022).

Ainsi, l'étude d'un cas précis à l'intérieur de la province de Québec est apparue, d'une part, comme le choix *logistique* le plus adéquat pour la conduite de cette étude, en raison d'un souci de faisabilité, notamment de contraintes logistiques liées à la recherche : les coûts et fonds disponibles, le souci de proximité et de connaissance du site, et la durée limitée de l'étude (Statistique Canada, 2021b). L'étude du cas de la région de Québec est motivé par différents facteurs : 1) la présence de deux maisons de naissance situées dans deux arrondissements et milieux de vie distincts, desservant ainsi la population urbaine et rurale de la région, et permettant une comparaison facile entre deux milieux de vie, 2) le fait qu'il s'agisse de la Capitale-Nationale, ajoutant une signification administrative/symbolique à cette région pour représenter les valeurs de la province de Québec tel que décrites dans la revue de littérature, 3) ma connaissance et proximité géographique du site de la région de Québec, de ses deux maisons de naissance, ainsi que des ressources périnatales offertes aux parents de par mes expériences précédentes de bénévolat et mon parcours personnel. Ce cas choisi sous un angle exploratoire facilite ainsi particulièrement l'approfondissement de facteurs environnementaux et socio-démographiques des parents (arrondissement de vie, distance par rapport aux soins).

D'autre part, le choix *méthodologique* d'une étude de cas repose sur la volonté de se concentrer sur un contexte précis, devant le constat de l'imprévisibilité d'un contexte plus large (Yin, 2009). En effet, le contexte du territoire québécois, en raison de sa superficie et parce qu'il présente des réalités de santé bien distinctes (notamment la réalité de milieu éloigné que représente le Nord du Québec), imposait de cibler un contexte précis pour pouvoir explorer, dans ce contexte, les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme. De plus, le contexte pandémique a également exacerbé l'imprévisibilité du contexte de santé québécois, amplifiant des

différences contextuelles déjà observées (Yin, 2009). Devant ce que Yin (2009) décrit comme la possibilité d'évènements incontrôlables et ainsi de la création d'une multitude de contextes divers aux hypothèses variées, la décision de recourir à une étude de cas vise à isoler et comprendre certains paramètres précis d'un cas pour pouvoir faire ressortir des hypothèses propres à ce contexte.

Notons toutefois que, bien que l'étude de cas concerne la région de Québec, cette thèse abordait initialement la problématique principalement selon le contexte provincial du Québec, notamment puisque les soins maternels relèvent d'une compétence juridique provinciale (Braën, 2002). Les instruments de collecte de données abondent en ce sens. Ainsi, jusqu'à l'analyse des données et la rédaction du rapport de thèse, le contexte de la province de Québec était mis de l'avant dans cette étude, bien que l'échantillonnage concerne la région de Québec. L'angle d'analyse a été réajusté lors de l'écriture du rapport, faisant ressortir davantage le cas à l'étude, qui est bien celui de la région de Québec. Ceci n'empêche pas les grilles d'entretien d'avoir traité des soins de santé maternels dans leur contexte provincial plus large. Bien qu'elles concernent leur imbrication dans un contexte provincial, les données recueillies renseignent sur le point de vue des parents de la région de Québec. Ainsi, le cas d'étude de la région de Québec ne peut pas s'extraire de son environnement provincial, car ce dernier permet d'expliquer le contexte plus large dans lesquels les soins sont octroyés et reçus. De ce fait, des éléments contextuels provinciaux sont utilisés dans l'étude ainsi qu'à travers les données recueillies, pour renseigner sur le point de vue des parents de la région de Québec.

Constatant la faible utilisation, dans la littérature, du point de vue élargi des parents optant ou non pour un suivi sage-femme, le devis qualitatif s'est donc présenté comme celui permettant d'aborder la problématique, afin d'en extraire des constats servant ensuite de piliers pour la conduite de recherches ultérieures (Teherani et al., 2015). De plus, suivant la même logique que celle appuyant la décision d'une étude de cas, il apparaît que la problématique à l'étude (le recours ou non aux services d'une sage-femme) n'est pas lié à une unique réalité; il pourrait exister plusieurs facteurs influençant les décisions parentales, dépendant de contextes plus large. Ce devis qualitatif offre donc un cadre pour la prise en considération du point de vue des parents, sans prétendre pouvoir

généraliser ce point de vue à tous les parents dans la province de Québec, ni dans d'autres provinces (Andrade, 2021; Teherani et al., 2015). Selon cette pensée constructiviste, l'angle d'investigation emprunté est exploratoire (Reid-Searl et Happell, 2012; Swedberg, 2020). Cet angle favorise la prise en considération du point de vue parental comme source de données pour faire émerger de nouveaux thèmes (Reid-Searl et Happell, 2012). La collecte des données et les analyses ont été envisagées selon une approche généralement inductive, d'après cette logique : structurer quelques catégories de thèmes à explorer en fonction de la littérature, puis laisser ensuite suffisamment de flexibilité à la collecte de données pour laisser émerger des thèmes, sans rechercher forcément à solidifier des hypothèses déjà existantes, mais plutôt à vouloir en explorer et proposer de nouvelles (Thomas, 2006).

Tel qu'il a été expliqué, un tel devis, faisant appel à diverses sources et méthodes de collecte de données qualitatives et appuyé sur une étude de cas exploratoire, permet d'approfondir le point de vue des parents autour d'un sujet peu couvert par la littérature, tout en situant ce sujet dans un contexte précis (région de Québec en temps de pandémie). Ceci facilite une étude plus profonde d'un contexte régional interconnecté dans son contexte provincial plus large (Crowe et al., 2011). Ceci a ainsi favorisé l'ancrage contextuel de l'exploration des facteurs divers pouvant influencer le recours aux services d'une sage-femme dans la région de Québec.

3.2 MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES (ET SOURCES)

Pour cette étude, les principales méthodes de collecte de données sont des entretiens individuels semi-dirigés avec les mères et les pères, des entretiens individuels semi-dirigés avec des responsables de l'organisation/formation de sages-femmes, puis l'analyse documentaire de références de santé périnatale.

3.2.1 Entretiens individuels

Le devis fait appel à des entretiens semi-dirigés avec des mères et des pères, puis une analyse documentaire de discours/documents relatifs aux soins périnataux destinés aux parents et futurs

parents (Bowen, 2009; Marshall et Rossman, 2011; Maxwell, 2013). L'objectif d'utiliser les techniques des entretiens individuels semi-dirigés vise à engager une conversation avec les participant.e.s, de façon à permettre l'exploration de thèmes en profondeur. Le choix d'avoir voulu guider les entretiens, à un degré modéré (semi-dirigé), répond au souci d'aborder certains thèmes particuliers, tout en octroyant une flexibilité pour en laisser apparaître de nouveaux. Notons toutefois que cette thèse prévoyait initialement mobiliser des entretiens dirigés avec les mères et des entretiens semi-dirigés avec les autres participant.e.s. Ce souhait visait à permettre d'aborder certains thèmes spécifiquement et favoriser une structure aux entretiens. Toutefois, dès les premiers entretiens réalisés lors d'une période pré-test (5 premiers entretiens, inclus à cette thèse), il a été constaté que la formule dirigée avait vite cédé la place à une formule semi-dirigée, qui s'accordait mieux aux objectifs exploratoires de la thèse ainsi qu'au sujet d'étude. De plus, au fil des premiers entretiens avec des mères, les entretiens ont parfois pris pendant certains moments une tournure de récits d'accouchement. Ces récits survenaient généralement à des moments précis des entretiens et concernaient surtout le thème abordé de leur vécu d'accouchement, alors que je demandais aux mères de me parler de leur expérience d'accouchement. À l'apparition de ce thème, les mères partageaient davantage d'information, et mon réflexe de ne pas perturber une confiance qui se bâtissait avec ces dernières m'a conduit à laisser celles-ci parler librement autour de ce thème. Ce laisser-aller a cédé place à de nouvelles questions posées et nouvelles tournures aux entretiens, ainsi qu'au dégagement de thèmes riches. Les entretiens ont également adopté une durée plus longue pour les mères qui souhaitaient partager davantage leur expérience d'accouchement. Malgré certains segments des données qui peuvent ressembler à des récits de vie, notons que ces entretiens ne correspondent toutefois pas à la méthode du récit de vie, car ils ne s'orientent pas principalement autour d'une temporalité d'évènements (réalité historique des participant.e.s) pour décrire, comme premier objectif, des trajectoires de soins (Burrick, 2010). De plus, comme la portion «récit d'accouchement» correspondait à un thème du guide d'entretien, chaque participante avait le choix de ne pas y répondre en se dévoilant trop. Ainsi, la collecte des données ne reposait pas uniquement sur un dévoilement très personnel d'une expérience de vie (Burrick, 2010), puisque l'entretien abordait également différentes dimensions moins personnelles et plutôt réflexives et factuelles (âge, niveau d'éducation, accès aux soins, etc.). La méthode d'entretiens semi-dirigés a également

l'avantage de se réaliser de façon ponctuelle et avec un regard relativement objectif d'investigation, sans impliquer de suivre des participant.e.s sur plusieurs mois pour découvrir leur réalité en la vivant à travers eux/elles (comme l'observation participative) (Savage, 2003). L'entretien semi-dirigé apporte ainsi un équilibre, tout au long de l'entretien, entre une flexibilité d'apparition de thèmes et une direction minimale autour de certains thèmes. Cet équilibre n'aurait pas été facilité par la méthode du récit de vie, car la semi-direction de l'entretien aurait revêtit une place secondaire par rapport à la spontanéité expressément recherchée des échanges (Burrick, 2010).

Quelques entretiens semi-dirigés avec des responsables de la formation de sage-femme ont été également réalisés afin d'approfondir quelques éléments contextuels de la pratique et la formation de sages-femmes au Québec. Cette portion des données est toutefois secondaire, car elle a été utilisée pour permettre une meilleure compréhension de la pratique sage-femme au Québec, ainsi que dans la région de Québec.

Le choix de cibler à la fois des mères et des pères, puis des parents ayant eu recours à une sage-femme et d'autres ayant opté pour un autre type de suivi, repose sur une volonté bien exprimée dans les chapitres 1 et 2 d'adopter une approche de systèmes complexes et d'aborder un point de vue plus large que ceux adoptés précédemment par la littérature, de façon à faire émerger de nouveaux thèmes (El-Sayed et Galea, 2017). La décision de tenir des entretiens individuels, quant à elle, s'appuie sur un souci de laisser chaque acteur s'exprimer librement, sans l'influence de dynamiques de couples enracinées depuis, pour certains, plusieurs années, ou encore chamboulées par la venue d'une récente naissance. De plus, le vécu du père n'étant pas le même que celui de la mère par rapport aux soins, il est préférable de permettre une voix égale à ces deux catégories de participant.e.s. Les entretiens individuels permettent également, de façon générale, de tenir des conversations posées et profondes (Maxwell, 2013). C'est bien ce que je souhaitais créer comme climat de participation pour les parents qui décidaient de prendre part à l'étude, malgré leurs contraintes et obligations quotidiennes : un climat détendu pour pouvoir réfléchir à une expérience qu'ils avaient vécue.

Dans le cadre de la méthode des entretiens individuels dirigés et semi-dirigés, les principales sources de données sont le questionnaire dirigé et le guide d'entretien semi-dirigé, les enregistrements des entretiens au moyen d'un enregistreur vocal (nécessitant l'accord préalable du/de la participant.e) et la prise de notes durant les entretiens.

Les instruments de mesure (Annexe C et Annexe D), ont été développés au préalable, de façon à orienter les entrevues ainsi que les thématiques qui devaient être abordées lors de ces entrevues. Le questionnaire dirigé (pour les entretiens individuels avec les mères) ainsi que les guides d'entretiens semi-dirigés (pour les entretiens avec les pères et les acteurs responsables de la formation sage-femme), ont été développés avec l'aide notamment de conseils du comité de thèse et du superviseur de cette thèse. Afin de tester la validité des instruments (notamment la validité de contenu), le questionnaire et les guides d'entretiens semi-dirigés ont fait l'objet d'ajustements après avoir été utilisés auprès des premières mères et premiers pères sélectionné.e.s comme participant.e.s (Kazi et Khalid, 2012). Les circonstances pour ces ajustements ont été similaires à celles qui ont été reproduites pour la suite de la collecte de données.

Le *feedback* de quelques (5-6) premières mères rencontrées a ainsi été recueilli après les entretiens afin de bonifier le questionnaire et le déroulement général de l'entretien. Des ajustements ont notamment été apportés à l'ordre des questions, leur formulation et leur clarté, puis à la durée de l'entretien (entretiens plus longs qu'initialement prévu). L'avis de ces femmes a également été sollicité par rapport à leur ressenti pendant l'entretien; quelques questions du questionnaire ont ensuite ainsi été ajustées par la suite, notamment en ce qui concerne certaines questions de mises en contexte au tout début de l'entretien (Hurst et al., 2015). À noter que, pour les pères, comme le nombre de participants était relativement petit et comme les questions de la grille d'entretiens ressemblaient à celles posées aux mères, il n'y a pas eu de période de pré-test. Quelques questions de la grille d'entretien ont simplement été modifiées après les deux premiers entretiens réalisés avec les pères. Puis certaines questions ont également été adaptées en fonction du profil des pères, qui était connu globalement avant chaque entretien (permettant donc la préparation de certaines questions personnalisées). Par exemple, un participant à l'étude est marié à une sage-femme;

certaines questions relatives à son vécu différent quant à sa perception de l'approche sage-femme ont ainsi été abordées.

3.2.2 Analyses documentaires

Dans le cadre de l'analyse documentaire des références périnatales, les deux principales sources de données sont des références documentaires officielles circulant dans le réseau public de la santé et ayant été identifiées par les participant.e.s. Cette source de données permet une meilleure compréhension de l'information qui circule relative à la périnatalité au sein des références gouvernementales en la matière. Ainsi, ceci permet également de contextualiser les connaissances et informations accessibles aux parents ainsi que l'influence que ces références documentaires peuvent constituer dans leur utilisation des services d'une sage-femme. La collecte de ces références documentaires s'est réalisée d'abord à travers les entretiens avec les parents, dans lesquels les mères et pères étaient encouragés à partager les différentes ressources qu'ils avaient consultées pendant la période périnatale. Puis, à travers ces ressources, nous avons retenu celles qui présentaient les plus grandes fréquences de consultation parmi les parents ainsi que celles qui étaient remises par les professionnel.le.s de santé, selon des critères d'inclusion qui seront expliqués plus amplement à la section 3.4.2.

3.2.3 Adaptation de la stratégie de recrutement au contexte Covid-19

En raison des contraintes liées aux mesures sanitaires en place durant le déroulement de l'étude, la stratégie de recrutement a été réalisée dans le respect des restrictions sanitaires (Lupton, 2020). Ainsi, le recrutement n'a impliqué aucun contact direct, qu'il s'agisse du recrutement pour les mères, les pères et les membres administratifs. De plus, tous les entretiens se sont déroulés par moyen virtuel (Zoom) afin de satisfaire les changements réguliers autour des restrictions sanitaires. L'analyse documentaire, quant à elle, s'est réalisée sans besoin de recrutement humain.

3.3 POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

3.3.1 Population étudiée : critères d'inclusion et de non-inclusion

La principale population à l'étude – celle visée pour les entretiens individuels – est la population des parents (mère biologique et second parent) de la région de Québec. Rappelons les raisons qui ont permis d'arrêter le choix sur la région de Québec comme étude de cas : 1) la présence de deux maisons de naissance situées dans deux arrondissements et milieux de vie distincts, desservant ainsi la population urbaine et rurale de la région, et permettant une comparaison facile entre deux milieux de vie, 2) le fait qu'il s'agisse de la Capitale-Nationale, ajoutant une signification administrative/symbolique à cette région pour représenter les valeurs de la province de Québec tel que décrites dans la revue de littérature, 3) ma connaissance et proximité géographique du site de la région de Québec, de ses deux maisons de naissance, ainsi que des ressources périnatales offertes aux parents de par mes expériences précédentes de bénévolat et mon parcours personnel.

Précisons également que la région de Québec s'étend sur un territoire divisé en deux régions administratives principales : 1) la Capitale-Nationale, composé de 6 arrondissements et 2) Chaudière-Appalaches, un regroupement de dix municipalités régionales de comté (MRC) (Gouvernement du Québec, 2010). Tout ce territoire a été considéré pour le recrutement, visant à représenter différentes réalités d'habitation (notamment la distinction du milieu rural/urbain et ainsi la distance par rapport à une maison de naissance et un hôpital) au sein de la région de Québec.

En ce qui concerne les mères à l'étude, elles sont toutes âgées de plus de 18 ans, ont accouché entre janvier 2019 et juin 2021 (moment du recrutement) d'un bébé vivant au moment de l'entrevue, parlent français et étaient ouvertes à participer à une démarche d'investigation. Des entretiens individuels ont été réalisés avec ces mères. Cet échantillon est également composé de femmes ayant accouché avec ou sans sage-femme (avec l'aide d'un.e médecin de famille ou obstétricien.ne). L'objectif derrière ce choix d'inclure les deux types de suivi de grossesse/accouchement repose sur la volonté d'approfondir les mécanismes qui sont impliqués dans la décision d'utiliser ou non les services d'une sage-femme, et ainsi de conserver un point de vue large par rapport aux différents

facteurs influençant les choix périnataux. Quant au critère d'inclusion concernant la date de l'accouchement (dans les deux dernières années précédant la collecte de données, soit entre 2019 et 2021), il est basé sur la volonté de limiter les biais relatifs à la mémoire des répondantes ainsi que de recueillir des données représentatives de l'état actuel des soins périnataux au Québec. Une telle période temporelle a permis également de sélectionner à la fois des femmes ayant accouché en dehors du temps pandémique puis pendant la pandémie. Le critère d'inclusion sélectionnant en premier lieu les mères biologiques repose sur le souci de comprendre l'expérience de l'accouchement et l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme premièrement selon le point de vue d'une personne qui accouche. L'exclusion relative au statut de parité non nulle repose sur une volonté de discuter uniquement avec des femmes qui ont déjà accouché et ont ainsi déjà eu à faire un choix en matière de soins. De plus, le choix de ne sélectionner que des femmes ayant au moins un bébé vivant repose sur un souci de ne pas interroger de femmes qui ont perdu leur bébé. Sans négliger le potentiel de charge émotionnelle d'entrevues auprès de femmes ayant perdu un bébé, de tels entretiens auraient pu également comporter un fort biais ; les femmes ayant perdu leur bébé pourraient notamment être demeurées amères par rapport au professionnel.le.s de santé ayant été présent lors de leur accouchement. Aucun critère d'exclusion n'a été utilisé pour exclure les mères ayant plus d'un bébé ; des mères avec plusieurs enfants pouvaient tout autant participer et ont également été recrutées à l'étude. Toutefois les questions et éléments de réponse ayant été utilisés concernaient principalement leur plus récent accouchement. Finalement, seulement des femmes majeures ont été sélectionnées par souci éthique.

En ce qui concerne le second parent sélectionné (père biologique ou autre) pour des entretiens semi-dirigés, la population à l'étude est la population masculine et féminine québécoise, de 18 ans et plus, vivant à Québec, ayant un bébé vivant au moment de l'entrevue et étant né entre 2019 et le moment de l'entretien (juin à août 2021), parlant français et étant ouvert à participer à une démarche d'investigation. Les critères similaires à ceux énoncés pour la population de mères biologiques (voir plus haut) ont également des explications similaires. À la fois femmes et hommes ont été considéré.e.s pour ces entretiens car il s'agissait ici de comprendre le point de vue d'un second

parent par rapport aux services de sage-femme. Toutefois, seulement des pères biologiques ont été recrutés; aucun.e autre second.e conjoint.e n'a manifesté son intérêt à participer.

Par ailleurs, pour ce qui est des entretiens semi-dirigés avec quelques responsables de la formation de sage-femme, ces entretiens ont été réalisés avec une membre du Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) et une membre de la formation de sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Les deux sont également sages-femmes de profession. La population à l'étude impliquée dans cette section de la collecte de données correspondait à la population de responsables de la pratique et de la formation des sages-femmes au Québec. Les participantes ont donc été sélectionnées sur la base qu'elles étaient âgées de plus de 18 ans, parlaient français, étaient intéressées à participer à une démarche d'investigation et remplissaient une fonction administrative importante au RSFQ et/ou au programme de formation de sages-femmes à l'UQTR. Initialement, il était prévu de contacter un.e membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), et cela a été fait. Mais personne n'était disponible au moment de la collecte de données. Je me suis fait conseiller de contacter le RSFQ, qui gère davantage le côté légal/de plaidoyer/militantisme/représentation publique de la pratique sage-femme. J'ai donc contacté le RSFQ à l'adresse générale et ai obtenu une réponse rapidement d'une membre intéressée à participer. L'entretien semi-dirigé a été réalisé avec cette personne.

Finalement, concernant l'analyse documentaire, il a été question d'analyser une partie du discours de santé publique relatif aux soins périnataux et publiés (en circulation) par le biais de références documentaires en périnatalité, et à l'intérieur de l'horizon temporel compris dans les critères d'inclusion (janvier 2019 à août 2021). Ont été considérées quelques ressources documentaires destinées directement à la population en matière de périnatalité que les parents interrogés ont consultées et ont mentionnées lors des entretiens individuels. Ces ressources avaient soit été remises par leur.s professionnel.le.s de santé (gynécologue, médecin de famille, infirmier.e, sage-femme) ou avaient été repérées par les participant.e.s lors de leurs propres recherches documentaires. Les ressources recrutées ont finalement été choisies sur la base de deux critères principaux : 1) en raison de la fréquence d'apparition à travers toutes les ressources documentaires identifiées dans les entretiens par les parents et 2) si la ressource était une ressource

approuvée en tant que ressource officielle par le réseau public de santé. Les autres ressources documentaires ont été considérées, mais n'ont donc pas été sélectionnées.

3.3.2 Recrutement des participant.e.s

La technique d'échantillonnage utilisé pour la conduite des entretiens individuels avec les mères a été de type ciblé (*purposeful sampling*) (Palinkas et al., 2015). L'utilisation de cette méthode d'échantillonnage a permis de cibler des femmes possédant différentes caractéristiques sociodémographiques précises ainsi que différents choix d'approches pour les suivis prénataux et l'accouchement : vivant à la fois en milieu rural et urbain, des femmes ayant accouché avec l'aide d'une sage-femme et avec un.e autre professionnel.le de santé, des femmes présentant des parcours d'éducation différents, des femmes de statuts de parité différents (Palinkas et al., 2015; Morse, 1991).

Les femmes ont ainsi été recrutées via Facebook, essayant de recruter des femmes de différents profils sociodémographiques (Whitaker et al., 2017). Le texte de recrutement a été affiché sur ma principale Facebook personnelle. Elle a ensuite été partagée par certains de mes contacts sur Facebook. Puis j'ai également publié le texte de recrutement sur la page Facebook d'un groupe de mères intitulé *Maman suivi sage-femme Québec*, groupe conseillé par une sage-femme avec laquelle je suis en contact. Puis le recrutement s'est également réalisé grâce à un peu de bouche à oreille dans mon entourage, de la part d'amies qui avaient vu mon texte de recrutement et qui me demandaient la permission pour en parler autour d'elles en partageant mon texte. Je n'ai pas eu besoin d'utiliser une autre formule de recrutement, car un grand nombre de mères ont rapidement manifesté leur intérêt à participer et je jugeais donc qu'assez de femmes pourraient être sélectionnés ainsi.

Une fois les mères recrutées pour l'étude en fonction de leurs différents profils sociodémographiques et de leur type de suivi, il a ensuite été question d'entrer en contact avec les autres parents (catégorie du second parent) qui souhaitaient également participer, selon une méthode 'boule de neige' auprès des conjoint.e.s de ces mères (Baker, 2006). Des entretiens

individuels semi-dirigés ont été réalisés avec les pères (seconds parents). Certaines femmes m'ont également contactée initialement en mentionnant à la fois leur intérêt ainsi que celui de leur conjoint. Dans ces quelques cas et puisque le nombre de mères sélectionnées était déjà élevé et les profils déjà variés, je ne sélectionnais que le conjoint, en leur expliquant pourquoi : en raison du petit nombre de seconds parents participant à l'étude et du déjà grand nombre de mères recrutées. Un écart est tout de même constaté entre le nombre de mères et de pères à l'étude. L'échantillon pour cette étude est ainsi composé de 18 mères (dont 12 ayant eu un suivi avec une sage-femme et 6 ayant eu un suivi avec un.e médecin) et 7 pères (dont 4 ayant eu un suivi avec 3 ayant eu un suivi avec un.e médecin).

L'échantillonnage utilisé pour les entretiens semi-dirigés avec des responsables de l'organisation et la formation sage-femme a également été de type ciblé, de façon à recruter un.e membre du RSFQ ainsi qu'un.e membre de la formation sage-femme à l'UQTR. J'ai contacté le programme de sage-femme en divulguant les objectifs de cette thèse, et une personne s'est manifestée. Elle a donc été sélectionnée pour participer à l'étude. J'ai également contacté directement une ressource du RSFQ, qui s'est portée volontaire pour participer.

À travers toutes les ressources documentaires consultées par les participant.e.s, seulement deux ont été sélectionnées pour les analyses documentaires; il s'agit de deux références ciblées et intégrées au réseau public de la santé (distribuées par les professionnel.le.s de santé lors des suivis de grossesse) et qui sont également celles consultées par la plus grande proportion de parents à l'étude. En approfondissant ces deux ressources documentaires officielles circulant dans le réseau de la santé, il est ainsi question d'explorer indirectement le discours des professionnel.le.s de santé quant aux sages-femmes et, indirectement, l'intégration de la profession de sage-femme dans l'ensemble des soins de santé au Québec. Cette démarche permet également, ultimement, de comprendre davantage les connaissances circulant à propos de l'approche sage-femme dans le discours de santé publique au Québec. De plus, en répertoriant les ressources documentaires consultées de façon générale par les parents québécois retenus à l'étude, il s'agit également de contextualiser (en sollicitant une méthode de collecte de données autre que des entretiens individuels) leur

compréhension et leur perspective par rapport à l'utilisation des services d'une sage-femme. Ces autres ressources seront ainsi considérées à des fins de contextualisation dans l'étude.

3.3.3 Taille d'échantillon

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, elle s'est avérée être d'un total de 27 participant.e.s. L'annexe H présente la division des participant.e.s selon qu'ils ont reçu un suivi principalement avec une sage-femme ou avec un.e autre professionnel.le (un.e médecin de famille, une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et/ou gynécologue/obstétricien.ne). Ainsi, 18 mères ont été sélectionnées pour l'étude, dont 12 mères avec un suivi sage-femme et 6 mères avec un suivi autre. Le nombre supérieur de mères ayant eu recours à un suivi sage-femme n'était pas prédéterminé dans l'échantillonnage ciblé; il s'est présenté en fonction des mères qui se sont intéressées à l'étude et également en fonction d'autres critères considérés pour la diversification des profils de femmes (milieu de vie, domaine d'éducation, statut de parité). 7 pères ont été recrutés, dont 4 ayant reçu un suivi sage-femme et 3 ayant eu recours à un autre type de suivi. Puis nous avons également recruté 2 membres de la profession (issus de l'UQTR et du RSFQ), qui sont deux sages-femmes de formation et remplissant des fonctions administratives importantes relatives à la profession de sage-femme. Les entretiens individuels ont duré, en moyenne, 1 heure 22 minutes. À noter que les détails des suivis médicaux (IPSPL, médecin de famille ou gynécologue) ne sont pas présentés dans ce tableau, car ils impliquent parfois plusieurs ressources et certains changements en cours de suivi pour certains parents. L'Annexe I présente ces détails. Ainsi, la principale distinction que nous conservons pour cette étude est s'il s'agit d'un suivi avec une sage-femme ou un suivi médical.

Le tableau 1 présente les participant.e.s mères et pères, selon leurs caractéristiques sociodémographiques. À noter que le milieu de vie, dans le tableau, est représenté selon l'arrondissement de résidence, pour les participants habitant dans la ville de Québec, puis en municipalités régionales par comté (MRC), pour les participants résidant en périphérie de la ville de Québec. L'utilisation de pseudonymes a été également employé à des fins d'anonymat des participant.e.s. Les pseudonymes des participant.e.s sont de M1 à M18 pour les mères et de P1 à P7 pour les pères, puis de R1 à R2 pour les membres administratifs. Peu de distinctions entre les

parents avec un suivi sage-femme et ceux avec un suivi autre ne sont visibles dans ces pseudonymes; ceci est volontaire, de façon à faire ressortir d'abord les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme, indépendamment du type de suivi que les parents ont effectivement choisi. Cette décision de pseudonymes ne distinguant pas fortement le type de suivi repose également sur le constat, lors des entretiens, que le choix d'un suivi ne reflète parfois pas la volonté d'utilisation, mais plutôt le résultat de barrières à l'accès ou autres facteurs ayant influencé le recours ou le non-recours d'une approche. Ce sont ces facteurs qui devaient ressortir pour cette étude, et non le choix envers le type de suivi. Le 'M' a été choisi comme lettre de pseudonyme pour reprendre le 'M' de 'mère'. Suivant cette même logique, le 'P' a été employé comme lettre de pseudonyme pour les 'pères', compte tenu du fait que seuls des pères se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Une lettre autre aurait été choisie si certain.e.s conjoint.e.s avaient été des femmes. Puis la lettre 'R' a été utilisée pour les membres administratifs, simplement pour faire référence au terme 'responsable', puisque les deux sages-femmes choisies pour cette étude occupent toutes deux des positions de responsabilité administrative par rapport à la profession. Une autre lettre accompagne chaque pseudonyme, soit le 'S' et le 'A'. C'est l'unique distinction qui s'opère entre les deux types de suivis. Les parents ayant reçu un suivi avec une sage-femme ont reçu la lettre 'S' après le 'M' ou le 'P', tandis que les parents ayant reçu un suivi autre ont reçu la lettre 'A'. Ce choix de pseudonyme renseigne ainsi discrètement par rapport au type de suivi.

À titre informatif, voici la répartition des pseudonymes des mères et pères selon le type de suivi reçu par le parent :

- Suivi sage-femme : MS2, MS3, MS4, MS8, MS10, MS11, MS12, MS13, MS15, MS16, MS17, MS18, PS1, PS3, PS4, PS5.
- Suivi autre : MA1, MA5, MA6, MA7, MA9, MA14, PA2, PA6, PA7.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des parents

Pseudonyme de la/du participant.e	Âge	Milieu de vie (arrondissement de Québec et MRC)	Domaine d'éducation	Statut marital	Origine culturelle
MA1	31	Lévis (MRC Lévis)	Fiscalité	Conjointe de fait	Québécoise
MS2	34	Saint-Georges (MRC Beauce-Sartigan)	Nutrition	Conjointe de fait	Québécoise
MS3	31	Cité-Limoilou (Québec)	Biochimie	Conjointe de fait	Québécoise
MS4	38	Montmagny (MRC Montmagny)	Relations publiques/publicité	Mariée	Québécoise
MA5	30	Pont-Rouge (MRC Portneuf)	Psychoéducation	Mariée	Québécoise
MA6	31	Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge (Québec)	Éducation physique / Philanthropie	Conjointe de fait	Québécoise
MA7	31	Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge (Québec)	Sciences de la santé (non précisé)	Conjointe de fait	Québécoise
MS8	30	Cité-Limoilou (Québec)	Travail social	Conjointe de fait	Québécoise
MA9	30	Stoneham-et-Tewkesbury (MRC La Jacques-Cartier)	Administration	Conjointe de fait	Québécoise
MS10	36	Les Rivières (Québec)	Études françaises	Mariée	Québécoise
MS11	28	Haute Saint-Charles (Québec)	Enseignement primaire	Mariée	Québécoise
M_12S	29	Saint-Jean-Port-Joli (MRC l'Islet)	Anthropologie	Conjointe de fait	Québécoise
MS13	31	Charlesbourg (Québec)	Documentation en bibliothèque	Mariée	Québécoise
MA14	34	Charlesbourg (Québec)	Enseignement et études supérieures (doctorat)	Conjointe de fait	Québécoise
MS15	31	Cité-Limoilou (Québec)	Histoire de l'art	Conjointe de fait	Québécoise
MS16	39	Cité-Limoilou (Québec)	Kinésiologie et gestion	Conjointe de fait	Québécoise
MS17	23	Beauport (Québec)	Ressources humaines	Conjointe de fait	Québécoise

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Pseudonyme de la/du participant.e	Âge	Milieu de vie (arrondissement de Québec et MRC)	Domaine d'éducation	Statut marital	Origine culturelle
MS18	31	Cité-Limoilou (Québec)	Éducation physique et études supérieures (doctorat)	Conjointe de fait	Québécoise
PS1	26	Saint-Jean-Port-Joli (MRC l'Islet)	Sciences sociales	Conjoint de fait	Québécoise
PA2	34	Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge (Québec)	Sciences politiques	Conjoint de fait	Québécoise
PS3	28	Haute Saint-Charles (Québec)	Génie mécanique	Marié	Québécoise
PS4	Non précisé dans l'entretien	Cité-Limoilou (Québec)	Génie du bâtiment	Marié	Autre origine culturelle
PS5	29	Cité-Limoilou (Québec)	Droit	Conjoint de fait	Québécoise
PA6	36	Charlesbourg (Québec)	Enseignement en mécanique	Conjoint de fait	Québécoise
PA7	38	Secteur non précisé dans l'entretien (Québec)	Administration/gestion	Conjoint de fait	Québécoise

En fonction des critères d'inclusion pour la sélection des ressources documentaires, 2 ressources documentaires ont été retenues sur un total de 26 ressources documentaires consultées par les participant.e.s à l'étude. Le tableau 2 fait état de toutes les ressources consultées par les parents :

Tableau 2 : Références documentaires et pseudonymes des parents les ayant consultées

Ressources documentaires	Pseudonymes des parents avec suivi sage-femme	Pseudonymes des parents avec suivi avec autre professionnel.le	Occurrences totales des participant.e.s
Guide « Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans »	MS4 MS8 (n'a pas aimé cette référence) MS11 PS3 MS18 PS5 MS15 PS1	MA1 MA5 MA6 MA7 MA9	13
Naître et grandir (site web/infolettre)	MS3 MS8 MS11 PS1 MS15 MS18	MA1 MA5 MA6 MA7 MA9 MA14	12
Livre « Une naissance heureuse » (Auteure : Isabelle Brabant)	MS2 MS3 MS4 MS8 MS13 PS5 MS15 MS16	MA5 MA7 MA14 (n'a pas aimé cette référence)	11
Vidéo « L'arbre et le nid »	MS2 MS8		4

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Ressources documentaires	Pseudonymes des parents avec suivi sage-femme	Pseudonymes des parents avec suivi avec autre professionnel.le	Occurrences totales des participant.e.s
	MS11 MS17		
Cours prénataux et ressources en ligne avec QUANTIK MAMA (Karine Laseva : ancienne sage-femme, herboriste, praticienne libre, <i>midwitch</i>) https://quantikmama.com/a-propos/	MS8 MS11 MS16 MS18		4
Textes concernant la <i>Méthode Bonapace</i> (Auteure : Julie Bonapace)	MS4 PS5 PS1		3
Bande dessinée « La naissance en BD » (Auteure : Lucile Gomez)	MS12 PS1		2
Livre « Soyez l'expert de votre bébé » (Auteure : Mélanie Bilodeau)	MS15 (n'a pas aimé cette référence)	MA14	2
Vidéo « Le premier cri »	MS10		1
Cours de yoga et autres cours en ligne avec Chrysalide https://lachrysalideyoga.com	MS11		1
Cours prénataux avec Bougeotte & Placotine https://www.bougeotteetplacotine.ca		MA9	1
Récits d'accouchement illustrés par une bédéiste :	MS13		1

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Ressources documentaires	Pseudonymes des parents avec suivi sage-femme	Pseudonymes des parents avec suivi avec autre professionnel.le	Occurrences totales des participant.e.s
« Le récit de mon premier accouchement (la version illustrée !) » « La naissance de mon deuxième enfant (la version illustrée !) » (Auteure : Estelle Bachelard, nom d'auteure BACH, publiant notamment sur le site de TPL Moms.)			
Manuel « L'Encyclopédie de la grossesse : toutes les réponses à vos questions » (Auteurs : Collectif de Chandrima Biswas et Al.)		MA7 (n'a pas aimé cette référence)	1
Texte « Ne touchez pas à ma douleur » (Auteure : Isabelle Brabant)	MS16		1
Textes de Michel Odent, obstétricien/chirurgien français (Auteure : Michel Odent)	MS4		1
Différents livres concernant le périnée (Auteure : Bernadette De Gasquet)	MS16		1
Livre « Votre grossesse au jour le jour » (Auteure : Lesley Regan)		MA7	1
Livre « Mes cours prénataux : tout sur la grossesse, l'accouchement et le retour à la maison » (Auteure : Marie Fortier)		MA6	1
Cours prénataux de Marie Fortier		MA7	1

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Ressources documentaires	Pseudonymes des parents avec suivi sage-femme	Pseudonymes des parents avec suivi avec autre professionnel.le	Occurrences totales des participant.e.s
Livre « 75 exercices thérapeutiques pour future maman : prévenir et soulager les douleurs et l'inconfort liés à la grossesse et la période postnatale » (Auteure : Émilie Fecteau)		MA6	1
Livre « Comment on fait les mamans » (Auteure : Stéphanie Deslauriers)	MS15		1
Livre « Devenir père » (Auteurs : Christine Shilte et René Frydman)	PS5 (n'a pas aimé cette référence)		1
Livre « Bien vivre l'allaitement » (Auteure : Annie Desrochers)	MS16		1
Livre « Le guide de la naissance naturelle » (Auteure : Ina May Gaskin)	MS2		1
Émission « Le Pharmacien », épisode ayant abordé un peu la pratique sage-femme.	MS3		1
Émission « Mike Ward » dans laquelle il parle de massage du vagin	MS4 et conjoint		1

Les 2 références documentaires sélectionnées à des fins d'analyse sont donc le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (éditions 2019 et 2021) et du site web *Naître et grandir*. Le *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* est quant à lui un guide pour les parents publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce guide constitue une référence gouvernementale de santé publique officielle (INSPQ, 2022). Ainsi, en fonction des critères d'inclusion de l'échantillon (2019 à 2021), deux éditions de ce guide, parues à l'intérieur de cette période temporelle, ont été sélectionnées aux fins d'analyses. Pour ce qui est de *Naître et grandir* (Fondation Chagnon, 2022), il s'agit d'une ressource principalement web, disponible directement en ligne ou sous le format d'infolettres hebdomadaires, ainsi que par des magazines périodiques imprimés 9 fois par années et disponibles dans différents organismes communautaires et organismes du réseau de la santé au Québec (Fondation Chagnon, 2022). *Naître et grandir* est financée par la Fondation Lucie et André Chagnon, une association à but non lucratif destinée à des fins éducatives pour les parents (Fondation Chagnon, 2022). Les autres ressources consultées par les participant.e.s de cette étude ont été présentées et intégrées aux éléments de discussion de la thèse.

Pour cette recherche, c'est le critère de saturation empirique qui a été employé pour déterminer de la taille de l'échantillon, soit une situation déterminée lorsque le chercheur observe une récurrence grandissante de thèmes au fil des entretiens (Mason, 2010). Une telle recherche de saturation a été réalisée en deux temps, soit au moment du recrutement, avec la diversification consciente des participant.e.s pour les parents recrutés à l'étude (Pires, 1997), et au fil des entretiens, lorsque je constatais que les thèmes abordés, y compris les nouveaux thèmes, commençaient à se répéter sans en générer de nouveaux (Fusch et Ness, 2015). Ainsi, c'est un équilibre ressenti entre la quantité des participant.e.s et la qualité (profondeur) des entretiens qui a permis d'arrêter l'échantillon au nombre de 27 participant.e.s (Fusch et Ness, 2015). Par principe de diversification, on entend ici le critère de sélection des participant.e.s qui permet d'obtenir des perspectives variées sur des questions identiques, soit à l'intérieur d'un même groupe ou entre plusieurs groupes (Pires, 1997). Cette diversification a ainsi guidé l'échantillonnage, car y ont été inclus.e.s des mères et pères aux profils variés, principalement concernant les milieux de vie et les types de suivis de

grossesse/accouchement. Les différents profils des participant.e.s pour les entretiens individuels sont détaillés à travers le thème des 'facteurs sociodémographiques' dans le chapitre 5 présentant les résultats de l'étude. En ce qui concerne les membres administratifs, puisque la collecte des données les impliquant était secondaire à l'étude, l'échantillon ciblé de deux participantes ne permet possiblement pas saturation des données, mais elle rend néanmoins possible l'accès à des informations ciblées qui nous intéressaient pour cette étude.

3.4 COLLECTE DES DONNÉES

Des entretiens individuels dirigés ont été réalisés avec des femmes québécoises dans la région de Québec et en périphérie (comté de Portneuf, ville de Lévis, autres municipalités à l'extérieur de la ville), entre mi-juin 2021 et fin août 2021.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de pères selon une méthode de boule de neige (technique de recrutement mentionnée en point 3.2.2). Les entretiens avec les pères ont été conduits une fois la vague d'entretiens avec les mères terminée, également via Zoom. Un père, qui n'était pas disponible pendant la période de collecte de données, a rempli la grille de questions par lui-même et me l'a retournée. Cette grille a été considérée et analysée au même titre que le matériel des autres entretiens.

Les entretiens individuels semi-dirigés avec les membres administratifs se sont déroulés via Zoom. Ils ont permis de mieux contextualiser notamment le contexte structurel de l'offre de services de sage-femme au Québec et ainsi, dans la région de Québec.

3.4.1 Consentement éclairé

Le consentement libre et éclairé de chaque participant.e a été obtenu au préalable avant chaque entretien via la signature d'un formulaire de consentement (Annexe F). Comme les entretiens devaient être réalisés de façon virtuelle (Zoom), les participant.e.s ont reçu le formulaire par courriel avant l'entretien et l'ont retourné complété et signé par courriel avant l'entretien.

Pour ce qui est du consentement à l'enregistrement, plusieurs participant.e.s ont omis de répondre à cette question lors de la signature de leur formulaire de consentement (souvent, la raison est qu'ils ne remarquaient pas cette case), alors j'ai pris le temps de demander le consentement verbal pour l'enregistrement au début de chaque entretien Zoom et d'expliquer le contexte d'enregistrement avec chaque participant. Ainsi, chaque entretien Zoom a démarré après l'obtention verbale du consentement à l'enregistrement, et ce, pour chaque participant.e.

3.5 QUALITÉ DES DONNÉES : FORCES ET LIMITES DES DONNÉES RECUEILLIES

3.5.1 Forces des données

Comme il s'agit d'une étude exploratoire tentant de faire ressortir des facteurs qui n'ont potentiellement pas été explorés par des recherches antérieures, la qualité des données a été favorisée par l'utilisation d'un devis qualitatif à partir de deux méthodes de collecte de données, ainsi que par l'utilisation d'un processus méthodologique favorisant la fiabilité des données recueillies. Ainsi, le devis qualitatif permet d'adopter un angle d'approche large par rapport à l'exploration des facteurs qui facilitent ou entravent l'utilisation des services de sage-femme dans la région de Québec, de façon à étendre les connaissances à ce sujet. De plus, comme les participant.es ont été sélectionnées via réseaux sociaux et provenant de différents milieux, les données comportent une richesse quant à l'étendue des thèmes dégagés dans les entretiens. Une autre force potentielle de l'étude est ma propre position objective en tant que chercheuse, en raison du fait notamment que je n'ai pas vécu de grossesse, ni d'accouchement. Ma position subjective relative à d'autres facettes de la recherche a tout de même été prise en considération (par exemple, être une femme), toutefois, cette possibilité d'envisager et d'aborder le phénomène étudié sans lien trop émotionnel direct m'y rattachant m'a permis une potentielle plus grande réceptivité du point de vue des participant.e.s, sans les confondre au mien. Il demeure tout de même que chaque chercheur possède des limites interprétatives par rapport à la réalité approfondie, qui sont à prendre en considération dans l'analyse et la présentation des résultats approfondie (Maxwell, 2013). En ce qui concerne la validité interne, influencée par l'interprétation des données, la rigueur de ces

interprétations a donc été d'une part renforcée par l'utilisation de deux méthodes de collecte (entretiens individuels et analyse documentaire) et sources de données (deux catégories principales de participant.e.s, puis des documents de références) pour répondre à un même objectif de recherche (Guba et Lincoln, 1981; Maxwell, 2013). Des enregistrements et la prise de notes dans un journal de bord ont accompagné les entrevues individuelles, avec la permission des participant(e)s, de façon à donner accès à une plus grande richesse de données (Maxwell, 2013). L'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative Nvivo (v12) a également permis de maintenir une chaîne de transparence (*transparency path*) au cours de la codification (Guba et Lincoln, 1981). La fiabilité (congruence) a été évaluée à travers un processus de triangulation, impliquant deux chercheuses pour l'analyse ainsi que la validation des thèmes auprès de certaines participantes de l'étude, puis la triangulation des méthodes de données entre les entretiens individuels et l'analyse documentaire (Guba et Lincoln, 1981).

3.5.2 Limites des données

Les limites de l'étude concernent ainsi notamment le biais encouru par mon interprétation subjective, de laquelle il est difficile de s'extraire en tant que chercheuse, ainsi que par le phénomène de réactivité encouru par mon influence potentielle sur les participant.e.s pendant les entretiens (Maxwell, 2013). Les critères de confirmabilité et de crédibilité, de Guba et Lincoln (1981, cité dans Proulx, 2019), ont été notamment adoptés ici également pour limiter la présence du phénomène de réactivité. Concernant le critère de confirmabilité et pour limiter la réactivité dans les entretiens, j'ai essayé de me distancer personnellement des thèmes abordés, de façon à tenter de comprendre les réalités des parents, sans faire de parallèle avec ma propre réalité ou sans poser des questions stimulées par une réaction aux propos des participant.e.s (Proulx, 2019). Ce point de vue relativement objectif a été plutôt facilité par le fait que je n'ai personnellement pas vécu d'expérience d'accouchement et de soins périnataux. Pour favoriser le critère de crédibilité et limiter mon interprétation subjective des résultats, j'ai validé régulièrement, pendant les entretiens, les propos des participant.e.s en demandant notamment de reformuler, préciser, ou en demandant si mon interprétation était adéquate (Proulx, 2019). J'ai également validé quelques résultats auprès de participant.e.s qui avaient manifesté un intérêt à cet effet (Proulx, 2019).

Un autre biais est celui de sélection en ce qui concerne le recrutement des responsables de la formation sage-femme. Puisque les participant.e.s ont été recruté.e.s parmi des membres du RSFQ ainsi que de la formation à Trois-Rivières (UQTR), il est possible que ces membres aient un regard biaisé et organisationnel par rapport à la formation sage-femme. Afin de contourner ce biais, le guide d'entretien a prévu d'aborder directement quelques questions en lien avec les enjeux de formation, les enjeux de pratique, puis les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des soins. Finalement, un biais de sélection plus large a été encouru par le choix d'une technique d'échantillonnage ciblé, mis de l'avant par la littérature comme permettant difficilement une représentativité de la population (ici, du cas de la région de Québec) choisi (Andrade, 2021; Statistique Canada, 2021b). Un tel biais est visible notamment par les profils culturels des parents choisis pour l'étude. Même si ces dernier.e.s présentent des profils variés aux niveaux socio-économique, de milieu de vie, d'emploi, de parcours d'éducation et de choix concernant le type de suivi et le lieu d'accouchement, il demeure important de spécifier que la quasi-totalité des participant.e.s à l'étude sont issus de la culture québécoise, sont blancs/blanches, et ont grandi au Québec. Un seul participant est issu d'une culture différente. Ceci constitue une limite du point de vue de certains facteurs influençant l'utilisation des services d'une sage-femme, notamment potentiellement ceux relatifs aux croyances entourant la grossesse et l'accouchement ainsi que la gestion thérapeutique de la maternité de façon plus générale. Ce biais de sélection engendre une potentielle limite quant à la représentativité de l'échantillon par rapport au cas à l'étude (Dufour-Turbis et Hamelin-Brabant, 2019; Statistique Canada, 2021b). Cette limite demeure hypothétique, supposant le caractère multiculturel de la région de Québec. Toutefois, les références permettant d'appuyer ce caractère multiculturel, si elles sont abondantes à propos de la province de Québec, sont limitées concernant la région. Certains secteurs de la ville de Québec ont été remarqués dernièrement par leur évolution multiculturelle (Porter, 2017), sans que ce caractère ne soit appliquée à l'ensemble de la région. Nous supposons donc une faible représentativité du caractère culturel global de la région de Québec par l'échantillon choisi.

Par ailleurs, comme il s'agit d'une étude qualitative, le souci de représentativité, bien qu'important pour la généralisation des résultats au cas à l'étude, ne constitue pas un critère méthodologique

central du devis choisi (Coenen-Huther, 2003). Ainsi, une non-représentativité représente une limite notable de cette étude, toutefois elle n'en réduit pas radicalement pour autant sa valeur méthodologique (Coenen-Huther, 2003). Il s'agit de prendre cette limite en considération dans l'interprétation des résultats ainsi que toute tentative d'appliquer ceux-ci à un autre contexte culturel; en cela, la validité externe des résultats est donc également influencée par cette homogénéité des profils culturels, puisqu'elle limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes culturels.

De plus, toujours concernant les profils des participant.e.s, puisque tous les seconds parents sélectionnés sont des pères, l'étude est limitée quant à la diversification des thèmes qui auraient pu ressortir si l'échantillon avait inclus des couples de même sexe (sexe féminin, puisqu'au moins une femme devait être interrogée dans la catégorie des mères biologiques). L'interprétation des résultats a donc pris en considération ces limites.

3.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'approbation éthique de l'Université d'Ottawa (Comité d'Éthique de la Recherche) a été obtenue le 21 décembre 2020, (# de dossier H-11-20-6332), soit au préalable de la réalisation de cette recherche, dont la collecte de données a débuté en juin 2021. Le certificat de cette approbation se retrouve en Annexe A. Une extension de cette approbation a également été obtenue en décembre 2021 pour permettre la validation de certains résultats par des participantes en janvier 2022. Cette recherche est guidée par les principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains, qui établit les principes à suivre en matière de recherche, dont le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice. Les autres considérations éthiques, comme le respect de la vie privée et la confidentialité, ont été respectées tout au long du processus de recherche et lors de l'analyse des résultats.

En ce sens, toutes les données numériques recueillies dans cette étude sont conservées à mon domicile, sur mon ordinateur personnel, muni d'un mot de passe. Les seules données sous format

papier consistant en un journal de bord utilisé pendant la collecte de données; ce journal de bord est également conservé à domicile. Je suis la seule personne à y avoir accès.

De plus, tout le matériel numérique se retrouve sur mon ordinateur personnel (ordinateur utilisé pour la transcription et l'analyse des données) et ce depuis le début des étapes conduisant aux analyses et à la rédaction du rapport. Les informations personnelles des participant.e.s ont été anonymisées au moyen d'un code (combinaison de lettre et chiffre) attribué à chaque entretien. Dans tous les tableaux ainsi que tout lieu de présentation de résultats, l'utilisation de pseudonymes a été également employé à des fins d'anonymat des participant.e.s. Ainsi seront utilisés des codes allant de M1 à M18 pour les mères et de P1 à P7 pour les pères, puis de R1 à R2 pour les membres administratifs. Aucune distinction entre les parents avec un suivi sage-femme et ceux avec un suivi autre n'est visible dans ces pseudonymes; ceci est volontaire, de façon à faire ressortir les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme, indépendamment du choix que les parents ont effectivement fait.

De plus, concernant les membres administratifs, puisqu'il n'y a qu'un seul programme de formation de sage-femme au Québec et puisque les responsables du Regroupement Les Sages-femmes du Québec se connaissent possiblement, il est difficile d'extraire la possibilité que les rôles et expertises de certain.e.s participant.e.s responsables de la formation sage-femme (professeurs, membres de l'administration et responsables de l'OSFQ) puissent être reconnus malgré l'anonymat de ces réponses. Pour limiter les inconvénients, les participant.e.s recruté.e.s pour cette section ont été avertis du risque potentiel et l'anonymat a bien entendu été respecté. De plus, les rôles et fonctions précis des participant.e.s ne seront pas présentés dans les résultats, ni à tout autre endroit dans ce rapport. Les données les plus sensibles relatives aux enjeux politiques et structurels du programme de formation et des conditions de pratique n'ont pas été incluses dans la présentation des résultats et ont plutôt été utilisées dans le chapitre 1 pour mieux réfléchir la contextualisation de la problématique.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES DONNÉES

4.1 TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

D'une part les données provenant de chaque source de données ont été transcrites. La transcription a fait l'objet de transcription intégrale (verbatim) pour les pères (sauf deux dont la durée d'entretien était de deux heures ou plus, qui ont fait l'objet de transcriptions partielles) et les membres institutionnels, puis de transcriptions partielles accompagnées de notes d'observation pour les entretiens avec les mères (Halcomb et Davidson, 2006; Lester et al., 2020; McLellan et al., 2003). J'ai ensuite relu toutes les transcriptions pour vérification de la conformité avec les guides d'entrevue.

La raison pour ces transcriptions partielles est simple : la longue durée des entretiens avec les mères. Ces derniers, malgré la formule d'entretien dirigé choisie au préalable, ont à plusieurs reprises pris une tournure de conversation libre, de confidences, de partage. Je me suis adaptée à ce que j'identifiais comme le besoin de beaucoup de mères de parler de leur expérience librement, sans trop de cadres, d'interruptions. J'ai donc laissé libre cours à leurs pensées, en prenant quelques notes, et en dirigeant tout de même régulièrement la conversation vers les thèmes que je souhaitais aborder. Lors des transcriptions partielles des fichiers audio, j'ai pu entamer l'analyse en optant déjà pour un triage dans l'information et en résumant plusieurs propos en ne transcrivant intégralement que les passages qui répondaient plus spécifiquement aux objectifs de recherche ainsi qu'à l'arbre de codes initial. J'ai toutefois porté une attention particulière aux informations qui répondaient aux objectifs de recherche mais qui débordaient tout de même du modèle théorique initial, laissant sa place à l'induction analytique. Ces informations ont ainsi permis l'élaboration de nouveaux codes selon cette approche inductive qui sera maintenant plus amplement décrite.

4.2 CODIFICATION ET ARBRE DE CODES

La méthode de codification et d'analyse des données employée dans cette recherche est ainsi inductive. Le modèle conceptuel servant de balises globales pour l'exploration des codes est celui

du *Framework for the Study of Access* (Thiessen et al., 2016). Cinq catégories de codes préalables ainsi que certains facteurs, issus du modèle théorique qui servait de balise pour cette recherche, étaient déterminés au début de la collecte des données. Rappelons ces catégories initiales : 1) le contexte macro, 2) les composantes d'influence, 3) l'utilisation des services de santé, 4) les caractéristiques du système de santé quant à l'offre de services de sage-femme, et 5) les caractéristiques des parents qui utilisent des services périnataux.

Ces grandes catégories ont permis notamment de structurer les grilles d'entretien vers des thèmes à aborder, ainsi que la transcription des données. Toutefois, lors des transcriptions des données et puis leur codification via NVivo, c'est d'abord par induction que les codes ont été élaborés. J'ai d'abord validé que les codes du modèle initial pouvaient effectivement être utilisés pour structurer la classification des données recueillies, puis j'ai laissé les nouveaux codes émerger de façon à laisser un espace aux données pour parler d'elles-mêmes. Ainsi, aux catégories de codes initiaux déterminés par le modèle théorique ont été ajoutées de nouveaux codes qui ont émergé, soit les suivants : 1-les connaissances/information et 2-le contexte sanitaire au moment de la prise de décision. Voici le tableau 3 présentant l'arbre à codes et comprenant les codes initiaux tirés du modèle théorique appuyant cette recherche puis les nouveaux codes (précédés du symbole +) issus des données recueillies. Les codes seront présentés plus en amplement au chapitre 5.

À noter qu'une codification un peu différente a été utilisée pour les entretiens avec les membres administratifs; cela reflète les différences de questions et thèmes abordés dans la grille d'entretien pour cette catégorie de participant.e.s. Les transcriptions des entretiens avec les mères et les pères ont fait l'objet, quant à elles, d'une codification identique (codes identiques utilisés). Comme le volet des membres administratifs servira de complément aux résultats recueillis auprès des parents de la région de Québec (catégorie principale de participant.e.s), l'arbre de codes final de cette thèse repose ainsi uniquement sur la codification des entretiens avec les mères et pères. Les codes issus des membres seront également présentés dans la section des résultats et seront également abordés dans la discussion.

Tableau 3 : Arbre de codes des facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec

Catégories et codes	Description du code	Occurrence des références à ce code dans les entretiens	Nombre de participant.e.s ayant fait référence à ce code
<p>Utilisation des services :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accompagnement 2. Lieu d'accouchement 3. Vécu expérientiel des soins/services 4. Approche des soins 5. Le choix 6. Temporalité 7. Le postnatal 8. Suivi sage-femme 9. Suivi médical 10. La bulle 11. Les interventions 12. L'équipe 	<p>Facteurs influençant le vécu des services reçus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'accompagnement reçu par la femme pendant ses suivis et son accouchement et le rôle de cette/ces personne.s (ou la/les personne.s que la femme aurait souhaité avoir près d'elle). 2. Lieu d'accouchement (hôpital, maison de naissance, domicile). 3. Perception positive ou négative par rapport aux services reçus. 4. Description de l'approche reçue à travers les soins. Il s'agit à la fois de l'approche du/de la professionnel.le de santé (personnalisée / standardisée, présence de jugement ou non) ou encore de la continuité ou non des soins. 5. Place du choix du parent dans les soins/services reçus. 6. Tout élément relié au temps dans l'expérience de l'accouchement (durée, manquer de temps, prendre le temps). 7. Tout élément lié aux soins postnataux. 8. Avoir reçu un suivi sage-femme. 9. Avoir reçu un suivi médical (médecin de famille, gynécologue/obstétricien.ne). 10. Le concept de la bulle à travers les soins reçus (possibilité ou non de créer une bulle intime, importance de la bulle). 11. Interventions reçues (chirurgicales ou autres). 12. Faire équipe avec le/la professionnel.le de santé ou la perception que les professionnel.le.s font équipe. 	1 082	25

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Catégories et codes	Description du code	Occurrence des références à ce code dans les entretiens	Nombre de participant.e.s ayant fait référence à ce code
13. Impacts négatifs des conditions de travail 14. Transfert des soins 15. Déplacements/centralisation des soins 16. Conscience de soi 17. Lien avec le bébé 18. Fonctionnement des suivis	13. Impacts négatifs des conditions de travail des professionnel.le.s sur les soins reçus. 14. Vécu d'un transfert de soins. 15. Déplacements autour des soins versus obtenir des soins sans devoir se déplacer. 16. Le vécu des soins relevant d'un travail personnel à traverser et/ou d'une conscience de soi (réparation d'un traumatisme, affirmation de limites personnelles, sentiment d'échec/réussite) Lien entre un traumatisme précédent et les soins reçus. 17. Lien entre l'accouchement et la relation avec le bébé. 18. Logistiques des suivis.		
Composantes d'influence : 1. Communauté 2. Idéologies 3. Facteurs environnementaux 4. Accès à la sage-femme 5. L'émotif	Facteurs influençant les décisions de recours aux soins avant le début des suivis. 1. Influence de la communauté sociale (l'entourage et la relation de couple) sur les décisions périnatales. 2. Valeurs/idéologies parentales autour de la maternité et de la famille. 3. Facteurs environnementaux influençant les décisions concernant les suivis (météo, proximité des services, etc.) 4. Critères d'accès à une sage-femme (liste d'attente, grossesse normale, etc.) perçus/anticipés par les parents. 5. Les facteurs de l'ordre émotif/sentimental qui influencent les parents dans leurs décisions périnatales (peurs, stress, culpabilité, sécurité perçue, connaissance du professionnel, préférences personnelles, etc.).	638	25

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Catégories et codes	Description du code	Occurrence des références à ce code dans les entretiens	Nombre de participant.e.s ayant fait référence à ce code
6. La préparation 7. Lieu d'accouchement souhaité 8. Proactivité 9. Lien avec médecin de famille 10. Moins d'interventions 11. Réflexe vers le médical 12. Expérience du professionnel 13. Ne pas considérer approche sage-femme 14. Risques vs bénéfices	6. Place de la préparation dans les décisions concernant les suivis (l'influence de la préparation, notamment le plan de naissance, lectures, etc.). 7. Lieu souhaité pour l'accouchement (domicile, hôpital, maison de naissance). 8. Attitude du parent dans sa préparation autour de la maternité (mode proactif/mode réception-passif). 9. Lien avec médecin de famille influençant les décisions. 10. Vouloir le moins d'interventions possible autour des suivis et de l'accouchement. 11. Réflexe de se diriger vers un.e médecin de famille ou gynécologue dès le début des suivis. 12. Vouloir un.e professionnel.le expérimenté (nombre de suivis et/ou expérience personnelle d'une grossesse et d'un accouchement). 13. Ne pas avoir considéré l'approche sage-femme sans raisons précises. 14. Décisions concernant le suivi selon une approche risques versus bénéfices.		

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Catégories et codes	Description du code	Occurrence des références à ce code dans les entretiens	Nombre de participant.e.s ayant fait référence à ce code
<p>Caractéristiques des parents* :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facteurs socio-démographiques 2. Profil de la grossesse 3. Antécédents médicaux 4. Grossesse de la mère de la femme 5. Bébé/enfant avec besoins spéciaux 	<p>Caractéristiques des parents, comprenant leur éducation (profil), leur âge, statut civil, emploi, parité, antécédents médicaux et profil de la grossesse.</p> <p>*À noter que ce code est ressorti uniquement pour les entretiens avec les mères et pères (et non avec les membres administratifs).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques sociodémographiques des parents. 2. Profil de la grossesse (planifiée, surprise, difficile, etc.) 3. Historique médical pertinent ayant pu influencer le recours aux soins (fausse couche, expérience hospitalière, etc.) 4. Profil de la grossesse de la mère de la participante (ex : historique de prééclampsie, etc.). 5. Le parent avait déjà un bébé ou bébé avec des besoins particuliers. 	346	25
<p>Contexte macro :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contexte politique 2. Contexte juridique 3. Contexte socio-historique 4. Services gouvernementaux 	<p>Contexte pouvant influencer le vécu des soins/suivis entourant la période périnatale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Éléments contextuels politiques autour de la périnatalité (politique de périnatalité, agenda politique, etc.). 2. Cadres juridiques autour de la périnatalité (champs de compétences des professions, etc.). 3. Éléments contextuels socio-historiques entourant les conditions de pratique sage-femme. 4. Services gouvernementaux offerts pour les parents (congés parentaux, etc.). 	214	25

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Catégories et codes	Description du code	Occurrence des références à ce code dans les entretiens	Nombre de participant.e.s ayant fait référence à ce code
Caractéristiques du système de santé : <ol style="list-style-type: none"> 1. Interactions interprofessionnelles 2. Portrait des soins 3. Système de santé québécois 4. Intérêts et droits en jeu 5. Développement de services 	Caractéristiques du système de santé, tel que perçu par les parents. <ol style="list-style-type: none"> 1. Perceptions des parents quant aux interactions entre professionnel.le.s (compétition, collaboration, complémentarité, etc.). 2. Description de différents aspects des soins de santé (accès, qualité, aspect financier, soins manquants, logistiques de rendez-vous, etc.). 3. Différentes particularités du système de santé québécois (comparaison avec d'autres modèles (France, etc.), milieu hospitalier, cultures de soins, etc.). 4. Relations entre différents intérêts dans les soins octroyés (professionnel.le.s, patient.e.s). 5. Développement de points de services sage-femme (maisons de naissance, autres). 	213	24
+Connaissances – informations en matière de périnatalité : <ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibilité/circulation de l'information 2. Communauté informatrice 3. Inconnu / connu 4. Culture populaire 	Connaissances des parents relatives à la période périnatale ainsi que les caractéristiques de l'information étant disponible à ce sujet. <ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibilité/circulation de l'information autour de la périnatalité pour les parents. 2. Circulation d'information au sein de la communauté qui entoure les parents. 3. Informations qui sont connues ou inconnues pour les parents (relatives aux soins/services, à la maternité de façon générale, etc.) 4. Représentation de l'approche sage-femme et de l'accouchement dans la culture populaire (arts, médias). 	210	24

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Catégories et codes	Description du code	Occurrence des références à ce code dans les entretiens	Nombre de participant.e.s ayant fait référence à ce code
<p>+Contexte sanitaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impacts sur soins 2. Impacts sur emploi 3. Impacts sur décisions périnatale/de conception 4. Impacts sur le social 	<p>Contexte sanitaire au moment de la recherche (contexte de crise sanitaire).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impacts du contexte sanitaire sur les soins reçus. 2. Impacts du contexte sanitaire sur les conditions d'emploi des parents. 3. Impacts du contexte sanitaire sur différentes décisions autour de la conception d'un enfant ainsi que les décisions périnatales qui en découlent. 4. Impacts du contexte sanitaire sur la dimension sociale des soins et de la santé : les possibilités d'accompagnement de la mère lors des suivis et de l'accouchement et la présence sociale (communauté) autour des parents. 	84	21

La codification des transcriptions a été réalisée avec l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo (version 12) ainsi que l'aide d'une seconde chercheuse qui a été sollicitée pour valider la codification sur un échantillon des données (3 entretiens sur 27). Cette portion des données a été sélectionnée pour représenter les trois types de participants, soit les mères, les pères et les membres administratifs. Une transcription pour chaque type de participant a ainsi été partagée avec la seconde chercheuse pour la validation de la codification ayant été entamée sur ces entretiens. Par la suite, une fois la validation obtenue, la codification a été ajustée puis complétée sur l'ensemble des transcriptions. Les analyses ont permis la structuration de codes et de catégories de codes, dont deux codes constituaient des ajouts au modèle théorique de référence pour cette étude, soit les connaissances/informations et le contexte sanitaire (Thiessen et al., 2016).

4.3 DÉROULEMENT DES ANALYSES THÉMATIQUES

L'analyse thématique s'est donc réalisée en cinq étapes principales, impliquant : 1) la lecture et l'immersion dans les données, 2) l'élaboration de codes initiaux (codification) et la validation par un chercheur externe, 3) la recherche de thèmes, 4) la révision des thèmes potentiels et 5) la structuration finale des thèmes en catégories selon une approche inductive (Javadi et Zarea, 2016; Vaismoradi et al., 2016, 2019). Concrètement, cela s'est traduit par 1) une première élaboration d'un arbre de codes, selon une approche inductive, incluant les codes initiaux ainsi que des nouveaux à partir des transcriptions via NVivo, puis 2) la validation de cet arbre de codes par une chercheuse externe à partir d'une portion des données (3 transcriptions sur 27), 3) la poursuite des codifications en ajustant les codes en fonction des suggestions reçues de la seconde chercheuse, 4) la révision de l'arbre de codes final par une seconde codification sur certaines transcriptions ou certains segments de transcriptions et 5) l'élaboration de l'arbre de codes final.

4.4 DÉROULEMENT DES ANALYSES DOCUMENTAIRES

Rappelons que deux références ont été retenues aux fins d'analyses documentaires, soit le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (éditions 2019 et 2021) et le site web *Naître et grandir*. Concernant le guide *Mieux vivre*, en parcourant le site de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (INSPQ, 2022), qui est l'éditeur du guide dont il est question, j'ai constaté que l'édition 2020 du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* était accessible uniquement par sections, et que les deux documents principaux accessibles entièrement étaient ceux des éditions de 2019 et de 2021. La raison semble être que la version de 2020 a fait l'objet de modifications plus importantes dans certaines sections que d'autres, et ainsi les différentes sections du guide ont été rendues accessibles de façon séparée afin de mieux cibler les modifications. Par souci de pertinence et de faisabilité, j'ai donc décidé d'analyser les deux éditions complètes principales, soit celle de 2019 et de 2021, et de comparer les changements de références à l'approche sage-femme entre ces deux années, qui entourent la période de recrutement des participant.e.s de cette thèse (Doré et Le Hénaff 2019, 2021). La recherche de discours relatifs à la sage-femme a été réalisée grâce utilisé aux mots-clés : *sage-femme* et *sages-femmes*. L'analyse documentaire principale a été conduite via NVivo. Les deux documents PDF ont été importés puis toutes les références à l'approche sage-femme ont été codifiées selon qu'elles appartenaient à l'édition 2019 ou 2021. Les analyses NVivo font ressortir un total de 27 mentions de l'approche sage-femme pour l'édition de 2019 et un total de 29 mentions pour l'édition de 2021.

La stratégie d'analyse du site de *Naître et grandir* s'est d'abord entamée par la sélection du contenu à analyser. Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser uniquement le contenu accessible via la page principale du site web (et non à travers les infolettres), puisqu'il s'agit du format consulté majoritairement par les parents à cette étude. Il s'agit également du lieu de jonction de toutes les informations disponibles via la ressource *Naître et grandir*. Le site web présente donc le contenu de base en cinq onglets principaux : 1) Grossesse, 2) 0 à 12

mois, 3) 1 à 3 ans, 4) 3 à 5 ans et 5) 5 à 8 ans (Fondation Chagnon, 2022). Ces cinq onglets sont ensuite divisés en sous-onglets (Fondation Chagnon, 2022). Certaines informations sont également divulguées à travers quatre sections, soit « Dossiers », « Actualités », « De A à Z » et « Infolettre » (Fondation Chagnon, 2022). Une section individuelle « Santé » comprend également certaines informations, tout comme une zone intitulée « Chroniques ». Une recherche par mots-clés (*sage-femme* et *sages-femmes*) a été effectuée sur le moteur de recherche de la page principale, ce qui a permis de faire ressortir toutes les mentions relative à l'approche sage-femme, pour un total initial d'environ 301 résultats sur la page de *Naître et grandir* pour une recherche avec le mot-clé «sage-femme», puis un total de 371 pour une recherche avec le mot-clé «sages-femmes» (pluriel). Ont été exclus les articles/dossiers qui ne comportaient que le mot «femme(s)» ou «sage(s)». Ont été retenus les articles/dossiers qui comportaient le mot «sage-femme», au singulier et pluriel, qui concernaient les années ciblées par les critères d'inclusion, soit de 2019 en date du 11 janvier 2022, et qui répondaient à l'objectif de recherche, soit de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec. Ainsi, pour cette ressource documentaire, quelques mois de plus que ceux prévus dans les critères d'inclusion (2019 à août 2021) ont été considérés pour la sélection des données, car il était pratiquement impossible de déterminer si certains contenus (à l'exception des articles de presse présents sur le site) avaient été publiés sur le site avant ou après août 2021.

Les deux références ont également fait l'objet d'un autre type d'analyse, soit une analyse du contenu, autour du concept de la gestion du risque, ainsi qu'une analyse de la temporalité associée à ces références. Les constats seront présentés dans le chapitre 5.

4.5 TRIANGULATION DES DONNÉES

La triangulation des données est considérée comme une méthode à prioriser pour faciliter la validité des résultats obtenus lors d'une étude de cas (Anadón, 2006). Les données

provenant des deux méthodes de collecte de données (entretiens individuels et analyse documentaire) ont donc été mises en relation en comparant les thèmes ressortis pour les deux catégories de participants (parents et membres administratifs). Ainsi, nous avons encré la triangulation dans les principaux résultats issus des entretiens avec les parents, puis avons comparé ces résultats avec ceux obtenus avec les membres administratifs; ceci a permis de renforcer certains constats obtenus à travers le point de vue des parents, ou plutôt en apporter des nuances ou des éléments explicatifs. Finalement, les constats issus de l'analyse documentaire, quant à la place de l'approche de la sage-femme au sein de références gouvernementales, ont permis une contextualisation du point de vue des parents, en offrant quelques pistes de réflexion quant au rôle des informations divulguées sur le recours aux soins.

Le processus de triangulation s'est également appliqué à d'autres étapes, impliquant notamment la collaboration avec une seconde chercheuse (triangulation des chercheuses), tel qu'il a été mentionné précédemment, pour la réalisation des analyses thématiques (validation du codage initial, limitant les biais d'interprétation). Cette chercheuse a été suggérée par mon directeur de thèse; il s'agit d'une postdoctorante de l'Université d'Ottawa, travaillant dans un domaine connexe et ayant une expérience solide en devis qualitatif. De plus, la validation de certains résultats auprès de participantes (membres administratifs) de l'étude a également favorisé la triangulation écologique (Jonsen et Jehn, 2009; O'Cathain et al., 2010). Cette stratégie de triangulation, appliquée au niveau des chercheuses et de l'interprétation des données, permet de diminuer les limites des analyses des données, en contournant les biais liés aux interprétations subjectives ainsi que ceux engendrés par l'influence de la chercheuse sur les participant.e.s (réactivité) (Maxwell, 2013).

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La présentation des résultats a fait l'objet de réflexions pour déterminer d'une formule qui permettrait de faire ressortir les constats centraux de cette thèse. Quelques modèles ont été consultés pour s'en inspirer; nous en avons retenu notamment la pertinence de quantifier les résultats obtenus, malgré un devis qualitatif, de façon à catégoriser et structurer la division et le degré d'importance des thèmes (Burnard et al., 2008; Maltais, 2019). Miles et Huberman (2003) indiquent également qu'il n'existe pas une seule façon d'analyser et présenter les données qualitatives. Dans cette étude, l'utilisation d'occurrences a pour objectif de quantifier des éléments qualitatifs; plusieurs études vont dans ce sens (Shemmings, 2006; Wojatzki et al., 2018). Ceci dit, la méthode d'analyse demeure uniquement qualitative, faisant ressortir des thématiques récurrentes que des chiffres permettent de mieux objectiver (Burnard et al., 2008; Shemmings, 2006; Wojatzki et al., 2018). L'analyse et la présentation des résultats qualitatifs reflètent ainsi à la fois les objectifs de l'étude, que les outils, compétences, et préférences du chercheur ou de la chercheuse envers une méthode d'analyse (Miles et Huberman, 2003), le tout dans une recherche constante de rigueur (De Sardan, 2004). Insérés dans un programme de santé des populations, en fonction des objectifs définis de cette thèse, et de mes compétences et outils personnels, les résultats sont divisés selon un ou plusieurs des objectifs auxquels ils répondent, puis en fonction de leurs occurrences d'apparition dans les entretiens. Les résultats qui répondent à l'objectif 1 sont considérés comme les plus importants de l'étude, puisqu'ils s'inscrivent directement au cœur de la problématique, du point de vue utilisé et de la démarche méthodologique employée.

Les deux catégories de participant.e.s ont également été divisées : les mères et pères représentent une catégorie et les membres administratifs de la profession sage-femme représentent la deuxième catégorie. Puis les résultats tirés des analyses documentaires viennent également s'ajouter aux résultats lorsque pertinent. Comme les entretiens réalisés auprès des deux responsables de la pratique sage-femme consistaient en des données complémentaires à l'étude, uniquement les résultats principaux (en termes de fréquences

de mentions) tirés de cette source de données sont présentés, en ordre d'occurrences (fréquences de l'information divulguée relative au code dans les entretiens).

Se référer au tableau 3 (Arbre de codes) pour la signification des différentes catégories de codes ainsi que des codes eux-mêmes. À noter que l'arbre de codes n'a pas été divisé selon cette formule de présentation des résultats : il fait état des codes en fonction de leur catégorie. Comme les codes ont déjà été définis dans l'arbre de codes, ces derniers ne seront pas décrits à nouveau systématiquement dans cette section, en dehors du besoin de mettre en contexte les propos des participant.e.s.

Notons également que les catégories de codes du *contexte sanitaire* et des *connaissances – informations en matière de périnatalité* sont deux nouvelles catégories qui sont apparues à travers les entretiens. Elles seront intégrées aux autres résultats dans ce chapitre 5 et seront également davantage explorés au chapitre 6 pour une discussion sur les implications et interprétations de ces nouvelles catégories.

5.1 RÉSULTATS PRINCIPAUX : OBJECTIF 1 : DOCUMENTER LES FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION ET LA NON-UTILISATION DES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME DU POINT DE VUE DE PARENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

Les résultats recueillis pour ce premier objectif sont les résultats centraux de la thèse, puisqu'ils répondent à l'objectif central. Les voici décrits et illustrés avec quelques citations respectives :

5.1.1 Résultats des mères et pères

Caractéristiques des parents

Différents facteurs sociodémographiques des parents sont abordés dans les entretiens. Voici ceux qui semblent répondre aux objectifs de cette thèse, soit de comprendre les facteurs influençant les décisions concernant le type de suivi en périnatalité :

- *Facteurs sociodémographiques : âge, statut de parité, statut marital, emploi, éducation, milieu de vie*

Certains facteurs sociodémographiques abordés avec les parents semblent potentiellement intéressants pour comprendre les facteurs influençant les décisions de suivi. Plusieurs de ces facteurs se retrouvent également dans le tableau 1 de cette thèse. D'une part, 18 parents (72%) résident dans un arrondissement de la Capitale-Nationale (ville de Québec) (milieu urbain) et sept (25%) des parents résident dans une municipalité à l'extérieur de la ville de Québec (milieu rural ou urbain hors Capitale-Nationale). Dans le cas des parents résidant à l'extérieur de la ville, tous sont à une distance relativement élevée (plus de 10 kms) de la maison de naissance la plus près. Les parcours d'études empruntés par les parents sont tous différents, divisés en 5 principales concentrations : ingénierie, administration, sciences de la santé, lettres et arts, sciences sociales. De plus, il est à noter que les parents à l'étude ont entre 23 et 38 ans, avec un âge moyen de 32 ans. De façon générale, en observant les données, il ne semble pas y avoir de tangente particulière entre le profil sociodémographique (milieu de vie, éducation, âge) de parents pour le suivi médical versus le suivi avec une sage-femme. Toutefois, ces dimensions permettent toutefois de contextualiser les processus décisionnels ainsi que certaines philosophies par rapport à l'accouchement que les parents adoptent.

Ainsi, de façon générale, les parents ayant une éducation en sciences de la santé ont une compréhension biomédicale plus approfondie des processus périnataux et de l'accouchement, alors que ceux ayant étudié en sciences sociales perçoivent un contexte plus large et global dans leur compréhension de la période périnatale.

[MS3] : « [...] C'est sûr que vu ma formation en biochimie, il y a beaucoup de choses que je comprenais tout suite. [...] Ça c'était pris en considération, justement, dans leurs

explications. Elles [les sages-femmes] savent mon background, fak elles [sages-femmes] peuvent [...] s'ajuster avec mon [...] niveau ».

[MS12] : « Comme j'ai étudié en anthropologie, on a beaucoup vu les rites de passage [...] et il y en a beaucoup qui vivaient la naissance comme le rite de passage de la femme. T'sais, oui, tu mets au monde le bébé, mais tu mets au monde la mère. »

De plus, le statut marital est partagé entre les participant.e.s : 18 participant.e.s sont conjoint.e.s de fait et sept sont marié.e.s. Le statut marital n'apparaît pas comme lié aux décisions de type de suivi, mais il indique toutefois le cheminement d'une relation de couple et une valeur sociale du couple.

[PS4] : « Ça fait quand même quelques années qu'on est ensemble. 12 ans, 12-13 ans. [...] Non plus que ça [...]. On s'est connus en 2005, puis on s'est mariés en 2009. Ça fait [...] presque 13 ans qu'on s'est mariés. »

Puis, le statut de parité de la mère (avoir déjà vécu un accouchement ou non) est une variable individuelle pertinente pour cette étude. Parmi les participantes, sept mères ont accouché pour la première fois (parité nulle), ce qui leur octroyait un statut de parité nulle au moment de la décision pour leur type de suivi. Parmi ces mères, cinq avaient vécu une ou plusieurs fausse.s couche.s précédemment. Sur ces sept mères de parité nulle, quatre ont opté pour un suivi avec un médecin et trois ont choisi un suivi sage-femme. Sur ces trois, deux ont mentionné explicitement que leur.s expérience.s de fausse.s couche.s avai.en.t influencé leur perception des soins périnataux et ainsi leur recours aux soins. Chez les autres mères, c'est tout l'inconnu envers l'expérience qui a influencé leur décision de recours aux soins :

[MA5] : « Donc, t'sais, c'est beaucoup d'inconnu au début quand on tombe enceinte. J'pense que... pour une 2e grossesse, on le sait plus, là, c'est quoi nos options, pis à quoi s'attendre. Mais la première fois, on le sait pas ça marche comment un suivi de grossesse, dans le fond, là ».

Parmi les mères ayant déjà vécu un accouchement et ayant un statut de parité non nulle, c'est plutôt l'expérience précédente qui a teinté leur choix de type de suivi, selon si elles avaient apprécié leur expérience précédente ou non. Cela sera discuté plus amplement dans la discussion au chapitre 6.

- Antécédents médicaux

Les parents soulèvent le thème des antécédents médicaux (expériences hospitalière générale, fausse couche, autres), qui influenceraient les besoins relatifs aux soins/suivis. En effet, 100% des mères ayant eu recours à un suivi médical auraient abordé le thème d'un antécédent médical. Puis 58% des femmes ayant opté pour un suivi sage-femme font ressortir ce thème. Il est intéressant de constater que l'influence perçue des antécédents médicaux est différente chez une mère optant pour un suivi sage-femme que pour une mère optant pour un suivi médical. Dans le cas d'un choix de suivi sage-femme, les antécédents médicaux relatés sont souvent négatifs, et ce qui motive ensuite le choix de recourir à un suivi sage-femme est de chercher volontairement à ne plus revivre une expérience comme une précédemment vécue. Une mère relate une expérience de fausse couche :

[MS4] : « [...] J'ai feelé comme un chien. [...] Ils [professionnel.le.s de santé] m'ont fait attendre dans la salle d'attente. [...] J'allais me vider dans la toilette de la salle d'attente. Après ça, j'ai eu une chambre [...] au premier étage, où il y a tout le monde. Il y avait une madame démente qui pleurait pour son mari, je l'ai entendue sangloter toute la nuit. [...] J'ai passé la nuit à l'hôpital. [...] J'ai pas dormi. À chaque fois ils me [vérifiaient][et] l'infirmière changeait. Toujours une parole, genre 'un de perdu, dix de retrouvés'! Des [...] banalités. [...]. Ça a été un breaking point. C'est-à-dire que j'ai tellement pas aimé cette affaire-là que [...] il était mieux d'avoir une autre façon [...] ».

Pour une autre femme qui a vécu une césarienne d'urgence, cette expérience médicale antérieure a au contraire encré son besoin d'accoucher près de l'hôpital :

[MA7] : « Tu sais maintenant, avec l'accouchement que j'ai eu, ça me confirme, vraiment, c'est le côté médical. [...] Bien, c'est parce qu'il y a deux parties à ça. C'est

difficile, mais l'accouchement, moi c'est un hôpital, c'est sûr. [...] Et même si j'avais un suivi avec une sage-femme je pense que j'irais à l'hôpital, juste parce que [...] à cause de comment ça s'est passé ».

- Grossesse de la mère de la femme

Le profil de grossesse de la mère de la femme (de la mère maternelle) constituerait également une influence similaire à un antécédent médical, surtout dans le cas de complications de grossesse qui peuvent être héréditaires. C'est le cas notamment d'une patiente qui explique que la connaissance du cas de prééclampsie pour une des grossesses de sa mère aurait influencé certaines de ses appréhensions, ce dont elle a discuté avec sa sage-femme :

[MS15] : « En fait, ma mère a fait une prééclampsie [...] à son premier enfant, à moi. [...]. Ça c'est quand même quelque chose qui [...] m'inquiétait un peu [...]. Et [...] c'est tout à l'hôpital que ça se gère. Mais des fois ça se déclenche de façon spontanée pendant l'accouchement, comme ça avait été le cas pour [ma mère]. [...] C'est des questions que [les sages-femmes] posent. Ça a été pris en note [...] tout de suite dès mes premiers rendez-vous de suivis ».

Ainsi, la grossesse de la mère de la femme peut influencer certaines appréhensions que la femme a envers sa propre grossesse et, indirectement, le type de suivis qu'elle choisira ensuite tout dépendant des besoins qu'elle cible comme prioritaires dans son cas.

- Bébé/enfant avec besoins particuliers

Il est également question des parents qui ont déjà un bébé/enfant avec besoins particuliers au moment de leur grossesse, ce qui influence également le vécu de la grossesse suivante, et potentiellement les besoins entourant les suivis/soins périnataux :

[MS17] : « [...] On a bien réagi à la nouvelle quand on a vu le positif, si je peux dire ça. C'est pendant la grossesse que moi j'ai comme eu une réalisation et j'ai trouvé ça difficile. Parce que [...] c'est devenu de plus en plus difficile avec ma fille aussi avec les

mois [...] parce qu'on n'avait pas encore de ressources beaucoup pour elle à ce moment-là ».

Composantes d'influence

Différentes composantes d'influence, ces dernières faisant référence aux facteurs influençant les décisions relatives à l'utilisation des soins/services avant la prise de décision (en amont de la prise de décision), se dégagent des entretiens avec les parents. Voici les thèmes/facteurs les plus fréquents en termes de fréquences d'apparition.

- La communauté

La communauté à laquelle font partie les parents consiste, de façon générale à travers les entretiens, en la famille et/ou les amis. Il s'agit ainsi de la communauté sociale qui entoure la naissance. Selon les parents avec un suivi sage-femme (92 % des femmes avec un suivi sage-femme, 100% des hommes avec un suivi sage-femme), l'entourage constitue une grande source d'influence dans les décisions relatives aux soins/suivis périnataux. Les pourcentages sont peu différents chez les parents avec un suivi autre (67% des femmes avec un suivi autre et 100% des hommes avec un suivi autre). Notons ici que la différence principale se situe au niveau des mères : alors que presque la totalité des mères avec un suivi sage-femme mentionne l'entourage comme source d'influence, un peu plus de la majorité des femmes avec un suivi autre le mentionne. En effet, chez les femmes avec un suivi sage-femme, il semblerait que ce soit la présence d'autres femmes dans l'entourage ayant eu recours à cette approche qui a influencé le plus la décision de s'intéresser à cette approche, puis de la choisir.

[MS18] : En fait, c'est que moi j'ai eu plusieurs amies qui ont eu des suivis sage-femme [...] et qui avaient parlé de leur grossesse, de leur accouchement, et [...] qui m'avaient vraiment montré [...] c'était quoi la comparaison entre le milieu médical et le milieu sage-femme. Pis, ce pour quoi elles croyaient que c'était peut-être une meilleure façon [...] de

*vivre sa grossesse, et [...] son accouchement. [...] Donc moi, avec leurs témoignages,
j'me suis informée par après. »*

Une mère ayant opté pour un suivi médical explique également l'influence proportionnelle de l'entourage sur une femme qui hésite entre les deux types de suivis :

[MA14] : « [...] S'il y a 27 personnes qui m'ont déjà parlé de leur accouchement ou de leur préférence, bien les gens qui m'ont parlé de leur préférence pour la maison de naissance, il n'y en pas plus que 3 sur 27, disons [...] ».

Cette citation laisse supposer que la quantité de personnes dans l'entourage ayant eu recours à un suivi sage-femme peut être tout autant importante, pour certaines mères, que le côté percutant du message reçu.

Dans les deux cas, les pères semblent aussi beaucoup influencés par l'entourage, indépendamment du type de suivi choisi. Un père explique même que lui et sa conjointe ont opté pour se protéger de leur environnement social afin de pouvoir vivre leur décision de recours à une sage-femme sans devoir se justifier :

[PS5] : « [...] On s'est aussi protégés un peu aussi de notre environnement [...]. On voulait pas nécessairement débattre avec des gens [...] « En maison de naissance, ah ouin, vous êtes courageux... » [...]. Ça on l'a quand même entendu une couple de fois, « vous êtes courageux » [...] ».

Au centre du concept de communauté se retrouve également la *relation de couple* entre les parents/conjoint.e.s. Les parents abordent ainsi leur relation de couple dans leur processus décisionnel, notamment l'avis du/de la conjoint.e. Les mères font ressortir la place de l'avis du conjoint comme à prendre en considération dans le suivi.

[MA1] : « Je pense que mon chum il aurait été pas à l'aise à ce que j'accouche en maison de naissance, mais le suivi en tant que tel, je pense que ça il aurait été ouvert ».

Toutefois, le discours qui se dégage des propos des participantes, est que si l'avis du conjoint est à prendre en considération, ultimement elles sont celles qui influenceront le plus la décision, en raison notamment du fait que l'accouchement implique leur corps. Ceci soulève ainsi la place centrale du corps biologique dans un accouchement.

[MS10] : Mon conjoint y disait pas oui, y disait pas non. Mais comme lui y connaissait pas ça, y m'a dit : Bien, moi, j'veux juste m'assurer que ça soit sécuritaire pour toi et pour le bébé. Après ça le reste, bien, ça te regarde ».

De ce fait, autant la communauté plus large autour des parents que de la communauté plus intime qu'ils forment à deux constituent toutes deux des noyaux sociaux qui influencent les décisions de recours aux soins en période périnatale.

- Les idéologies

Les parents abordent également les valeurs entourant la maternité et les rôles sociaux comme des influences dans les choix de suivis en périnatalité. En effet, presque tous les parents, soit 92% sans distinction notable entre ceux avec un suivi sage-femme ou médical, s'expriment sur ce thème. Ce qui ressort comme l'essence de ce thème, est que les différentes conceptions par rapport à la grossesse et l'accouchement influencent l'approche souhaitée pour cette période. Ainsi, l'approche choisie doit simplement concorder avec les valeurs auxquelles adhèrent les parents. Une mère explique sa propre philosophie :

[MA6] : «J'te dirais que l'important pour moi c'était que [nom du bébé] soit correcte, et l'image que j'ai des femmes qui accouchent en maison de naissance, c'est pour leur expérience à elles. »

Cette citation, même si elle explique une opinion très personnelle, vient néanmoins renseigner sur la présence de différentes conceptions de l'accouchement et de l'importance pour chaque parent de se respecter dans ses valeurs en faisant le choix d'un type de suivi

qui lui convient. Voici une opinion différente, au centre de laquelle le côté naturel/physiologique de l'accouchement est central pour cette mère :

[MS13] : «Je voyais la grossesse [...] pas comme une maladie. En tout cas, pas comme quelque chose qu'on doit traiter à l'hôpital ».

Cette citation est mentionnée par une femme ayant eu recours à l'approche sage-femme.

- Les facteurs environnementaux

Des facteurs environnementaux sont également des sources d'influence pour le type de suivi, selon 20 participant.e.s (80% des parents). Chez toutes les femmes ayant opté pour un suivi sage-femme, 100% mentionnent que des facteurs environnementaux sont à considérer dans le choix d'un type de suivi. Ainsi, à travers ces facteurs se retrouvent la météo/saison et la géographie (proximité des services, vivre en milieu éloigné, avoir une voiture ou non). 100% des parents ayant abordé la dimension des facteurs environnementaux font ressortir l'influence de la proximité des services, en ce sens où la distance par rapport au lieu de naissance (et lieu des suivis) influencera le choix du type de suivi. Toutefois, une nuance est à apporter, car le choix d'un suivi sage-femme implique souvent, avec deux maisons de naissance desservant la région de Québec, un déplacement un peu plus grand pour accéder à une maison de naissance qu'un hôpital. Du moins, c'est principalement le cas pour les parents vivant hors milieu urbain. Toutefois, pour plusieurs parents, ce déplacement un peu supérieur est acceptable et l'approche sage-femme vaut se déplacement, et ainsi le choix de recourir aux services d'une sage-femme se fait en dépit d'une distance plus grande par rapport aux services :

[MS4] : «C'est vraiment un choix qu'on a fait. [...] 6 [km pour la maison de naissance], versus 2.5 [pour l'hôpital], c'est que t'as choisi quelque chose. C'est un 'statement' . C'est un engagement ».

[MS15] : « Ça aurait été une grosse discussion effectivement. Ça aurait été déchirant, honnêtement, pour moi, Parce que, bon, un, j'aime pas du tout conduire. [...] Et y a aussi le facteur temps, là ».

Pour cette dernière citation, la participante ayant choisi un suivi sage-femme exprime que si la distance entre son domicile et une maison de naissance avait été plus grand (la femme habite présentement très près de la maison de naissance), il y aurait eu un choix à faire, qui aurait été déchirant.

Pour d'autres participantes, la géographie est également exprimée concernant une volonté d'accouchement à domicile, qui vient ainsi complètement éliminer toute distance à parcourir au moment de l'accouchement (dans le cas de grossesses sans risques de complications) :

[MS10] : « [...] En plein mois de janvier, j'étais contente de pas me dire : je vais mettre mon manteau, mes bottes, avec mes contractions, aller déneiger l'auto, partir [...] ».

Ainsi, peu importe quel élément environnemental est considéré par les femmes, presque toutes (94% des femmes) soulèvent ce thème, alors qu'il est moins abordé par les pères (43% des pères). Ceci laisse supposer que la mère est responsable (ou anticipe) d'une charge mentale plus grande relative aux déplacements autour des suivis/soins périnataux.

- L'accès à la sage-femme

Les conditions d'accès (liste d'attente, rareté des services, défis administratifs, grossesse non à risque) à une sage-femme représentent les perceptions des parents quant aux critères qu'ils ont à satisfaire pour accéder à une sage-femme. Ces critères sont abordés par toutes les femmes ayant eu recours à un suivi sage-femme, ainsi qu'une mère ayant eu recours à un suivi autre. Tous les pères ayant eu recours à un suivi sage-femme mentionnent également ce facteur, alors qu'un seul père ayant eu recours au suivi médical l'aborde. Ces fréquences d'apparition indiquent un élément important : tous les parents (mères et pères) ayant eu recours aux services d'une sage-femme sont conscients des critères d'accès aux

services, alors que peu de parents ayant eu un suivi médical font ressortir ce point comme influence dans leur processus décisionnel. Le seul père ayant reçu un suivi médical et ayant soulevé les facteurs des critères d'accès à une sage-femme est un père pour lequel le suivi sage-femme a été impossible justement en raison de critères d'accès. Ainsi :

[PA7] : « Nous avons choisi une maison de naissance avec une sage-femme jusqu'à la découverte que nous attendions des jumeaux. Comme cette grossesse est catégorisée comme « à risque », nous avons dû décliner la place en maison de naissance et nous tourner vers la gynécologue de ma conjointe ».

- L'émotif

Pour certains parents (un total de 56%), les raisons qui font pencher la décision vers un type d'approche ou d'une autre sont davantage de l'ordre de l'émotif et des sentiments. Les pourcentages sont similaires entre les parents des deux types de suivis. Dans tous les cas, les émotions centrales sont celles de la peur, de la culpabilité, du stress, de l'ouverture/fermeture, et tout simplement le *feeling*, ou autrement dit le sentiment d'être bien ou non. Pour un père :

[PA2] : « Moi un hôpital ça me heurte pas comme milieu. Je sais qu'il y a des gens qui trouvent ça impersonnel. Mais moi, honnêtement, j'ai pas senti ça pis personnellement [...] c'est pas quelque chose qui me dérange ».

Alors que pour une mère, c'est une peur précise qui est soulevée pour expliquer une réticence à accoucher hors milieu hospitalier :

[MA1] : « Précisément, j'aurais eu peur qu'il y ait [...] des complications avec le bébé, et que [...] le délai entre le transfert de la maison de naissance à l'hôpital, ça soit ça qui, [...], par exemple, qui cause un retard à mon enfant [...] ».

Le *sentiment de confiance* est également très important pour les parents. 48% des parents mentionnent l'importance de ce sentiment précis, dont 92% sont des parents ayant eu recours à un suivi sage-femme et 8% des parents ayant eu recours à un suivi médical. Ce

sentiment s'exprime par contre différemment chez chacun. Pour certaines femmes, il s'agit d'abord de la confiance envers soi et son corps, alors que pour d'autres femmes, il s'agit de la confiance principalement envers le/la professionnel.le de santé. Dans les deux cas, se sentir en confiance dans l'approche choisie est centrale pour la décision du type de suivi :

[MS16] : « *Et je me suis rendue compte que j'avais besoin de personne pour accoucher. J'étais tellement en confiance [...]. Je m'étais préparée, et j'aurais pu accoucher tout seule dans un coin. Et c'est ça qui s'est passé. J'ai accouché toute seule dans un coin. [...] À la maison de naissance* ».

Précisons que, dans cette citation avec la participante MS16, les sages-femmes étaient également présentes et disponibles au besoin. Une autre mère abonde dans ce sens :

[MS17] : « *Moi je crois beaucoup en la capacité de mon corps à donner naissance sans assistance [...]. Et c'est quelque chose que je sens, aussi, qui est véhiculé dans le suivi sage-femme en général* ».

Dans tous les cas, le sentiment de confiance est plus présent dans le discours des parents avec un suivi sage-femme, et il est davantage abordé par les mères (92% des parents ayant abordé le sentiment de confiance sont des mères). La connaissance du/de la professionnel.le de santé est un facteur influençant ce sentiment de confiance et il est soulevé par 72% des parents, avec des fréquences intéressantes : 75% des mères et pères avec un suivi sage-femme, et 67% des mères et pères avec un suivi médical. Ainsi, les pères et les mères de chaque catégorie de suivi s'accordent par rapport à l'importance de connaître le/la professionnel.le. Cette importance est un peu supérieure chez les parents optant pour un suivi sage-femme :

[MS8] : « *Moi, ça, c'était une des raisons pourquoi je choisissais d'aller avec une sage-femme. C'était de savoir : bien c'tune équipe de 3, de 2 ou de 3, donc tu connais les 3 personnes, tu vas les avoir vues dans tout ton processus, donc tu l'sais que ça va être une de ces trois-là qui va être là à ton accouchement* ».

[MS12] : « Je trouve que c'est vraiment important de connaître le monde qui est autour de toi [...] et qui t'accompagne. [...]. Je les connaissais, je connaissais leur personnalité, et eux ils me connaissaient, et ils savaient ce que je voulais [...] ».

[PS5] : « Je pense que c'est beaucoup plus rassurant d'avoir une personne-ressource. Ou deux, en fait, elles sont souvent en équipes de deux. [...] Qui se parlent et [...] qui suivent ton dossier beaucoup plus assidûment qu'en hôpital ».

Le sentiment perçu de sécurité est également un facteur de l'ordre émotif qui influence les décisions de recours aux soins chez les parents. Nous attirons l'attention sur le fait qu'il s'agit ici de sécurité *perçue*, en ce sens où il est question ici du sentiment subjectif d'être en sécurité et non pas d'une sécurité objective. Ce besoin de sécurité ressort chez toutes les femmes optant pour un suivi médical comme facteur influençant le type de suivi choisi, alors que 58% des femmes optant pour un suivi sage-femme exposent ce facteur. Chez les pères, ce facteur est également présent chez 75% des pères avec un suivi sage-femme et 67% des pères avec un suivi médical. Notons ici que les plus fortes occurrences sont inversées entre les mères et les pères, ainsi : les mères avec un suivi médical sont plus nombreuses à aborder la sécurité que celles avec un suivi sage-femme, alors que chez les pères, ce sont plutôt ceux avec un suivi sage-femme qui sont les plus nombreux à aborder ce point. Ceci peut en partie s'expliquer par les citations elles-mêmes, dans lesquelles les femmes optant pour un suivi sage-femme disent se sentir en sécurité, alors que les femmes avec un suivi médical ne veulent pas un tel suivi car elles jugent qu'elles seront plus en sécurité à l'hôpital. Chez les pères, il semble que ces derniers deviennent plus investis de la sécurité de leur conjointe et du bébé lors de la décision d'un suivi sage-femme, peut-être par manque de connaissances initiales. Ces pères disent par contre que dès la première rencontre avec une sage-femme, ils se sentent ensuite rassurés sur la sécurité.

[PS5] : « Mes craintes, c'était si j'allais être capable d'aider [nom de la conjointe]. Qu'est-ce qui allait se passer si ça allait pas bien ? Donc tous ces questionnements ont

été répondu [...] La seule crainte que j'avais c'était vraiment d'aller avec quelque chose d'inconnu ».

Le sentiment de sécurité ainsi vécu par les parents est subjectif, nous parlons ici donc de sécurité perçue et non pas de sécurité objective jugée en fonction de normes de sécurité; elle implique donc différents critères personnels pour la satisfaire. Parfois il s'agit de la présence de ressources très précises, ou parfois elle dépend de façon plus large du lieu d'accouchement :

[MS16] : « Et moi, même, j'disais : « si vous m'enlevez mon suivi sage-femme, je n'accouche pas à l'hôpital. J'vais accoucher toute seule chez moi. [...] Je ne me sens pas en sécurité à l'hôpital ».

[MA5] : [...] On dirait que je voulais mettre toutes les chances de mon bord que tout se passe bien, alors que je sais qu'en maison des naissances aussi ça se passe bien. Je pense qu'initialement c'était vraiment le sentiment de sécurité [...] qui a fait que j'ai voulu accoucher là. [...] L'autre affaire qui a influencé aussi [...] c'est le fait d'avoir l'option d'avoir la péridurale ! ».

Des femmes font également ressortir l'influence de *préférences personnelles* comme influençant le type de suivi choisi. Elles définissent leurs préférences personnelles comme l'existence d'une approche avec laquelle elles se sentent plus confortable et qui s'accorde mieux avec elles, en toutes connaissances des deux approches disponibles (sage-femme ou biomédicale), sans forcément connaître les raisons de cette préférence. Nous rattachons donc ce facteur à l'ordre de l'émotif. 13 mères abordent ce thème, ce qui représente 72% des mères et 52% des parents. Aucun père n'a abordé ce thème.

[MA7] : « J'suis totalement confiante sur leurs [les sages-femmes] connaissances et sur leurs capacités à s'occuper des femmes enceintes. [...] Surtout que j'ai l'impression qu'elles peuvent être beaucoup à l'écoute, puis qu'elles ont pas le choix d'avoir développé une expertise pour être acceptées. [...] Et des fois des médecins c'est trop

rapide. C'est trop sec, c'est trop froid, puis ça prend pas le temps de vraiment se poser des questions. [...] C'est pas du tout par rapport à leurs connaissances, je pense c'est par rapport à mon confort à moi [...] là-dedans ».

[MS13] : « Quand t'es enceinte, il faudrait que les options te soient présentées. [...] Si tu te diriges vers un spécialiste, ben il y a comme déjà un choix de fait. [...] C'est pas nécessairement son rôle à lui de te parler des autres spécialistes, donc il faudrait comme avoir quelque chose à la base [...] qui te permet de te présenter les options, puis après ça tu choisis avec quoi t'es le plus à l'aise, parce que il faut que tu sois à l'aise [...] ».

Enfin, on mentionne aussi, tout simplement, le besoin de se faire mater, qui relève davantage d'un besoin émotionnel, et qui influence le recours aux soins :

[MA7] : « [...] Moi, dans [la] vie, [...] j'suis pas quelqu'un qui a besoin d'avoir des contacts, de l'amour [...] des câlins. [...] Mais les sages-femmes vont faire ça, et pendant la grossesse ça fait vraiment du bien. [...] Je savais pas que j'avais besoin de l'amour. Que j'avais besoin de quelqu'un qui est un p'tit peu plus maternant pendant la grossesse ».

Ce besoin d'une ambiance émotionnelle enveloppante teinte ainsi les décisions de recours aux soins des parents.

- Lieu d'accouchement souhaité

En poursuivant sur le lieu d'accouchement souhaité, notons que sur les personnes ayant fait ressortir ce facteur comme ayant influencé leurs décisions de type de suivi, 46% ont précisé avoir souhaité (ou du moins considéré) un accouchement à domicile comme une formule qu'ils aimeraient.

[PS3] : « Ce qu'on avait prévu, au départ, on voulait faire un accouchement à domicile »

Sinon, 38% des parents ayant soulevé ce thème préféreraient accoucher à l'hôpital.

- *Proactivité vs passivité*

L'attitude (proactive ou passive) par rapport à la cueillette d'informations est également mise de l'avant par les parents comme à prendre en considération dans leur processus décisionnel. En ce sens, 67% des mères avec un suivi médical, 50% des mères avec un suivi sage-femme, 33% des pères avec un suivi médical et 50% des pères avec un suivi sage-femme font ressortir ce thème. Notons ici que la plus grande fréquence provient des mères avec un suivi médical et ceci s'accorde aux propos tenus dans les citations de ces dernières, car l'essence qui s'en dégage est que leur attitude par rapport à la cueillette d'information a teinté les informations qu'elles recevaient et éventuellement le choix du type de suivi. Une mère explique bien le phénomène, que j'ai appelée « proactivité versus passivité » pour définir les deux différentes approches par rapport à une quête d'information.

[MA14] : « Si tu t'imprègnes juste passivement des connaissances et des points de vue des gens comme j'ai fait, dans le sens [...]j'ai rien fait de spécial. Évidemment j'ai été plus submergée dans des discours pro-hôpital [...]. Mais j'suis pas prête à dire que ça m'a beaucoup influencée. »

Toutefois, cette mère indique ne pas être en mesure de déterminer si l'approche de cueillette d'information plus passive constitue réellement une influence sur le type de suivi choisi, soit le suivi médical. Un père partage une opinion similaire, en indiquant simplement qu'il n'a pas, encore à ce jour, assez d'informations pour comprendre en quoi consiste l'approche sage-femme. Il indique que l'information à propos de l'approche sage-femme est difficile à trouver, qu'il faut ainsi activement faire des recherches pour pouvoir y accéder :

[PA6] : «[...] [II] Faudrait peut-être la prochaine fois qu'on s'informe un peu plus, justement en maison de naissance, comment ça fonctionne [...]. Je dirais que si j'avais fait des recherches, [...] peut-être qu'on aurait trouvé des informations [...]. Parce que là présentement on en parle et je n'ai pas plus aucune idée [...] ».

Une femme ayant eu recours à l'approche sage-femme acquiesce dans ce sens également :

[MS13] : « J'étais comme une des première dans ma gang, donc je savais pas c'était quoi [la maternité]. Bon, il fallait que j'aie des connaissances sur la grossesse pour aller vers les sages-femmes. Je sais pas pourquoi, mais bon. [...] On dirait que comme j'étais complètement ignorante de la maternité, tout ça, bien, ça me semblait comme plus compliqué ».

Cette citation vient suggérer un lien entre la recherche d'information et l'entourage, en ce sens où comme il n'y avait personne pour synthétiser l'approche sage-femme auprès de cette mère d'une façon plus informelle et personnalisée, la recherche active d'informations concernant l'approche sage-femme ajoutait pour cette femme une certaine lourdeur à une première expérience de grossesse. La femme a finalement opté pour l'approche sage-femme pour cette grossesse, mais cette citation décrit le processus décisionnel qu'elle a initialement traversé.

- La préparation

La place de la préparation est centrale pour certains parents dans l'expérience de la périnatalité ainsi que la préparation à l'accouchement, puis éventuellement concernant le choix du type de suivi. Il est intéressant de constater qu'aucun père avec un suivi médical n'a abordé ce point, alors que 75% des pères avec un suivi sage-femme l'ont mentionné. Pour un père, en fonction de sa nature, la préparation est centrale pour toute étape importante de vie :

[PS5] : « Je suis quelqu'un qui peut parfois être stressé quand je suis pas suffisamment préparé. Donc je reconnais que j'suis comme ça, donc c'est pour ça que je pense à me préparer, habituellement, pour les choses qui comptent de la vie. Et, j'avais lu une naissance heureuse [...]. »

Pour d'autres pères, non seulement la préparation a été importante dans la familiarisation avec l'approche sage-femme, mais cette approche aurait également permis une préparation à l'accouchement, en les faisant participer au processus :

[PS3] : [...] Mon rôle c'était surtout pour soutenir [nom de la conjointe] pas mal tout au long de sa grossesse. Pour les suivis, mon rôle était plus, comme je te disais, de me familiariser avec [...] la sage-femme[...] Mais [...] c'était quand même très intéressant d'avoir [...] des mises en contexte [...]. De se faire rassurer, oui. J'tais pas inquiet, loin de là. Mais tu sais de se faire répéter : Bon, s'il arrive telle affaire, on fait ça. Ça permet de se faire des scénarios [...]. »

Notons donc que la préparation influence potentiellement également le choix du type de suivi pour la mère :

[MS15] : « Moi j'ai des amies, quand même quelques-unes, qui sont passées par la maison de naissance, qui m'en ont parlée. [...] Et avant aussi de tomber enceinte, je m'étais quand même renseignée. J'avais fait des lectures, justement sur l'approche, tout ça ».

Pour le père, tel qu'il a été soulevé dans les citations, la préparation semble permettre davantage la familiarisation avec l'approche suggérée/souhaitée par la conjointe, ainsi que la solidification de son rôle dans la période périnatale.

Une composante spécifique de la préparation qui est abordée par les parents est également le *plan de naissance*. Il est notamment question des recommandations du/de la médecin pour un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) :

[MA1] : « [...] *Pour la 2e grossesse, on avait convenu que j'aurais un AVAC. C'tun accouchement après césarienne. [...] Et finalement rendue à 40 semaines, j'avais aucun travail de fait encore. On s'en allait vers le même type de scénario. On a décidé de faire une césarienne directe. Plutôt que de repasser par le même [...] processus* ».

Pour 10 participant.e.s (40%), la place d'un plan de naissance à travers les soins reçus est mis de l'avant dans l'entretien. L'occurrence est relativement élevée et les citations sont plutôt révélatrices de la place de la préparation avant un accouchement ainsi que le rôle du/de la professionnel.le de santé dans cette préparation. Pour cette participante, l'interférence (avec une attitude décourageante) de la professionnelle de santé dans son plan de naissance a contribué à un vécu négatif des soins.

[MS4] « *Moi, là, quand elle m'a dit : « Oublie ça le plan de naissance, ça va être à ma manière », ça a toute... J'étais 'flabbergastée' de me faire dire ça. Elle m'a dit : « Moi ça fait dix ans que je fais ça. J'les connais les filles comme toi, qui veulent pas l'épidurale. Et tout ça. Et là après elles me supplient... ».* [...] *Je veux être ailleurs, là, j'suis pas bien* ».

Le plan de naissance peut également être un point de repère pour les parents en préparation de ce qui vient, tout comme il peut leur permettre de classer ce qui est important pour eux de ce qui est davantage secondaire :

[PA2] : « [...] *À [un] moment donné y donnent le plan de naissance. Une p'tite feuille [...] Parce que, honnêtement, quand t'en as jamais eu, t'as aucune idée c'est quoi les questions à se poser, là [...]* ».

- *Lien avec le/la médecin de famille*

Le lien avec le/la médecin de famille est soulevé par toutes les mères ayant eu recours à un suivi médical ainsi que 67% des pères avec un suivi médical. Aucun père ayant eu un suivi sage-femme n'aborde cette dimension et elle est exploré par 33% des femmes avec un suivi

sage-femme. Ainsi, il semble que l'influence du lien avec le/la médecin de famille est plus présent chez les femmes avec un suivi médical. Une femme exprime l'impact du lien avec le/la médecin de famille dans son propre choix de suivi médical :

[MA6] : « J'ai un bon suivi avec mon médecin de famille. [...] Ça va quand même vraiment rapidement avoir un rendez-vous avec elle. [...] Donc je sentais que si j'avais besoin d'accompagnement, elle était vraiment là aussi ».

Le lien avec le/la médecin de famille est également abordé comme une porte d'entrée vers le début des suivis entourant la période périnatale, peu importe le type de suivi choisi par la suite. Ainsi, pour plusieurs parents, la consultation avec un.e médecin de famille constitue la première étape dans tout début de suivi périnatal :

[MA9] : « Bien initialement, pour ma première [...] grossesse, j'avais eu mon premier rendez-vous avec mon médecin de famille, puis, elle m'avait dit qu'elle faisait pas de suivis de grossesse. Et elle prenait sa retraite. [...] donc elle m'avait recommandé différents endroits pour faire mon suivi de grossesse, dont la Clinique d'obstétrique [Nom de la clinique] ».

- Nombre limité d'interventions

Certain.e.s participant.e.s (neuf participantes et un participant) discutent également de leur volonté de recevoir moins d'interventions, ce qui influence leurs décisions relative aux soins/suivis. Il semble que ce point est important car il se rattache à une approche souhaitée par rapport aux soins.

[MS8] : « Je le savais aussi que, dans les hôpitaux, les interventions y peuvent arriver plus rapidement. Parce qu'y ont des protocoles à respecter [...] J voulais qu'on laisse le temps à mon corps, j voulais [...] pouvoir écouter mon corps, laisser le temps à mon corps et à mon bébé de faire [le travail] qu'ils avaient à faire [...] Peut-être que des fois des ventouses y en auraient pas besoin à l'hôpital, parce que si la femme a s'accroupissait, son bébé sortirait mieux [...] ».

- Réflexe vers l'approche médicale

De plus, il est mentionné qu'un certain réflexe vers le médical peut influencer le recours aux soins. Bien que ce point ait été mentionné par sept participant.e.s, il est intéressant par la façon dont il démontre de l'attitude adoptée dans le processus de recours aux soins.

[MS13] : « [...] J'avais pas le temps pour ça. Ou [...] j'voulais pas mettre du temps. J'ai comme pris la voie [...] facile. [...] C'est ça, c'tait un réflexe. C'tait pas vraiment réfléchi, là ».

- Expérience du/de la professionnel.le

L'expérience du/de la professionnel.le est également un élément d'influence qui ressort, et non pas uniquement en référence au nombre de suivis ou d'années d'expérience du/de la professionnel.le, mais davantage concernant son expérience personnelle et globale relative à la maternité, ainsi que les qualités de ce/cette professionnel.le qui inspirent la confiance et le laisser aller. Il peut s'agir d'une expérience personnelle d'accouchement, ou encore l'assurance du/de la professionnel.le qui transparait. Cet élément informe que certaines caractéristiques intrinsèques et individuelles au/à la professionnel.le de santé (comme son expérience personnelle d'accouchement) est également un facteur qui influence l'utilisation des soins et services par les parents, et il vient recouper le volet émotif relatif aux choix. Ainsi, savoir qu'un.e professionnel.le de santé a plusieurs années d'expérience ou a elle-même vécu un accouchement permettrait de mettre en confiance la femme. Précisons également que cet élément n'est ressorti que par les mères à l'étude. Ainsi, on mentionne que :

[MS8] : « [Il] y a beaucoup de jeunes, là, dans la profession sage-femme. [...] peut-être que ça faisait partie de leur personnalité, aussi, et que [...] c'était pas qu'elles manquaient d'expérience, là. Mais [...] j'me sentais moins en confiance ».

[MA9] : « [...] Moi, le fait que ma médecin, elle a eu deux accouchements, des fois elle faisait un peu le parallèle [...] avec les siens [...] Ça l'a quelque chose de rassurant ».

5.1.2 Résultats des membres administratifs

Caractéristiques des parents

Un code exploré par les membres administratifs est bien celui des *caractéristiques des parents*, constituant une influence notable sur les décisions concernant le type de suivis souhaités. Ici, la participante fait ressortir l'importance du profil du parent dans le choix de recourir aux services d'une sage-femme.

[R2] : « [...] Les raisons qui poussent vers le choix sont de plus en plus variées. [...] En ville, là, par exemple, on va avoir vraiment... [...] beaucoup [...] de gens qui viennent d'ailleurs dans le monde ! Pour eux c'est un choix tout à fait naturel ! Les Françaises, les Anglaises, [...] les Japonaises, on a plusieurs... on a suivi plusieurs Japonaises. Là où dans leur pays d'origine, c'est la sage-femme qui est celle de première ligne si y a quelque chose. [...] Et à Québec la population immigrante augmente tranquillement, on le voit dans nos services. [...] Et après ça bien [il] y a toujours la sphère religieuse. [...] Donc Catholique, Baptiste. [...] Protestante, aussi. [...] Et finalement [il] y a toutes celles qui ont vécu des trauma[tisme]s. [...] Et qu'elles veulent plus revivre. Et qu'à leur 2^e, 3^e, elles font appel à nous ».

Les deux participantes font également ressortir l'influence des *antécédents médicaux* sur le choix d'un type de suivi, plus spécifiquement si le vécu d'une expérience hospitalière antérieure s'est avéré être négatif. À ce sujet, elles expliquent que si une femme a vécu une expérience antérieure négative (jugée, pour certaines, de traumatismes) en milieu hospitalier, elles considéreront potentiellement une autre approche pour un prochain accouchement.

[R1] : « [...] C'est beaucoup du bouche-à-oreille. Ou bien, on avait quand même un certain pourcentage qui avait été extrêmement déçu de leur accouchement en milieu hospitalier : trop médicalisé, manque de...pas de choix possibles. Et ils venaient nous voir, en pleurs, souvent. À dire qu'ils ne voulaient plus jamais revivre ça, et que là ils choisissaient un autre professionnel pour éviter ça ».

Composantes d'influence

Certains facteurs influençant les parents en amont de leur décision sont également abordés par les deux participantes. Elles font principalement ressortir la place centrale *du choix* (la volonté d'avoir le choix) comme influençant le choix du type de suivi de grossesse. Elles mettent de l'avant le fait que les femmes qui décident de recourir aux services d'une sage-femme sont également celles qui veulent pouvoir choisir leur lieu d'accouchement ainsi que d'autres paramètres de leur accouchement.

[R1] : « *Je vous rappelle que la profession de sage-femme est basée sur le choix des femmes, d'accoucher où elles veulent, de la façon qu'elles veulent* ».

[R2] : « *Vouloir aussi choisir le lieu de naissance. Ça c'est encore tout à fait d'actualité. Peu importe que la clientèle ait changé ou non, [...] c'est d'avoir aussi des choix. L'aspect du choix éclairé est vraiment au cœur de la volonté des parents de vouloir être suivis par des sages-femmes* ».

5.2 OBJECTIF 2 : DOCUMENTER LES DIFFÉRENTES TRAJECTOIRES DE SOINS PÉRINATAUX, À PARTIR DE L'EXPÉRIENCE DE SOINS PÉRINATAUX DE PARENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC, SOIT LE VÉCU DES SOINS, ET L'ACCÈS AUX SOINS PÉRINATAUX

5.2.1 Résultats des mères et pères

Utilisation des services

Au sein de la catégorie de codes de l'utilisation des services, qui concerne l'expérience de soins/services des participant.e.s autour des suivis et de l'accouchement, voici les principales thématiques qui se dégagent des entretiens avec les parents.

- *L'accompagnement*

L'accompagnement autour de la mère est abordé par les parents à l'étude. Il est question notamment de la place/rôle du/de la conjoint.e ou encore tout autre accompagnement reçu ou souhaité par la femme. Il s'agit d'une opportunité pour les parents de discuter entre autres du rôle perçu du/de la conjoint.e (ou second parent; dans cette étude tous les seconds parents sont des pères), autant du point de vue de la mère que du père. Un participant décrit bien une perception qui semble se dégager de tous les entretiens, et qui définit le rôle du/de la conjoint.e comme central dans la protection du vécu de la femme ainsi que des droits et choix parentaux :

[PS5] : « Elle a dit : «J'veux qu'tu sois mon chien de garde», [...] elle avait pleinement confiance. Moi c'est sûr que j'aurais jamais laissé quelqu'un faire quelque chose qui dérogeait de notre [vision commune] ».

Ainsi, si chaque père a son propre vécu de son rôle durant les suivis et l'accouchement et que chaque mère a également sa propre perception du rôle de son conjoint, cette perception de « chien de garde » résume l'essence des propos tenus par les participant.e.s autour de ce thème. Ainsi, le rôle que peut occuper le/la conjoint.e influence les soins/services reçus. L'accompagnement autour de la mère fait ainsi référence à une dimension plus large et que nous abordons dans cette étude et qui est la communauté qui entoure la naissance.

Neuf femmes ayant reçu un suivi sage-femme (75% des femmes avec suivi sage-femme) mentionnent avoir aussi été accompagnée par quelqu'un d'autre que leur conjoint², alors qu'une femme (17% des femmes avec suivi médical) aborde ce thème parmi celles ayant opté pour un suivi médical. Ce thème est principalement mis de l'avant pour mentionner l'accompagnement souhaité ou l'accompagnement reçu, en dehors de celui du conjoint. Les autres personnes accompagnantes sont principalement une doula, la mère de la femme, ou une amie.

² Au masculin dans une grande partie de cette section reliée à ce thème ainsi que parfois dans quelques sections suivantes, car les conjoints de l'étude sont uniquement des hommes. Lorsque nous ferons référence au thème de la place du/de la conjoint.e de façon générale, nous utiliserons une formule inclusive.

[MS16] : « j'ai demandé à une amie qui est accompagnante de nous accompagner pour nous faire des rencontres prénatales. Juste pour qu'on parle de certaines choses ensemble ».

[MS2] : « Puis ma mère qui venait [...] parce que ça prend une personne normalement pour s'occuper des enfants autre que le conjoint. Parce que si jamais il arrive quelque chose, bien [...] le conjoint pourra pas suivre si les enfants sont tout seuls. Donc ma mère était là ».

- Le vécu expérientiel des soins/services

Le vécu des soins/services est également abordé fortement par les participant.e.s. Alors que 23 participant.e.s (92%) font ressortir des éléments positifs de leur expérience de suivis et d'accouchement, 14 (56%) des participant.e.s ciblent des éléments négatifs de vécu. Ceci indique qu'un peu plus de la moitié des participant.e.s ont vécu quelques éléments négatifs lors de leur suivi; nous pouvons également constater, en observant ce pourcentage inversement, que presque la moitié des participant.e.s n'ont pas d'éléments négatifs à exposer. Les raisons d'un vécu positif sont souvent le sentiment d'*empowerment* ressenti à travers l'expérience et la présence de *soutien* de la part de leur environnement (communauté intime et professionnelle) :

[MS12] : « T'sais, ce qui m'a impressionnée, c'est [...] les encouragements qu'elles [les sages-femmes] donnent. T'sais justement quand ma sage-femme principale [...] est arrivée comme pleine d'énergie!! [...] C'était de répéter « Wow, ça fait 60 heures que t'es là-dedans, t'es une guerrière [...] » ».

Parmi les participant.e.s ayant fait ressortir un ou des éléments négatifs, notons que quatre sont des femmes avec un suivi sage-femme, soit 33% des femmes avec un suivi sage-femme, et cinq sont des femmes avec un suivi médical, soit 83 % des femmes avec un suivi médical. Les raisons expliquant ce vécu négatif sont souvent en lien avec

un manque d'informations véhiculées par les professionnel.le.s de santé impliqué.e.s dans l'expérience d'accouchement, limitant la possibilité pour le parent de prendre des décisions éclairées :

[MA14] : « *Moi j'aurais aimé qu'on me propose des choses. Et la phrase qu'on m'a dite deux fois, et que j'aimais pas, c'était comme : « Bien, j'ai pas une boule de Crystal». [...]»*

Dans cette citation, la participante fait référence à l'attitude d'une infirmière qui a accompagné une partie de son accouchement. Une autre raison pour un vécu négatif peut être également l'attitude générale des professionnel.le.s de santé impliqués :

[PA7] : « *Ils étaient deux médecins cette journée-là, 2 médecins inconnus qui se racontaient leurs vacances tout en opérant ma conjointe ».*

Concernant le vécu positif des soins, notons que ce qui a influencé le vécu positif du vécu des soins/services chez une majorité de participantes a été le sentiment d'*empowerment* (sentiment d'un pouvoir d'agir) vécu par les participant.e.s, notamment transmise du/de la professionnel.le de santé vers le parent, au moyen d'explications permettant la prise de décisions éclairées. Parmi les participant.e.s ayant soulevé des éléments positifs de vécu des soins/services, notons 12 participantes avec un suivi sage-femme, soit 100% des mères avec un suivi sage-femme, et quatre participantes avec un suivi médical autre, soit 67% des femmes avec ce type de suivi. Voici une citation qui illustre ce sentiment d'*empowerment* vécu par certaines participantes :

[MS12] : « *[...] J'sens que si [la sage-femme] m'avait pas expliqué tout ça, j'serais peut-être restée justement avec cette idée-là, de : « j'ai pas réussi à le faire toute seule ». Mais la façon dont elle a me l'a expliqué, justement ça m'a comme mise en paix [...] ».*

- Le postnatal

Plusieurs participant.e.s (23, soit 92% des parents) font ressortir quelques éléments d'informations concernant leur expérience postnatale, qui semble être marquante pour plusieurs parents. Parmi les éléments soulevés, plusieurs concernent l'expérience de lactation, la présence de soutien, ainsi qu'un environnement de soins calme pour les parents en post-natalité (notamment lié au lieu de naissance et aux infrastructures disponibles). Neuf participant.e.s abordent ainsi les soins en lactation dans la période postnatale, ce qui apparaît comme un résultat important à soulever. Ces soins en lactation semblent centraux dans l'expérience postnatale. Le vécu par rapport à ces soins dépend grandement des soins reçus par les conseillères en lactation. Certains vécus sont ainsi négatifs de par l'attitude dans l'octroi de ces soins :

[MS18] : *« C'était vraiment, vraiment, vraiment anxieux. J'ai eu un traumatisme de palpation de seins. [...] En revenant chez nous il a fallu que plus personne, même elle... [nom du bébé]... Il fallait que personne me touche, parce que j'étais comme débordée d'avoir été touchée ».*

Puis les parents semblent apprécier particulièrement la possibilité de récupérer et d'être dans le calme en post-natalité. Le concept de « bulle », connecté à ce besoin de calme, sera abordé ultérieurement, car il est en lui seul également un élément fortement mentionné par les participantes. Voici tout de même une citation qui définit spécifiquement le besoin de calme à travers les soins octroyés, et qui influence l'expérience positive du postnatal :

[MS3] : *Le calme. Pas de stress. [...] J'ai même pas vu la table rentrer. Et quand qu'ils ont déplacé [ma fille] [...] elle l'a déplacée tellement délicatement. [...] Elle me parle : « J vais prendre ton bébé un petit peu ». [...] Donc là, j me dis : « Ok, c'est beau. Ça va être correct ». [...] T'es tellement en confiance. [...] Et là elles me la remettent sur moi, donc on n'a pas eu le temps de paniquer ».*

Une participante fait également ressortir la différence de soins entre ceux octroyés à la mère et ceux octroyés au nouveau-né, en pointant un potentiel déséquilibre dans l'accent porté au nouveau-né par rapport à la mère une fois l'accouchement terminé :

[MS13] : «J'étais en néonatalogie, [...]j'venais d'accoucher, mais là j'avais une petite chaise [...] berçante en bois, droite. [...]. Fallait que j'me déplace partout dans l'hôpital. Surtout à ma première [fille], j'allais à la cafétéria, et [...] j'étais assis toute la journée dans une petite chaise toute pognée. [...] On dirait que la mère était comme oubliée parce que le bébé avait besoin de soins [...] ».

- L'approche dans les soins

L'approche utilisée par le/la professionnel.le de santé est également abordée par 24 participant.e.s (soit 96% des parents). Une principale distinction qui s'extirpe du discours des parents concernant l'approche du/de la professionnel.le de santé est selon qu'elle est plus personnalisée ou plus standardisée/protocolaire. Tous les parents disent aimer une approche personnalisée, même s'ils comprennent souvent les raisons derrière la présence de protocoles. Ils font ressortir tout de même que la personnalisation des soins, malgré la présence de protocoles, contribue grandement à une expérience positive des soins :

[MA9] : *Moi j'aime beaucoup les approches personnalisées [...] Donc, probablement que j'aurais aimé ça d'avoir quelqu'un qui vient et qui nous fait les enseignements, peut-être au privé juste [nom de son conjoint] et moi ».*

[MS17] : «Les deux [résidents] viennent. Et là ils commencent à me dire : « On a appelé l'anesthésiste ». [...] Déjà là ils me demandent pas rien encore une fois. [...] Moi j'en avais déjà là. [...] Et là j'ai dit : « Écoute-moi, là. [...] Non. Non. Y en aura pas de péridurale. [...] Je comprends. Je connais les risques, mais je ne suis pas consentante. Je refuse. [...] Amène-moi toutes les papiers que tu veux, je vais les signer ».

Ainsi, ces deux citations, bien que différentes dans le sens où une concerne une approche personnalisée et l'autre une approche protocolaire, renferment toutes deux une information commune : les parents, tout en comprenant l'importance des protocoles à des fins de sécurité, veulent être considérés comme des personnes dotées de la capacité et du droit de

choisir en toutes connaissances des risques et procédures qui les concernent et concernent leur bébé.

Concernant l'approche utilisée par le/la professionnel.le de santé, le thème du *jugement* ressort fortement (75% des femmes avec suivi sage-femme) chez les femmes ayant reçu un suivi sage-femme, principalement car ces dernières disent avoir vécu du jugement de la part de la part d'autres professionnel.le.s de santé. Pour certaines femmes, le vécu de jugement de la part de médecins a orienté par la suite leur choix de suivi vers une sage-femme. Ainsi, ce jugement vécu antérieurement à travers les soins constitue une influence orientant les décisions ultérieures de recours aux soins. C'est le cas notamment d'une participante qui explique avoir vécu de la grossophobie de la part de professionnel.le.s de santé, ce qui a en partie influencé son choix vers une approche sage-femme moins standardisée et plus personnalisée :

[MS8] : « C'est fou la grossophobie avec les femmes enceintes [...]. J'me souviens qu'il y a une résidente qui m'a parlée de faire la chirurgie bariatrique. J'étais enceinte. [...] J'allais pas consulter par rapport à un surplus de poids. J'allais consulter pour qu'on vérifie mon hypertension, si j'en faisais. [...] »

Similairement, des femmes avec un suivi sage-femme abordent la présence de non-jugement au cœur de ce type de soins reçus, ce qui a facilité leur vécu des suivis et de l'accouchement :

[MS18] : « [...] Le coup de cœur pour l'accouchement, c'était littéralement à la maison de naissance. J'me suis sentie à l'aise de tout, là. Tu sais je pouvais crier [...] chanter, là, je criais fort, parce que ça me libérait. J'avais l'impression de pouvoir faire c'que j'avais envie de faire. [...] Sans jugement. [...] En fait, être accompagnée là-dedans [...]. »

Pour d'autres, leur choix d'un suivi avec une sage-femme a occasionné du jugement de la part d'autres professionnel.le.s de santé. C'est ce que relate un père dont la femme a vécu

du jugement de la part d'une médecin après lui avoir expliqué qu'elle recevait un suivi sage-femme :

[PS4] : « Je pense que [ma conjointe] m'a mentionné à moment donné qu'une médecin avait posé la question de pourquoi elle avait choisi d'accoucher avec l'aide des sages-femmes. [...] J'aurais aimé être là [...]. Parce qu'elle avait rien dit, mais je la connais. À l'intérieur d'elle, elle est comme un peu fâchée [...] ».

La plupart des parents (68%) sont également sensibles à la *continuité des soins* comme approche de soins. 75% des femmes avec un suivi sage-femme mentionnent l'importance pour elles d'une continuité dans les soins, alors que 67 % des femmes avec un suivi médical l'abordent.

[MS8] : « R : [...] Ça c'était une des raisons pourquoi je choisissais d'aller avec une sage-femme. C'était de savoir, ben, c'est une équipe [...] de 2 ou de 3, donc tu connais les 3 personnes. Tu vas les avoir vues dans tout ton processus, donc tu sais que ça va être une de ces trois-là qui va être là à ton accouchement ».

Si tous les parents semblent préférer la continuité des soins, certains parents disent toutefois comprendre les raisons derrière une non-continuité. Un participant ayant reçu un suivi médical précise également que la non-continuité permet, dans certains cas, de recevoir de l'information complémentaire et ainsi d'accéder à une plus grande étendue d'explications. Ceci est possible dans le cas de suivi adéquat du dossier entre professionnel.le.s de santé.

Les participant.e.s abordent également la *dimension sociale des soins reçus*, notamment autour de la place de la famille dans les soins, véhiculée par l'approche sage-femme. Ce point vient ainsi faire également référence à l'approche personnalisée des soins :

[MS10] : « Tsé tu te sens pas comme un numéro. Y prennent le temps de te parler, y ont déjà leurs sujets qui doivent aborder à partir d'un certain temps. [...]Y font comme

vraiment un suivi global, vraiment familial, aussi. Tsé oui la maman et le bébé, mais aussi, y tiennent compte de la famille et de notre entourage. »

Concernant la dimension sociale des soins, il est également question du lien entre l'accouchement et la relation développée avec le bébé, qui est, selon quelques participant.e.s, influencée par l'accouchement. Même si cet élément n'est pas mentionné par une grande quantité de participant.e.s (trois, soit 12% des parents), il demeure néanmoins qu'il renseigne sur la valeur d'une approche sociale, centrée sur des considérations au-delà de celles biomédicales :

[MS11] : « [...] *Moi j'crois que l'accouchement a un impact sur le bébé, en termes de [...] lui aussi il le vit. [...] Tsé comme une femme peut être traumatisée de son accouchement, je crois qu'un bébé aussi peut être traumatisé d'un accouchement* ».

- La temporalité

Le concept de temporalité est abordé par les parents; tous les parents semblent remarquer les différentes possibilités de gestion du temps pendant les soins reçus. Si tous vivent des expériences uniques de temporalité et ont des besoins différents en temps lors de l'accouchement (certains accouchements ont une durée plus longue, le temps ne s'exprimant pas de la même façon pour tous les parents), tous les parents se rejoignent dans leur besoin de prendre le temps nécessaire pour tous soins reçu :

[PA6] : « *Il a été correct. Mais [...] il prend pas le temps de discuter, et tout [...]. Tu sais, on s'installe, on pique, et [...] j'en ai un autre à aller voir, là* ».

[MS12] : « *[...] J'aurais été à l'hôpital que sûrement qu'ils auraient voulu me déclencher ou peu importe. Donc j'suis vraiment contente du choix des sages-femmes [...]. Parce que j'me suis vraiment sentie respectée dans le fait que j'voulais que ça prenne le temps que ça prenne* ».

- Le choix

La place du choix parental dans les soins reçus est également centrale au vécu des parents à l'étude. De façon générale, 18 parents (72% des parents) abordent cette dimension et les propos qui y sont liés sont orientés autour d'un double discours : 1) une volonté de pouvoir faire des choix éclairés tout au long de la période périnatale, puis 2) le besoin de sentir que les professionnel.le.s de santé (et le milieu de soins) représentent l'intérêt parental lors de la prise de leurs décisions. Ainsi :

MS11] : «[...] T'es dans un accouchement, t'es pas prête à demander des choses. Tu vis la chose. Donc, j'trouve que le milieu [de santé] devrait être déjà prêt pour t'accueillir là-dedans ».

[MA7] : «[...] J'voulais vraiment être capable de discuter. [...] On n'a pas étudié en médecine, mais on a quand même des connaissances qui nous amènent à vouloir avoir un p'tit peu plus [...]de réponses. Pis à questionner plus aussi. [...]On voulait être capable de vraiment avoir les bonnes informations, et d'être capables de prendre nos décisions de manière éclairée. »

- La bulle

La bulle est abordée par 60% des parents comme élément central dans leur bien-être dans les soins reçus. 92% des femmes avec un suivi sage-femme soulèvent le besoin de créer une bulle familiale ou personnelle pendant l'accouchement et en post-natalité, alors que 33% des femmes avec un suivi médical soulèvent ce même besoin. 50% des pères avec un suivi sage-femme font également ressortir ce besoin, alors qu'aucun père avec un suivi médical a fait explicitement ressortir ce besoin. Voici une citation qui illustre ce besoin pour une mère :

[MS10] : « [...] La seule chose qui m'a manquée [pour ma 2^e fille] : j'ai trouvé que à ma première, j'ai vraiment fait ma bulle. J'tais concentrée. Les gens qui rentraient dans la pièce, j'en n'avais pas connaissance. À ma 2^e, un peu. »

- Les interventions

De façon générale, tous les parents préfèrent le moins d'interventions médicales, dans la mesure du possible. Ce « possible » fait notamment référence à leur vécu physiologique de l'accouchement, et si ce dernier respecte leurs limites personnelles, la sécurité du bébé et la leur. Certaines interventions, réalisées avec le consentement parentale et suite au choix éclairé de ces derniers, peuvent être toutefois vécues de façon positive :

[MS12] : «Moi au début j'voulais vraiment qu'y ait aucune intervention.. Tu sais qu'on me pète pas la poche des eaux, et tout ça. [La sage-femme] me disait: « T'as une membrane qui a pété. L'autre ça peut vraiment être long. Là ça crée de la douleur. [...] Ça fait quand même déjà vraiment longtemps que t'es en processus. Si je crève la poche des eaux, ça va vraiment accélérer le processus. Donc tu sais c'est comme tu veux». Et moi c'que j'trouvais vraiment fin, c'est que elle prenait la peine de vraiment m'expliquer [...] ».

Alors que d'autres interventions, reçues plutôt dans l'urgence, sans le sentiment d'avoir fait un choix, sont souvent vécues très négativement par les parents.

- L'équipe

Le sentiment de faire partie d'une équipe ressort de différentes façons dans le discours des parents, qu'il s'agisse de l'emploi de pronoms possessifs pour désigner le/la professionnel.le de santé (« mon », « ma » professionnel.le) :

[MS2] : « Pis ma sage-femme a eu le feeling de dire : j'vais regarder, où est-ce que ça en est. En regardant, elle a attrapé bébé ».

Puis d'autres femmes abordent cette dimension d'équipe plus directement :

[MS13] : «Le lien que tu crées avec ta sage-femme [...]. Peut-être dans le milieu hospitalier c'est la même chose aussi, je sais pas. [...]Parce que moi j'ai eu la même sage-femme pour la 2e fois aussi.[...] ».

Dans cette dernière citation, la femme mentionne l'importance du lien entre sa sage-femme et elle, en raison notamment du fait qu'elle a déjà eu la même sage-femme pour un accouchement antérieur. Des parents ayant reçu un suivi médical mentionnent aussi la dimension de l'équipe, toutefois elle est davantage exprimée par les parents avec un suivi sage-femme. Les différentes occurrences sont ici importantes à décrire, car elles présentent une distinction considérable dans l'importance du sentiment de faire partie d'une équipe, en fonction du type de suivi choisi : 10 femmes avec un suivi sage-femme (soit 83% des femmes avec suivi sage-femme) et trois pères avec suivi sage-femme (75% des pères avec suivi sage-femme) abordent la dimension de l'équipe. Une femme avec suivi médical (17% des femmes avec suivi médical) et aucun père avec suivi médical abordent cette dimension.

- Le lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement est précisé par les participant.e.s. Parmi les femmes ayant opté pour un suivi sage-femme, deux femmes ont accouché à l'hôpital (17% des femmes avec suivi sage-femme). Parmi les femmes ayant opté pour un suivi médical, six (100% des femmes avec suivi médical) ont accouché à l'hôpital. Huit femmes ayant opté pour un suivi sage-femme ont accouché en maison de naissance (67% des femmes avec suivi sage-femme) et deux (17% des femmes avec suivi sage-femme) ont accouché à domicile.

[PS3] : « R : On a un suivi sage-femme, on va en profiter, puis c'est ce qu'on veut. On veut un accouchement à domicile [...] préférablement. [...]. Il n'y a pas eu trop de discussions à ce sujet-là, puis j'étais très à l'aise personnellement avec cette décision-là ».

[MA5] : « En fait moi ça me rassurait beaucoup d'accoucher à l'hôpital. [...] Puis d'accoucher au Centre Mère-Enfant ».

À noter que toutes ces données concernent le dernier accouchement vécu par les participant.e.s, si ces dernier.re.s en ont vécu plusieurs.

- L'impact négatif des conditions de travail

La catégorie de l'utilisation des services fait ressortir l'impact négatif des conditions de travail sur les soins reçus. Ainsi, comme une participante le mentionne :

[MS18] : « *Éteindre des feux, éteindre des feux, éteindre des feux, tout le temps. Parce que là y avaient pas le temps de connecter avec l'humain. On a pris le temps de le faire avec des infirmières, à l'hôpital, parce que pour nous c'tait important* ».

- Le transfert des soins

Puis les participant.e.s abordent également le transfert des soins, qui semble être une information qui demeure importante dans le déroulement des soins ainsi que l'anticipation par rapport aux soins. Un participant explique le processus du transfert de soins :

[PS3] : « *Elle avait pas beaucoup dormi dans... les 36 heures précédent [...] tout ça. Donc c'est là qu'on a [...] fait le choix éclairé, avec la sage-femme, de faire un transfert à l'hôpital et de terminer l'accouchement avec une péridurale* ».

- Déplacements autour des soins

Il est également question de l'information relative aux déplacements autour des soins, concernant autant le choix d'accoucher à domicile pour éviter les déplacements, que l'approche centralisée des suivis avec une sage-femme :

[MS16] : « *[...] Les sages-femmes t'es comme en service AI. Elles appellent pour faire tes suivis. [...] T'as besoin d'une prise de sang pour thyroïde, elles te la font au bureau. Elles vont chercher dans le DSQ le résultat, et elles t'appellent pour te le dire* ».

- La conscience de soi

Les parents (principalement les mères) abordent également des éléments de vécu qui relèvent d'un travail personnel à traverser et/ou d'une conscience de soi, envisagée de façon plus large. Il est notamment question d'une prise de conscience de la façon dont les

mères vivent leur accouchement, selon si elles ressentent un *sentiment de réussite ou d'échec*. Même si cet élément n'a été mentionné que par quatre parents (16%), il nous apparaît qu'il est important à souligner, car il dénote d'un état d'esprit et d'attentes envers les soins recherchés et cet état d'esprit peut influencer le recours aux soins. À ce sujet, on mentionne ainsi que :

[MA14] : « *Parce que c'est très, très beau socialement de pas avoir pris [la péridurale], c'est très encouragé : « Ah, oui, t'as réussi? Cool!!», « Ah, ben c'est beau, t'as presque réussi...». On entend vraiment ça : fail / réussite ».*

Il est également question de la façon dont les soins entourant l'accouchement et le postnatal ont pu *créer un traumatisme*, ou encore, contribué à la *réparation d'un traumatisme* précédent. Concernant son premier accouchement, une participante révèle que :

[MS17] : « *Moi j'ai vraiment la sensation qu'on m'a arraché mon accouchement. [...] On m'a même pas laissé la chance [...]. J'ai appris que un gynéco qui fait une césarienne, c'est plus payant pour lui. [...] Ça leur prend une heure, merci bonsoir. Y passent à un autre appel. Mais [...] je me répète, mais moi c'est pour le restant de mes jours que [...] j'suis pris avec ça ».*

Elle rajoute ensuite, à propos de son second accouchement, lors duquel elle a pu accoucher naturellement par voie basse :

« *Donc c'est sûr [que] c'est venu mettre un baume sur mon premier accouchement. Ça règle pas tout mais moi je me suis prouvée à moi-même.[...] que je suis capable. [...]. C'est que j'ai pas besoin qu'on me fasse accoucher ».*

Puis, une participante explique qu'elle a dû dépasser le discours préalable négatif d'une infirmière pour arriver à bien vivre son accouchement, ce qui a contribué au sentiment positif qu'elle retire de son expérience :

[MS4] : « *En fait, j'ai réparé la blessure du départ de la fille qui dit : «je les connais, les filles comme toi. Ça finit tout le temps en césarienne d'urgence!». C'est ça qu'elle m'a dit. Elle avait comme scellé mon destin* ».

Certain.e.s participant.e.s discutent également des *limites personnelles* à respecter et connaître à propos de soi lors des soins/suivis reçus. Notamment, il est question de la réception de la péridurale, lorsque les limites personnelles d'une femme sont tout simplement atteintes. En de pareilles circonstances, l'intervention de la péridurale semble être bénéfique, voire parfois nécessaire, pour le vécu d'une expérience positive, en toute connaissance de soi :

[MA5] : « *J'ai pas une bonne gestion de la douleur. Je sais qu'il y a des femmes qui sont vraiment faites fortes,, mais pas moi, et j'm'en suis rendue compte à mon accouchement [...]j'ai vraiment apprécié la venue de [nom de sa fille] parce que là j'étais comme disposée à l'accueillir* ».

Les limites personnelles ressortent aussi concernant des décisions à prendre en tant que parents lors des suivis. Les connaissances et le respect des limites des parents semblent ici encore tout aussi importants pendant comme avant/après l'accouchement, pour garantir que les soins reçus sont en harmonie avec les parents, et ce, en toute sécurité :

[MA5] : « *Dans le fond j'te dirais que c'est plus la période post-accouchement à l'hôpital, qui est plus tannante. Parce que là y a beaucoup d'infirmières qui viennent dans [la] chambre. Ça on a trouvé ça un p'tit peu intrusif. [...]En même temps, nous on était capables de mettre nos limites. [...]Mais [...] quelqu'un qui a moins tendance à mettre ses limites, j pense que ça peut être un p'tit peu tannant [...]* ».

- Le fonctionnement des suivis

Il est également question du fonctionnement des suivis et du processus pour l'accès aux soins, par exemple. Cet élément apparaît important à soulever car il vient renseigner par

rapport à la place centrale de l'approche médicale dans l'esprit de cette participante, pour laquelle la personne dont elle avait besoin pour suivre sa grossesse est son/sa médecin. L'utilisation du terme « besoin » est parlante. Ainsi :

[MA14] : « [...] Moi j'suis allée le voir une première fois quand j'avais 8 semaines de grossesse, parce qu'à moment donné j'avais mal au cœur, et mon pharmacien m'avait temporairement prescrit des Diclectin. J'avais besoin d'avoir un médecin qui suivait ma grossesse ».

5.2.2 Résultats des membres administratifs

Les entretiens avec les membres administratifs ont concerné davantage la pratique sage-femme dans son contexte global. Rappelons que ces deux membres administratifs sont (ou ont été) deux sages-femmes également dans leur pratique. Ces dernières font ainsi également ressortir deux thèmes liés directement avec l'utilisation des soins par les parents et qui constituent selon elles des facteurs influençant le choix de recourir aux services d'une sage-femme. Les voici :

- Le choix

Les deux sages-femmes de cette étude mentionnent que le concept de choix éclairé est central dans la volonté de recourir aux services d'une sage-femme. Il peut s'agir du choix du lieu de naissance, qui est une des premières décisions que les parents prennent en s'engageant dans l'un ou l'autre type de suivi. Il peut aussi tout simplement s'agir de la possibilité de prendre des décisions éclairées tout au long du processus :

[R2] : « Vouloir choisir le lieu de naissance. Ça c'est encore tout à fait d'actualité. Peu importe que la clientèle ait changé ou non, dans le fond, c'est d'avoir aussi des choix. Donc l'aspect du choix éclairé est vraiment au cœur de la volonté des parents de vouloir être suivis par des sages-femmes ».

- La continuité des soins

Concernant la continuité des soins, les deux sages-femmes s'accordent pour dire que la volonté d'être suivie par la même personne pendant tout le processus périnatal est déterminante dans le choix d'un type de suivi. Les sages-femmes interrogées pour cette étude rappellent que les sages-femmes ont à cœur la continuité des soins et qu'elles pratiquent en binôme pour assurer un suivi avec une à trois même.s personne.s autour de la femme. Ce souci de soins continus est même assuré mis en place dès la formation des sages-femmes lorsque les étudiant.e.s sont jumelé.e.s avec des préceptrices qu'elles vont suivre à tout moment de leur pratique pendant la durée du stage :

[R1] : « Donc la préceptrice fait la même chose avec son étudiante, elle est toujours avec elle. [...] Ça lui permet aussi de suivre la clientèle de la sage-femme. Donc de aussi vivre la continuité avec la clientèle ».

Cependant, en raison de différentes raisons, notamment des congés ou des maladies, parfois les sages-femmes n'arrivent pas à assurer cette continuité des soins.

5.3 OBJECTIF 3 : DOCUMENTER LE NIVEAU DES CONNAISSANCES DE PARENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC, QUANT AUX DIFFÉRENTS SERVICES PÉRINATAUX OFFERTS, ET SPÉCIFIQUEMENT CONCERNANT LES SERVICES DE SAGE-FEMME

5.3.1 Résultats des mères et pères

Connaissances et informations en matière de périnatalité

Les connaissances et informations en matière de périnatalité font référence autant aux connaissances et informations que possèdent les parents, que celles manquantes, relatives à la périnatalité.

- L'accessibilité et la circulation de l'information

Il est ainsi question de l'accessibilité et la circulation de l'information relative à la périnatalité. Ce point ressort chez 88% des parents et l'essence du discours des parents est que l'information nuancée relative à la périnatalité est accessible, mais qu'il faut la rechercher activement et qu'ainsi elle ne semble pas circuler facilement. Il est également question de la méconnaissance générale dans l'ensemble de la population concernant l'approche sage-femme :

[MS11] : « [...] Les gens souvent, c'est [...] : Mais là tu fais quoi, t'as pas de médecin!

Ou même des fois, mon père m'a sorti encore à ma 2e grossesse, parce que j'avais des questions sur mon état de santé : Oui, mais [la sage-femme] est pas médecin! Elle est pas médecin, mais elle a un bac complet juste sur ça, la femme, le bébé [...] Moi, à mes yeux, [elles] sont mieux formées qu'un.e médecin généraliste ».

[MS12] : « Je pense que c'est juste que [...] c'est méconnu, au fond. Je pense que c'est pour ça qu'il y a pas beaucoup de gens qui font affaire aux services ».

[MA9] : « [...] Il y en a probablement plusieurs qui auraient accouché [...] en maison de naissance, le sachant. [...] Mais n'ayant pas eu l'information, bien ils ont juste pris la direction [...]générique, d'aller accoucher à l'hôpital. Tu sais, ou même d'accoucher à la maison. Je sais même pas si c'est permis, au Canada, d'accoucher à la maison! ».

Ainsi, cette méconnaissance par rapport à la profession sage-femme, ainsi que la circulation difficile de l'information nuancée et complète concernant la période périnatale, influencerait le choix de suivis.

- La communauté informatrice

La question de la méconnaissance vient également rejoindre un autre thème qui est exposé par 80% des parents, qui est l'influence informative de la communauté (entourage) au niveau de la circulation de l'information relative à l'approche sage-femme. Une mère explique que la non-présence de personnes dans un entourage proche étant en mesure de lui expliquer concrètement l'approche sage-femme a influencé potentiellement le choix de ne pas y recourir soi-même :

[MA14] : « Tu veux pas que ça devienne un travail à temps complet de préparer ton accouchement. Parce que, moi, j'avais plein de choses dans ma vie aussi à ce moment-là. [...] Donc si j'avais eu peut-être une personne proche qui m'avait présenté, tu sais, l'ensemble des cartes sur la table, peut-être que j'aurais réfléchi différemment ».

- L'inconnu et le connu

Finalement, cette catégorie de thème comprend également tout ce qui est inconnu ou connu par les parents autour de la période périnatale. De façon générale, beaucoup de parents (52%) abordent le fait que devenir parent plonge dans l'inconnu et l'incertitude, et surtout pour une première grossesse :

[MA5] : « Je pense qu'au premier accouchement y a toute l'incertitude de on le sait pas, là, ça se passe comment, un accouchement ! [...] On n'est pas exposées à toutes les options, je trouve, au début. Et ça va vite au début. Parce que là, bien faut qu'tu prennes ton premier rendez-vous, avec le médecin, et là lui y te donne tes prescriptions. [...] Tout déboule un peu. [...] C'était pas tellement un choix que j'ai fait. [...] J'suis plus allée avec les options qui m'étaient offertes en ce moment [...]. C'est beaucoup d'inconnu au début quand on tombe enceinte. J'pense que pour une 2e grossesse, on le sait plus c'est quoi nos options, et à quoi s'attendre. Mais la première fois, on le sait pas ça marche comment un suivi de grossesse [...] ».

- La culture populaire

Il est également mention à quelques reprises (par six participant.e.s) de la culture populaire (télévision, films, livres etc.) et de son rôle dans la construction des connaissances,

informations et croyances relatives à la période périnatale ainsi qu'aux soins/services disponibles. À ce sujet, il semblerait que la culture populaire ne serait pas représentative de la maternité dans toutes ses nuances :

[PS1] : « *Je savais pas comment ça fonctionnait, c'était quoi les étapes. Parce que dans un film, t'as la femme crève les eaux, est à l'hôpital, elle accouche* ».

[MS3] : « *[...] Je trouve que dans la culture actuelle [...] on présente l'accouchement comme étant... ça va être un moment horrible, atroce, de douleur. [...] Donc tu veux pas ne pas avoir de péri[durale]. [...]. C'est ça qu'on reçoit quand qu'on regarde la télé, quand on regarde les séries, la femme elle hurle. Et, finalement, quand tu regardes les vidéos d'accouchements physio[logiques], la femme est pas en train de hurler, comme j viens de me casser une jambe. C'est des sons complètement différents que la femme émet* ».

5.3.2 Résultats des membres administratifs

Connaissances et informations en matière de périnatalité

Ce qui se démarque des entretiens avec les membres administratifs est qu'un facteur influençant fortement les décisions parentales semble être le peu de mention de l'option sage-femme non seulement dans la communauté directe autour des parents (amis/familles), mais également dans la *communauté professionnelle* qui les accompagne et ainsi dans le discours des professionnel.le.s de la santé (autres que les sages-femmes). Autrement dit, le peu de mention de l'approche sage-femme par les autres professionnel.le.s de la santé influence la perception des parents quant à l'offre de ces services :

[R1] : « *[...] On est encore dans une génération qui a pas encore eu beaucoup de suivis sage-femme. Ça s'en vient. Mais là ça fait que ça fait pas partie des options d'emblée. [...] Le problème c'est que même dans les milieux de la santé c'est pas toujours bien connu. La femme qui va aller faire son premier rendez-vous avec une infirmière, parce*

qu'elle a pas encore de médecin, peu importe. Normalement, l'infirmière devrait lui parler que les sages-femmes existent. C'est pas toujours le cas ».

À cela s'ajoute également la persistance de l'*inconnu*, directement en lien avec le niveau de connaissances dont disposent les parents. Ainsi, les méconnaissances entourant la pratique sage-femme ainsi que le réflexe, principalement pour une première grossesse, de se diriger vers ce qui est connu et familier, influencent le recours aux soins biomédicaux :

[R1] : « *Je pense que ça serait primordial qu'on démystifie encore, en 2021, c'est quoi une sage-femme. Elle fait partie du système de santé actuel. C'est pas au privé ! La majorité des gens vont connaître davantage les chiro[praticien]s que les sages-femmes !* »

[R2] : « *Quand t'as jamais été enceinte, que tu débutes ta grossesse [...], c'est fou être enceinte. C'est tellement de changements. Tu veux aller vers [ce que] tu connais. Tu connais l'hôpital [si] tout le monde autour de toi a accouché à l'hôpital ».*

Ont donc été présentés les résultats tirés des entretiens avec les membres administratifs de la profession de sage-femme, ainsi que ceux issus de l'analyse documentaire des deux références sélectionnées pour cette étude.

5.3.3 Résultats des analyses documentaires

Dans le cadre des analyses documentaires et tel qu'il a été expliqué dans le chapitre 3, le guide *Mieux vivre avec notre enfant* ainsi que le site web de *Naître et grandir* (site web et magazine, consulté sous le format web et via l'infolettre par les parents à cette étude) ont été retenus aux fins d'analyses. Y sont donc illustrées les occurrences des mentions de la « sage-femme » (singulier/pluriel) à travers les deux éditions du guide *Mieux vivre*, ainsi que quelques passages qui illustrent le contexte de ces mentions. Les analyses NVivo font ressortir un total de 27 mentions de l'approche sage-femme pour l'édition de 2019 du *Mieux vivre* et un total de 29 mentions pour l'édition de 2021. Une recherche par mots-clés

(*sage-femme* et *sages-femmes*) effectuée sur le moteur de recherche de la page principale de *Naître et grandir* révèle, quant à elle, un total initial d'environ 301 résultats sur la page de *Naître et grandir* pour une recherche avec le mot-clé «sage-femme», puis un total de 371 pour une recherche avec le mot-clé «sages-femmes» (pluriel).

Le tableau 4 présente ainsi les résultats de l'analyse du discours relatif à la sage-femme dans les deux éditions retenues du *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*.

Tableau 4 : Analyse du discours relatif à la sage-femme dans les éditions 2019 et 2021 du *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*

Références [Occurrences totales de références à la sage-femme par édition]	Exemples de citations pertinentes
<p><i>Mieux vivre avec notre enfant</i> (Édition 2021)</p> <p>[29 **Dont une référence qui contient deux fois la mention sage-femme, comparativement à l'édition 2019 pour laquelle une référence similaire n'en comportait qu'une unique mention]</p>	<p>[Accessibilité des professionnels de santé – non mention de l'approche sage-femme, mais tout de même pertinent]</p> <p>« L'accessibilité à des professionnel de la santé, à différents lieux de naissance, à des services d'accompagnantes ou à des rencontres et activités prénatales varie d'une région à l'autre. Pour obtenir de l'information sur les services offerts dans votre région, vous pouvez vous renseigner auprès de professionnel de la santé des hôpitaux, des cliniques ou de votre CLSC.»</p> <p>[Choix du lieu d'accouchement]</p> <p>«Si vous envisagez d'accoucher avec une <u>sage-femme</u>, que ce soit en maison de naissance, à domicile ou à l'hôpital, communiquez avec votre CLSC en début de grossesse pour savoir s'il y a des services de <u>sages-femmes</u> dans votre région.»</p> <p>[Complications relatives à la grossesse/accouchement]</p> <p>« Si vous perdez vos eaux avant 37 semaines, cela peut représenter un risque pour le bébé. Si vous croyez avoir une perte de liquide amniotique, ou en cas de doute, téléphonez à votre sage-femme ou à votre lieu de naissance, ou encore allez à l'hôpital. »</p> <p>« Si votre bébé se présente par le siège, votre médecin ou votre sage-femme pourra vous proposer de tenter une version du bébé autour de 36 ou 37 semaines, afin qu'il se présente la tête en bas. Ceci augmente vos chances d'avoir un accouchement vaginal. La version se fait à l'hôpital. »</p> <p>[Préparation à l'accouchement]</p> <p>« Votre date prévue d'accouchement n'est pas une date limite. Si vous n'avez toujours pas accouché à 40 semaines, il y a encore de bonnes chances que le travail commence de lui-même. Il peut toutefois être préférable d'accoucher avant 42 semaines plutôt que d'attendre que les 42 semaines de grossesse soient finies. Après 41 semaines, s'il n'y a toujours aucun signe que le travail a débuté, votre médecin ou votre sage-femme discutera avec vous des options possibles. On pourra vous proposer certains tests, par exemple le monitoring et l'échographie. »</p>

Références [Occurrences totales de références à la sage-femme par édition]	Exemples de citations pertinentes
	<p>« Vérifiez en fin de grossesse avec votre médecin ou votre sage-femme à quel moment vous devrez vous rendre à votre lieu de naissance. »</p> <p>[Soins néonataux]</p> <p>« Durant votre séjour au lieu de naissance, les infirmières, médecins ou sages-femmes vont donner des soins à votre bébé pour assurer son bien-être et pour prévenir ou dépister des problèmes de santé. »</p> <p>[Soins en lactation]</p> <p>« Les contraceptifs hormonaux n'ont pas d'effets sur la qualité du lait et sur la santé du nourrisson. Toutefois, si vous prenez un contraceptif hormonal combiné et que vous allaitez, il peut arriver que vous observiez une faible réduction de la quantité de lait produite. Si c'est le cas, communiquez avec une consultante en lactation, votre sage-femme, votre médecin ou une infirmière du CLSC. »</p> <p>[Compétences partagées des professionnels de santé]</p> <p>« Au moins trois semaines avant votre départ, ou moins si votre état de santé vous oblige à partir plus tôt, vous devez fournir à votre employeur un avis écrit mentionnant la date à laquelle commencera votre congé de maternité ainsi que la date prévue de votre retour au travail. L'avis doit toujours être accompagné d'un certificat médical détaillé ou d'un rapport écrit et signé par une sage-femme. »</p>

Références [Occurrences totales de références à la sage-femme par édition]	Exemples de citations pertinentes
<p><i>Mieux vivre avec notre enfant</i> (Édition 2019)</p> <p>[27]</p>	<p>[Accessibilité des professionnels de santé – non mention de l'approche sage-femme, mais tout de même pertinent] <i>«L'accessibilité à des professionnels de la santé, à différents lieux de naissance, à des services d'accompagnantes ou à des rencontres et activités prénatales varie d'une région à l'autre. Pour obtenir de l'information sur les services offerts dans votre région, vous pouvez vous renseigner auprès de professionnels de la santé des hôpitaux, des cliniques ou de votre CLSC.»</i></p> <p>[Choix lieu d'accouchement] <i>«Si vous envisagez accoucher en maison de naissance ou à domicile, communiquez avec votre CLSC en début de grossesse pour savoir s'il y a des services de <u>sages-femmes</u> dans votre région.»</i></p> <p>[Complications relatives à la grossesse/accouchement] <i>« Si vous croyez avoir une perte de liquide amniotique, ou en cas de doute, téléphonez à votre sage-femme, à la salle d'accouchement ou allez à l'hôpital pour savoir avec certitude s'il s'agit de liquide amniotique ou non. »</i></p> <p>[Préparation à l'accouchement] <i>« Il peut être préférable d'accoucher entre 41 et 42 semaines plutôt que d'attendre que les 42 semaines de grossesse soient finies. Si vous avez terminé 41 semaines et qu'il n'y a toujours aucun signe que le travail a débuté, vous pouvez évaluer vos options avec votre médecin ou votre sage-femme. »</i></p> <p>[Soins néonataux] <i>« Durant votre séjour au lieu de naissance, les infirmières, médecins ou sages-femmes vont donner des soins à votre bébé pour assurer son bien-être et pour prévenir ou dépister des problèmes de santé. »</i></p> <p>[Soins en lactation] <i>« Cliniques d'allaitement – Elles existent dans plusieurs régions. Elles offrent un service plus spécialisé ; des infirmières, des consultant en lactation IBCLC et parfois des médecins y travaillent. Ces services, qui peuvent être gratuits ou non, sont très utiles si vous avez des problèmes. Médecin – Il examinera votre bébé au cours du suivi régulier. Si l'état de santé de votre bébé</i></p>

Références [Occurrences totales de références à la sage-femme par édition]	Exemples de citations pertinentes
	<p><i>vous inquiète, le médecin est la meilleure personne pour l'évaluer. Il peut aussi vous aider si vous avez des infections au sein ou au mamelon. Sages-femmes – Elles assurent le suivi de leur clientèle jusqu'à six semaines après la naissance. Toutes ces personnes devraient être en mesure de vous orienter vers d'autres ressources si vous avez des problèmes particuliers. »</i></p> <p>[Compétences partagées des professionnels de santé]</p> <p><i>« Au moins trois semaines avant votre départ, ou moins si votre état de santé vous oblige à partir plus tôt, vous devez fournir à votre employeur un avis écrit mentionnant la date à laquelle commencera votre congé de maternité ainsi que la date prévue de votre retour au travail. L'avis doit toujours être accompagné d'un certificat médical détaillé ou d'un rapport écrit et signé par une sage-femme. »</i></p>

Quant à lui, le tableau 5 rapporte tous les titres d'articles/dossiers, sélectionnés selon les critères d'inclusion de cette étude et abordant l'approche sage-femme sur le site de *Naître et grandir*, à partir de 2019, et en date du 11 janvier 2022. Les résultats de ce tableau sont présentés selon leur classement (position) à travers les onglets du site web *Naître et grandir* ainsi que d'après tous les titres des dossiers/articles qui ressortent lors de la recherche documentaire par mots-clés « sage-femme », au singulier et au pluriel.

Tableau 5 : Dossiers et exemples de passages faisant référence à l'approche sage-femme sur le site *Naître et grandir*

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Classement des dossiers	Titres des dossiers [Exemples de passages retrouvés]
Naître et grandir → Accueil → Grossesse → Accouchement	<p>« <i>Quand se rendre au lieu de naissance?</i> »</p> <p>« <i>L'accouchement vaginal après une césarienne.</i> »</p> <p>« <i>L'accompagnement à la naissance ou doula</i> »</p> <p>« <i>Accouchement : provoquer le travail</i> »</p> <p>[« <i>Il est important que vous consentiez aux méthodes utilisées pour stimuler votre travail. Pour ce faire, vous devez être informée des avantages, des inconvénients et des contre-indications de l'usage de ces méthodes, s'il y a lieu. Si vous avez des questions, discutez-en avec votre médecin ou votre sage-femme.</i> »]</p> <p>« <i>Accouchement: les interventions médicales</i> »</p> <p>« <i>Accouchement: conseils pour chaque stade du travail</i> »</p> <p>« <i>Accouchement: la césarienne</i> »</p> <p>« <i>Les stades du travail et de l'accouchement</i> »</p> <p>« <i>L'arrivée au lieu de naissance</i> »</p> <p>« <i>Le 4e trimestre</i> »</p> <p>« <i>Quand l'accouchement ne se déroule pas comme prévu</i> »</p> <p>[« <i>Reparler de l'accouchement avec son médecin, sa sage-femme ou son accompagnante pour avoir une meilleure perspective des événements;</i> »]</p> <p>« <i>Récupérer après l'accouchement</i> »</p>
Naître et grandir → Accueil → Grossesse → 1 ^{er} trimestre	<p>« <i>Sage-femme: suivi de grossesse et accouchement</i> »</p> <p>[« <i>La sage-femme est une professionnelle de la santé responsable d'offrir des soins et des services pendant la grossesse, l'accouchement et les 6 semaines suivant la naissance. Pour être suivie par une sage-femme, la future mère doit être en santé, et la grossesse doit se dérouler normalement. C'est habituellement le cas de 80 % des grossesses.</i> »]</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Classement des dossiers	Titres des dossiers [Exemples de passages retrouvés]
	<p>[« Si une complication survient pendant le travail, la sage-femme consultera un médecin et procédera au transfert de soins vers une équipe médicale si cela est nécessaire. De 16 à 18 % des accouchements qui débutent avec une sage-femme se terminent à l'hôpital. Il s'agit rarement de transferts urgents puisque la plupart sont faits de manière préventive. Les deux principales raisons de transfert sont l'arrêt de la progression du travail et la demande d'une épidurale. »]</p> <p>« Suivi de grossesse: les visites et les différents tests à passer »</p> <p>[« Selon les services disponibles dans votre région, vous pouvez être suivie par un médecin de famille, un obstétricien, une <u>sage-femme</u> ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS). Les sages-femmes peuvent suivre uniquement les femmes qui présentent une grossesse normale et qui n'ont pas d'antécédents médicaux nécessitant une surveillance particulière. Une IPS peut faire le suivi d'une grossesse à risque élevé. Toutefois, le suivi se fera en collaboration avec un médecin. »]</p> <p>« Les droits pendant la grossesse et l'accouchement »</p> <p>« Grossesse: dépistage de la trisomie 21 »</p> <p>« Jumeaux et triplés: à quoi s'attendre lors d'une grossesse multiple »</p> <p>[« Étant donné que la grossesse multiple est considérée comme à risque, elle nécessite un suivi un peu plus serré. Les femmes enceintes de jumeaux ou de triplés qui sont suivies par un médecin de famille ou une sage-femme bénéficieront habituellement aussi d'un suivi conjoint avec un obstétricien spécialisé. »]</p> <p>« Les nausées et les vomissements durant la grossesse »</p> <p>« La durée de la grossesse et la date d'accouchement »</p> <p>« Brûlures d'estomac et reflux gastrique durant la grossesse »</p> <p>« Midwives: Care during pregnancy and delivery »</p>
<p>Naître et grandir → Accueil → Grossesse → 2^e trimestre</p>	<p>« Grossesse: les cours prénataux »</p> <p>« Les mouvements du bébé durant la grossesse »</p> <p>« Grossesse: varices et varicosités »</p> <p>« Grossesse: les vergetures »</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Classement des dossiers	Titres des dossiers [Exemples de passages retrouvés]
Naître et grandir → Accueil → Grossesse → 3e trimestre	<p>« <i>Le travail et l'accouchement prématurés</i> »</p> <p>« <i>L'hypertension et la prééclampsie durant la grossesse</i> »</p> <p>« <i>Le plan de naissance</i> »</p> <p>« <i>Positions dans l'utérus: présentation par la tête et par le siège</i> »</p> <p>« <i>Accouchement: les signes du travail</i> »</p>
Naître et grandir → Accueil → Grossesse → Santé et bien-être	<p>« <i>Peurs courantes et anxiétés pendant la grossesse.</i> »</p> <p>[« <i>Pour mieux gérer la peur d'accoucher, il peut être bénéfique de s'informer sur le déroulement de l'accouchement et d'obtenir des réponses aux questions préoccupantes en discutant avec son médecin ou sa sage-femme.</i> »]</p> <p>« <i>L'activité physique durant la grossesse</i> »</p> <p>« <i>La sexualité durant la grossesse: questions et réponses</i> »</p> <p>[« <i>Toutefois, par mesure de sécurité, il vaut mieux interrompre un rapport sexuel si vous ressentez de la douleur ou de l'inconfort. Il est alors préférable d'en parler avec votre médecin, car les causes peuvent varier. Il pourrait s'agir d'une cause sans danger comme la sécheresse vaginale, mais aussi de contractions du col. Dans ce cas, il est important que votre médecin ou votre la sage-femme évalue le risque pour la grossesse.</i> »]</p> <p>« <i>Le cannabis durant la grossesse</i> »</p> <p>« <i>Fatigue et sommeil durant la grossesse</i> »</p> <p>« <i>Exercices pour le périnée (Kegel), les cuisses et les abdos</i> »</p> <p>« <i>Soins pour le corps durant la grossesse</i> »</p> <p>« <i>Grossesse et exercice: bras et épaules</i> »</p> <p>« <i>Grossesse et exercice: jambes et muscles fessiers</i> »</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Classement des dossiers	Titres des dossiers [Exemples de passages retrouvés]
	<p>« <i>Grossesse et exercice: les abdominaux</i> »</p> <p>« <i>Grossesse et exercice: le dos</i> »</p> <p>« <i>Grossesse: une gamme d'émotions pour le couple</i> »</p>
<p>Naître et grandir → Accueil → Grossesse → Actualités → 2018.</p>	<p>« <i>En manchettes : chicanes entre frères et sœurs, sages-femmes et bienfaits des garderies.</i> »</p>
<p>Naître et grandir → Accueil → Grossesse → Actualités → 2019.</p>	<p>« <i>Vivre une grossesse quand on a subi une agression sexuelle</i> »</p>
<p>Naître et grandir → Accueil → Grossesse → Actualités → 2020.</p>	<p>« <i>COVID-19 – Accouchement : le port du masque dénoncé</i> »</p> <p>[« <i>Dans d'autres hôpitaux, on demande aux femmes de porter le masque en spécifiant qu'elles pourront l'enlever si elles ne le tolèrent plus. Il semble y avoir de plus en plus de pression pour qu'elles le portent le plus longtemps possible, souligne Josyane Giroux. C'est quand même insidieux pour une femme qui accouche de devoir faire ce choix. Cela amène une réflexion difficile en plein travail actif.</i> »»]</p> <p>« <i>COVID-19: le point sur le suivi de grossesse et l'accouchement</i> »</p> <p>[Le 24 mars, le MSSS a publié un document préparé avec l'Ordre des sages-femmes et le Regroupement Les sages-femmes du Québec. Selon les directives qui s'y trouvent :L'accouchement en maison de naissance devrait être privilégié. Cependant, dans certaines situations, l'accouchement à domicile pourrait être une option acceptable. Une seule personne, que ce soit le ou la partenaire ou une personne accompagnatrice, peut être présente à l'accouchement. Le suivi des femmes qui ont des symptômes de COVID-19 ou qui pourraient avoir été exposées au virus sera transféré au milieu médical. »]</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Classement des dossiers	Titres des dossiers [Exemples de passages retrouvés]
Naître et grandir → Accueil → Grossesse → Actualités → 2021.	« <i>Les sages-femmes pourront prescrire davantage de médicaments.</i> » « <i>Passeport vaccinal et accouchement : qu'en est-il?</i> »
Naître et grandir → Dossiers → Grossesse de A à Z.	« <i>La grossesse de A à Z / Dossier</i> »
Naître et grandir → Accueil → 0 à 12 mois → 0 à 12 mois – > Nouveau-né	« <i>Tests de dépistage</i> »
Naître et grandir → Accueil → 0 à 12 mois → 0 à 12 mois – > Nourrir	« <i>Allaier des jumeaux</i> »
Naître et grandir → Accueil → Santé	« <i>Le suivi médical de bébé – Santé</i> »

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Classement des dossiers	Titres des dossiers [Exemples de passages retrouvés]
	[« [...] Si le suivi de grossesse est fait par un obstétricien, une sage-femme ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS), demandez à cette personne si elle connaît un médecin qui pourrait faire les suivis de santé de votre bébé; »]
Naître et grandir -> Accueil -> Chroniques	« Accouchement: minimiser les interventions » [« Le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues s'est récemment penché sur la question. Sa conclusion : pour les grossesses à faible risque, plusieurs interventions n'ont pas de réels avantages. Ils ont donc dressé une liste de recommandations s'adressant aux médecins, aux infirmières et aux sages-femmes pour limiter les interventions inutiles. »]

* À noter que la mention de la sage-femme est aussi présente dans le document PDF servant d'exemple de plan de naissance et fourni sur le site web de *Naître et grandir* (Fondation Chagnon, 2022).

Les résultats du tableau 5 présentent ainsi les 53 différents titres de dossiers et articles qui mentionnent l'approche sage-femme, divisés dans 14 différentes catégories, sur le site web de *Naître et grandir*. Ces résultats, au-delà de faire ressortir les occurrences de mention de l'approche sage-femme ainsi que les thèmes de contenu y étant associés, présentent également l'ordre grammatical employé dans les phrases pour faire valoir l'approche sage-femme. Nous discuterons de ces informations plus tard dans cette section.

Abordons maintenant les constats tirés de l'analyse des références documentaires, autour des concepts de temporalité et de gestion du risque. Concernant la temporalité, le guide *Mieux vivre* est habituellement remis gratuitement aux parents lors de leur première visite prénatale, soit entre huit et 11 semaines de grossesse (INSPQ, 2022). Toutefois, le moment et le lieu exact de remise du guide peuvent varier en fonction de la région (INSPQ, 2022). Comme notre étude de cas cible la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches comme zones principales de la région de Québec, voici les particularités de remise du guide pour ces deux zones. Dans la Capitale-Nationale, le guide est habituellement remis par l'infirmière de la clinique prénatale (sous référence d'un.e médecin) au cours du premier suivi pour une femme optant pour un suivi médical (INSPQ, 2022). Il sera remis par la sage-femme au tout début de la grossesse, soit habituellement au premier suivi, si la femme décide d'être suivie par une sage-femme (INSPQ, 2022). Dans la région Chaudière-Appalaches, le guide est habituellement remis lors du premier rendez-vous de suivi de grossesse, indépendamment du/de la professionnel.le de santé. La page *Naître et grandir* est quant à elle abordée par les professionnel.le.s de santé au cours des suivis de grossesse, mais sans directives gouvernementales préétablies. Dans le cas des deux références, nous pouvons noter que la zone temporelle de distribution ou recommandation d'une ressource ou l'autre s'insère au début de la grossesse, soit dans la période périnatale. Ceci laisse la période pré-conceptionnelle aux soins des parents, selon s'ils veulent/peuvent s'informer et se préparer à la grossesse et l'accouchement.

En ce qui concerne le concept de gestion du risque, associé à la médicalisation de la naissance et certaines idéologies sociétales adoptées envers la naissance, il apparaît que les deux références, à travers leur contenu varié respectif, font état d'un contenu qui peuvent se diviser en quatre

catégories principales : 1) l'information liée aux approches et soins disponibles; 2) l'information liée aux différentes étapes/dimensions relatives à la période périnatale; 3) l'information liée aux risques et aux possibilités de gestion de ces risques et 4) l'information concernant le nouveau-né et l'enfant. La catégorie qui nous intéresse ici est celle de la gestion du risque, car elle informe sur la façon dont l'idéologie de surveillance du risque est véhiculée à travers l'information publique en santé. À première lecture des titres des articles (*Naître et grandir*) et des titres des sections (*Mieux vivre*), l'impression générale est qu'il existe une myriade de décision que doivent prendre les parents à chaque instant de la grossesse et de l'accouchement. Voici deux informations divulguées à travers ces ressources et concernant un risque potentiel :

[Mieux vivre, Édition 2021] : « Si vous perdez vos eaux avant 37 semaines, cela peut représenter un risque pour le bébé. Si vous croyez avoir une perte de liquide amniotique, ou en cas de doute, téléphonez à votre sage-femme ou à votre lieu de naissance, ou encore allez à l'hôpital ».

Ces phrases indiquent d'une part aux parents le potentiel de risque résultats d'une perte de liquide amniotique, et d'autre part qu'ils ont une action à poser pour répondre à ce risque. Le bien-fondé d'une telle information est non discutable, car la perte de liquide amniotique peut représenter un risque sévère, mais ici ce qui nous intéresse est la façon dont le risque est mis de l'avant et l'effet que cela peut enclencher chez les parents.

[Naître et grandir, article : « Jumeaux et triplés : à quoi s'attendre lors d'une grossesse multiple », 2022] : « Étant donné que la grossesse multiple est considérée comme à risque, elle nécessite un suivi un peu plus serré. Les femmes enceintes de jumeaux ou de triplés qui sont suivies par un médecin de famille ou une sage-femme bénéficieront habituellement aussi d'un suivi conjoint avec un obstétricien spécialisé ».

Cette information vient soulever un risque potentiel d'une grossesse multiple ainsi que les particularités d'un suivi qui présente un tel risque. Ici encore, le risque en soi d'une grossesse multiple n'est pas questionné par cette thèse; seule la façon dont est exposée le risque ainsi que l'effet potentiel de cette information sur le parent est analysé.

Ces citations, extraites des deux références documentaires, présentent des risques dont la gestion doit se faire selon une responsabilité partagée : les professionnel.le.s de santé ainsi que les parents. D'une part, les parents ont des décisions à prendre et un certain niveau de vigilance à maintenir. D'autre part, les professionnel.le.s de santé sont outillé.e.s selon des procédures préétablies pour gérer les différentes situations de risques. Cette responsabilité partagée revient, de façon générale, à travers le contenu abordant le risque dans ces deux références documentaires.

5.4 OBJECTIF 4 : DOCUMENTER LE CONTEXTE GLOBAL ET SYSTÉMIQUE QUI INFLUENCE L'UTILISATION DES SOINS DE SAGE-FEMME PAR DES PARENTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

5.4.1 Résultats des mères et pères

Contexte macro

- *Les services gouvernementaux*

Tous les participants abordent le thème des services gouvernementaux comme éléments contextuels macro, comprenant notamment les mesures de conciliation travail-famille, les congés parentaux et les services de garderie.

Les services de garderies semblent constituer une zone de stress, d'appréhensions et de logistiques complexes autour des décisions de conception, de la période de la grossesse et du vécu postnatal. Un participant aborde la responsabilité gouvernementale, en fonction de la Constitution, dans l'octroi d'une éducation publique aux enfants. Cette obligation constitutionnelle pourrait être interprétée comme s'appliquant également aux services de garderie avant l'entrée à l'école primaire. De plus, d'autres parents abordent le stress engendré par la recherche d'un milieu de garderie de qualité dans un contexte de pénurie importante de places disponibles. Ce stress peut même être vécu dès la conception de l'enfant et ainsi influencer toute la période périnatale, et peut-être, indirectement, le type de suivi choisi :

[MS4] : « [...] En fait, si tu souhaites tomber enceinte, l'idéal c'est de calculer que t'accouches en septembre. [...] Tu prends le congé long, pour vrai. Parce que, en septembre, les places se renouvellent. [...] Tu vas toujours trouver quelque chose, [...] mais, ça se peut que ça soit quelque chose pour dépanner, ou que t'aies beaucoup de téléphones à faire. Pis ça, ça doit faire partie du post-partum pis de l'angoisse des mères. [Ce sont] beaucoup les mères qui portent ça ».

[PS5] : « [...] Dans les traités signés par le Canada, bien il y a une obligation de fournir l'éducation publique à tous les enfants. Et la perception des services de garde, [c'est que] c'est pas de l'éducation. Alors que c'est clairement une forme d'éducation. [...]. L'État se décharge, d'une certaine manière, de cette obligation-là, et il est pas en mesure d'offrir des services de garde publics à tous les enfants ».

À ce sujet, certain.e.s participant.e.s ajoutent également un questionnement quant à l'organisation sociale au Québec dans l'éducation des enfants d'âge préscolaire, ainsi que les différents rôles et responsabilités concernant cette éducation. À qui devrait revenir ce rôle? Une participante fait référence à la place de la culture dans l'organisation sociale des rôles et responsabilités :

[MA9] : « [...] Il y a d'autres pays où c'est la famille, carrément, [...] qui est toute le système d'encadrement postnatal [...] ».

Dans tous les cas, une discussion semble ainsi ouverte sur le besoin d'un potentiel repositionnement sociétal quant au rôle qui revient à chaque acteur dans l'éducation des enfants, ainsi que la mise en place de mesures adaptées à ces rôles prédéterminés et choisis sur l'espace public.

Les congés parentaux sont également discutés par tous/toutes les participant.e.s. Précisons que présentement, au Canada, ces congés sont répartis ainsi : le congé de maternité pouvant être pris par la mère biologique pendant la grossesse (jusqu'à 16 semaines avant date prévue) et jusqu'à 20 semaines après l'accouchement (pour un total de 18 semaines continues), un congé de paternité pouvant débuter dès la naissance et jusqu'à 78 semaines après l'accouchement (pour un total de

cinq semaines continues) et un congé parental, pouvant se dérouler dès la naissance et jusqu'à 78 semaines après l'accouchement (pour un total de 65 semaines continues) (Éducaloi, 2022).

Ainsi, si tous/toutes les participant.e.s ont leur propre vécu de ces congés, un point commun semble les rejoindre : les mesures prévues actuellement concernant les congés parentaux sont intéressantes et bonnes comparativement à d'autres systèmes, mais la durée du congé pourrait être supérieure et cela bénéficierait autant aux parents qu'aux enfants. D'une part, plusieurs participant.e.s abordent notamment l'importance d'un congé plus long pour le père :

[PSI] : « [...] Déjà commencer par donner plus de congés, pour laisser le temps à avoir plus de soins pour l'enfant. Et j'ai l'impression que si les deux conjoints restaient plus de temps à la maison, peut-être [...] ça aiderait un peu à faire comprendre à l'autre conjoint ou l'autre conjointe ce que ça représente d'avoir un enfant. De créer un lien familial entre les trois, où [avec] les autres enfants qui étaient déjà là, plus fort [...] Parce que six semaines c'est tellement pas beaucoup. [...] Ta vie change tout à coup, [...] et après tu recommences la routine [...]. C'est comme si tu devais faire comme s'il n'y avait rien eu de nouveau [...] ».

Une mère apporte une nuance en signifiant l'intérêt que le père prenne des semaines de congé de paternité seul avec l'enfant, de façon à permettre un meilleur partage des tâches familiales :

[MS13] : « Je pense que ça serait bien que le père ait des semaines où il soit juste tout seul, lui, avec l'enfant, pendant que la mère [...] recommence à travailler [...] Après, j'me souviens plus, 50 semaines [...], que là le père prenne un autre p'tit congé, et que là il voit c'est quoi vraiment [...] la vie avec un enfant. Je trouve que ça va permettre un meilleur [...] partage des tâches ».

Les mesures de conciliation travail-famille sont également abordées par 84% des parents, ce qui représente une occurrence élevée. Ainsi, de façon générale, les parents mentionnent deux besoins principaux : 1) de plus adéquates mesures de conciliation travail-famille avec les employeurs et 2) un meilleur arrimage de services offerts aux parents pour compenser la pénurie de places en garderie, ce qui vient nuire à leur retour au travail et leur situation financière. Ainsi, une mère exprime :

[MS8] : « [...] C'est sûr qu'au niveau du RQAP¹, là en ce moment on a une pénurie de places en garderies. [...] Pour moi, ça devrait aller avec le RQAP dans le sens que [...] si on n'est pas capables de trouver une place en garderies et qu'on peut pas retourner au travail, bien ça nous prend quelque chose [une mesure]. Et là en ce moment, il y a plein de personnes qui, surtout des ¹mamans, tombent en sans solde ».

De telles préoccupations peuvent donc influencer l'état d'esprit durant la période périnatale et indirectement la disponibilité mentale pour le processus décisionnel entourant un choix de suivi. Une mère soulève également la réalité difficile d'une recherche d'emploi en étant enceinte ou après un congé de maternité :

[MS17] : « Quand [les employeurs] ont appris ma grossesse, [...] ils ont mis fin à mon lien d'emploi. [...] Moi je les ai poursuivis pour ça au tribunal administratif du travail, j'ai gagné, bon. [...]. C'est une autre histoire. Mais ça a mené au fait que, à ce moment-là, j'étais enceinte aussi. [...] C'était difficile de me trouver un autre endroit [emploi] ».

- Les contextes socio-historique, juridique et politique

Outre les services gouvernementaux (congés parentaux), les contextes *socio-historique, juridique et politique* ressortent comme éléments influençant les soins/suivis.

Autour du contexte *socio-historique*, il est question de l'évolution de la profession sage-femme au fil des années. Ce point ne ressort que par 1 participante, mais il permet tout de même de soulever la compréhension que certains ont de cette profession et des conditions de pratique. La faible occurrence de mention de cet élément permet également de démontrer que le parcours de la profession de sage-femme demeure peu connu et peu considéré par les parents de notre étude.

¹ À noter que, dans cette citation, le RQAP signifie le Régime québécois d'assurance parentale.

[MS4] : « *Moi, j'suis vraiment contente du travail que les sages-femmes ont faites au fil du temps pour que les médecins soient ouverts et que tu sois pas shamée [par les professionnel.le.s de santé], que tu sois pas traitée moins bien ou inégale [...]* ».

Au niveau *juridique*, la question de l'encadrement légal des droits/limites/compétences des sages-femmes ressort comme influençant les possibilités entourant les suivis. Ce point ressort par un nombre relativement élevé de participant.e.s (neuf), ce qui laisse suggérer que les compétences de la sage-femme sont prises en considération par les parents dans leurs vécus et possiblement leurs choix de suivis.

[MS12] : « *[...]Ma sage-femme, a l'a été sage-femme ailleurs dans le monde. A l'a beaucoup d'expérience à l'international. [...] Et il y a beaucoup de pays que quand t'es sage-femme, tu peux coudre au 3e, et au 4e degré. Y a pas de problème. [...] Au Québec, tu peux juste coudre au 1er et 2e degré [...]* ».

Une participante renchérit au sujet du champ de compétences de la profession de sage-femme, expliquant qu'elle considère cette pratique comme dans une position délicate, à mi-chemin entre le respect des choix des clientes et les limites légales de la profession :

[MS3] : « *[...] Par contre... y a des femmes qui vont là-bas avec une espèce de... d'attente [...] mais sans comprendre un peu les limites aussi de la profession de sage-femme. [...] La profession de sage-femme, c'est tellement difficile leur position. Parce qu'il faut qu'elles montrent que c'est sécuritaire, qu'elles ont des protocoles, et qu'il [y] a des trucs, pour que ça soit accepté dans le système de santé. [...] C'est une danse un peu spéciale [...]* ».

Au niveau *politique*, les priorités politiques sont abordées comme influençant les services relatifs aux congés parentaux, tout comme l'accès aux suivis avec une sage-femme ainsi que la pratique de la profession. Le niveau politique est abordé par quatre participant.e.s et chaque citation laisse suggérer que les participant.e.s considèrent que l'agenda politique des dernières années ne priorise pas la progression des conditions de pratique et de valorisation de l'approche sage-femme, autant

dans les stratégies de développement de points de service que dans le budget alloué pour un tel développement.

[MS11] : « *Moi vraiment la seule chose que je trouve dommage c'est que le service d'une sage-femme n'est pas offert à une assez grande échelle. Ça fait des années qu'y parlent d'ouvrir une 2e maison à Québec. [...] C'est vraiment juste sur papier, alors que les besoins sont criants [...] Ils ont beau ouvrir une maison de naissance, mais ça prend des sages-femmes pour le faire. C'est un métier tellement difficile, qui demande beaucoup de temps. Ça [empiète] sur ta famille, les temps de garde [...], les fins de semaines [...]* ».

[PS5] : « *Bien les budgets, c'est le gouvernement qui les fait. S'il veut en mettre plus [...] et qu'on aille plus de gens, et avoir plus de maison de naissances, et en former plus... c'est sûr [que] c'est possible. C'est des choix politiques* ».

Caractéristiques du système de santé

- *Les interactions interprofessionnelles*

Plusieurs parents (96%) abordent les interactions interprofessionnelles qu'ils ont perçues à travers les soins reçus, entre les différents corps de métiers, principalement en exprimant si celles-ci étaient collaboratives ou complémentaires à leurs yeux. Cette distinction ressort chez 96% des parents ayant abordé ce thème, ce qui dévoile que les parents sont sensibles à détecter la présence ou non de collaboration dans un environnement de soins. Que leur constat soit réel et simplement le reflet d'une perception, il n'en demeure pas moins que cette dimension est prise en considération par la plupart des parents dans leur processus décisionnel, de façon peut-être à ne pas « tomber » dans un certain vide thérapeutique ou tout simplement parce qu'ils perçoivent la non-collaboration comme la présence plus générale d'un potentiel danger thérapeutique. Par exemple, pour une mère, l'absence perçue de collaboration/communication entre sages-femmes et médecins aurait influencé sa peur de recourir à une sage-femme :

[MA14] : « *Ultimement [...] mettons que je décide de faire appel à une sage-femme, et finalement, [...] je change d'idée, bien là j'ai perdu mon médecin, et [...] les informations se rendent pas* ».

Une mère, qui a choisi le suivi médical, aborde également l'importance pour un parent de sentir que tous/toutes les professionnel.le.s de santé en périnatalité travaillent ensemble et sont centré.e.s sur les besoins des parents. Elle dit que cette absence perçue de travail d'équipe/collaboration a également peut-être influencé son choix de suivi vers le suivi médical :

[MA6] : « *Peut-être que si [...] j'avais l'impression que obstétricien.ne.s, sages-femmes, travaillent peut-être plus en équipe ou plus ensemble [...] Peut-être que ça aurait fait en sorte que j'aurais eu tendance à faire plus confiance. J'ai comme l'impression [que] c'est comme, tu choisis l'un ou l'autre. [...] Si les deux se parlaient et qu'il y avait peut-être des suivis conjoints à même titre que disons infirmières/obstétricien.ne.s, [...] peut-être que ça aurait fait pencher de l'autre bord* ».

- Le portrait des soins de santé

56% des parents abordent également l'accès initial aux soins à travers le système de santé public. Cet accès est généralement difficile, peu importe le/la professionnel.le de santé choisi.e. Par contre, tous disent qu'une fois entrés dans le système de santé, la qualité des soins offerts est remarquable. Penchons-nous donc sur ce thème.

La *qualité des soins* dans la région de Québec est jugée très bonne par l'ensemble des parents et ce indépendamment du type de suivi. Les participant.e.s (86% des parents ayant abordé ce thème) apprécient notamment la gratuité des soins offerts dans le système public. Toutefois, il semblerait qu'une distinction se présente entre les soins en néonatalogie offerts aux nouveau-nés, par rapport aux soins offerts aux femmes en post-partum. Une similaire distinction de soins est également présente entre les femmes enceintes et les femmes non enceintes relatifs aux suivis gynécologiques. De façon générale, la femme post-partum et la femme non enceinte semblent défavorisées dans les

soins reçus, par rapport à la femme enceinte et au nouveau-né qui reçoivent beaucoup d'attention médicale dans le système de santé actuel. Voici deux citations qui expriment ce déséquilibre :

[MS13] : « [...] Il y a beaucoup de tests pour le bébé, [...] mais il n'y a pas beaucoup de choses sur la mère. En tout cas, le postnatal. [...] J'trouve que la mère est comme un peu oubliée [...] du processus. [...] Dès que le bébé naît, on dirait que tout est axé sur le bébé ».

[MS15] : « Faut que tu sois enceinte pour [...] que ce soit facile, et que t'aies des suivis ou des réponses. [...] Parce que j'avais quand même eu quelques questionnements, suivis, en gynécologie. Et ça avait vraiment pas été évident. [...] Mais [...] du moment que tu dis j'aimerais peut-être ça avoir un enfant. Là, woop! Tout d'un coup [...] on va investiguer plus loin [...] ».

Par ailleurs, pour deux mères, un côté positif du système de santé québécois en matière de périnatalité est la présence des sages-femmes au sein du système public.

[MS2] : « [...] Le positif, c'est que les sages-femmes sont là au niveau périnatalité [...] ».

Toutefois, même si ces dernières sont incluses dans le système public, un père expose tout de même le système de fonctionnement de l'approche sage-femme comme distinct du fonctionnement général du système de santé public :

[PS5] : « C'est couvert par [la RAMQ][...], donc je les perçois comme étant intégrées. Mais je vais quand même les mettre en parallèle [...], juste parce que c'est quand même deux systèmes de fonctionnement qui sont différents » .

On aborde ensuite les *soins manquants* en périnatalité et en post-natalité, soit les services de physiothérapie et de psychologie, qui font peu partie intégrante des suivis de base conseillés autour de la grossesse et de l'accouchement et qui sont également payants. À ce sujet, des mères parlent des états psychologiques divers en postpartum ainsi que du peu d'outils accessibles pour les surmonter, puis de la réalité d'un corps dont le passage de l'enfant a laissé ses traces, tout en se demandant si ces traces auraient pu être limitées par un suivi en physiothérapie avant l'accouchement :

[MA14] : « *Tsé a... pendant ma grossesse, mon gros concern, c'tait vraiment les déchirures. [...] Et les exercices qu'on m'a donnés, heu, pour éviter de déchirer, je les ai faits, mais [...] Avoir su... j'serais vraiment allée consulter en physio périnéale avant. [...] j'l'aurais fait juste pour avoir la conscience tranquille [...]* ».

[MS15] : « *Bien, moi j'ai trouvé ça dur, parce qu'on te dit : « donc là ça va être dur. Bye. ». Et t'es chez vous, et là tu pleures, et t'es comme : « Bien oui c'est dur ». [...] T'as pas envie [...] de dire aux gens qui se réjouissent de la naissance de cet enfant-là, « j'pense j'ai fait une erreur ». Parce que c'est comme ça que tu te sens dans les premières semaines. [...] Moi j'aurais aimé ça que ça soit vraiment un parfait étranger [...]. Si c'est aussi bien documenté, c'est aussi connu qu'on va vivre ça, pourquoi pas accompagner les femmes là-dedans professionnellement? ».*

Cinq participant.e.s discutent également des logistiques de *prises de rendez-vous*, qui affectent le vécu des suivis reçus. Une participante relate un très bon vécu de ses prises de rendez-vous, alors que quatre autres font ressortir les enjeux plus négatifs. Les citations vont souvent dans le même sens pour décrire quelques points négatifs, en ce sens où il s'agit de délais dans l'octroi de rendez-vous, de temps d'attente, de complexités logistiques diverses. Ainsi :

[MA7] : « *[...] La secrétaire, elle m'a dit : Ah, ben là, ça va aller à la semaine d'après, là!. Mais [...] sinon j'aurai pas de rendez-vous à ma 38e semaine. Ça j'trouvais ça un p'tit peu tannant d'être moi à devoir prendre mes rendez-vous. Ça aurait été le fun que ce soit peut-être mis à leur horaire plus tôt. Et c'est ça qui a faite en sorte que j'ai pas vu, beaucoup mon infirmière ou ma médecin à la fin ».*

[MA9] : « *[...] À toutes les fois que j'avais un rendez-vous à prendre à l'hôpital, c'tait long et c'tait compliqué. Y fallait que j'prenne mon mal en patience, Et qu'j'attende longtemps sur la ligne, ou que je me ré-essaie à plusieurs reprises d'appeler. [...] C'tait long et complexe ».*

Il est finalement question de l'*aspect financier des services* (deux participantes). Au sujet de ces services, une participante mentionne que la gratuité des accouchements à l'hôpital peut peut-être influencer le réflexe de recours à ce type d'accouchement. Elle dit que dans un système où l'accouchement hospitalier est payant, elle-même reverrait potentiellement ses décisions concernant ses choix de suivis et de lieu d'accouchement, et choisirait peut-être dans ce cas l'accouchement à domicile. Même si cette explication n'est offerte que par une participante, il est important de ne pas négliger l'ampleur de facteurs financiers sur les décisions de recours aux soins.

[MA9] : « *Là j'aurais probablement considéré l'approche 'accouchement à la maison' [...] Le côté financier, là, qui est assez important [...]* ».

- *Le système de santé québécois*

Les parents explorent également le modèle du système de santé québécois dans leurs propos, souvent en comparaison avec le modèle français ou celui aux États-Unis. Deux mères mentionnent la place de l'approche sage-femme au sein du système de santé français, différente et plus centrale que dans le système québécois.

Concernant le système de santé, il est question notamment des caractéristiques du *milieu hospitalier* et de la *gestion hospitalière*, notamment en ce qui concerne l'impact de la gestion hospitalière sur les soins reçus ainsi que de potentielles suggestions concernant le lien entre le milieu hospitalier et les maisons de naissances. Une participante indique qu'elle serait sécurisée par la possibilité d'un rapprochement entre les maisons de naissance et l'hôpital, en ce sens où :

[MA1] : « *[...] T'as une chambre de naissance dans l'hôpital [...] et un coup de padget et [il] y a un médecin, [il] y a une équipe qui est là [...]. Ou à l'inverse, [il] y a une équipe médicale*

en stand-by à la maison de naissance [...]. Ça serait quelque chose [...] qui pourrait amener une certaine ouverture de ma part ».

Ce qui est intéressant, c'est le discours complètement différent que tient un autre participant, pour lequel la séparation entre le milieu hospitalier et la maison de naissance est importante, car elle garantit le respect du processus physiologique de l'accouchement dans les cas où il n'y a pas besoin d'interventions biomédicales. Ce participant suggère toutefois un petit arrimage entre la maison de naissance et l'hôpital, en ce sens un corridor direct qui puisse éviter un transfert à l'extérieur d'une institution en cas de complications. Ainsi :

[PS5] : « [...] *Je pense [que] c'est important qu'[il] y ait une certaine séparation. [...] Si les hôpitaux étaient mieux, j'te dirais que ça peut être amalgamé. Mais ce que je comprenais des hôpitaux et de mon expérience, ça faisait bien mon affaire qu'[il] y ait une séparation. Mais... pourquoi pas avoir juste ce p'tit arrimage-là [...] ».*

En comparant ces deux citations, il est important de préciser que la participante soulevant l'importance d'un rapprochement en maisons de naissance et hôpitaux est une participante ayant eu recours à un suivi médical, et que le participant mentionnant un besoin de séparation entre ces deux milieux a quant à lui eu recours à un suivi sage-femme. Dans les deux cas, ces deux participant.e.s s'entendent sur une volonté d'arrimage entre le milieu hospitalier et les maisons de naissance, mais à des degrés différents et selon une philosophie différente.

Il est également question des différentes *cultures de soins* présentes au sein du système de santé et de la façon dont ces cultures de soins influencent les suivis reçus, les perceptions quant aux possibilités de suivis ainsi qu'indirectement les croyances par rapport à l'accouchement. On aborde notamment l'impossibilité d'accoucher par voie basse à Québec pour un bébé positionné en siège, alors qu'il s'agit d'une pratique possible dans certains centres à l'extérieur de Québec :

[MA6] : « [...] *Et des accouchements par le siège, [...] ils en font pas à Québec ».*

Puis, un participant aborde également la culture de soins dans le système public qui tend vers la médicalisation de la naissance. Ainsi les cultures de soins influenceraient les perceptions par rapport à la naissance ainsi que par rapport aux possibilités d'accouchement par rapport à différents positionnements du bébé :

[PS5] : « [...] Dans le système public [...] [il] y a une tendance au fil du temps à [...] médicaliser, [...] à accroître les interventions médicales. [...] Notamment pour la césarienne. Et oui ça permet de sauver des bébés, mais dans certains cas des fois c'est questionnable ».

- Les intérêts et droits en jeu

Il est également question certains droits/intérêts au sein des soins et suivis, qui entrent en contradiction avec le bien-être des patient.e.s. Ce thème ressort par quatre participant.e.s, une mère et trois pères. Les pères font ainsi davantage valoir ce point comme étant à prendre en considération. De façon générale, les propos tenus par les participant.e.s soulèvent deux principales considérations : 1) d'une part, le souci des parents que les professionnel.le.s de santé soient garant.e.s de leur bien-être dans les décisions qu'ils/elles prennent et 2) d'autre part, que les intérêts professionnels multiples ne fassent qu'un au nom de l'intérêt public, au lieu de compétitionner pour des intérêts individuels/professionnels. Ainsi :

[PA2] : « [...] [Il] y a toujours des projets de loi sur les ordres professionnels et c'est toujours [compliqué] parce que là t'as des consultations, et t'as les médecins qui viennent te dire de quoi, et t'as les pharmaciens qui viennent te dire de quoi [...]. Des fois tu te poses la question [...] peut-être qu'ils réalisent pas eux-mêmes que quand tu dis me dis ça, c'est pas tout à fait l'intérêt public que t'as à cœur, là ».

[PS4] : « Ben, c'est... c'est, on... on a pas le choix d'écouter les professionnel.le.s qui sont là... Qui, qui pourraient nous guider finalement... Leur fonction c'est de nous guider là-dedans, là... dans, dans... [...] C'est ça, si on ... si à moment donné on a été mal guidés [...] »

- Le développement de points de services

Concernant l'ouverture de points de services, ce point est abordé par une participante, et cette dernière explique que le peu de points de services dans certaines régions plus éloignées du Québec influence potentiellement l'accès inégal aux services d'une sage-femme entre régions. Il est intéressant de noter que seulement une participante a soulevé ce point pour expliquer l'accès inégal aux soins, et cette personne habite en milieu éloigné.

[MS2] : « *Ce qui est probablement une barrière pour beaucoup de monde. [Il] y a plein de points au Québec [...] qu'y ont pas cet accès, là. Je pense en Gaspésie [...]* ».

Contexte sanitaire

Finalement, le contexte sanitaire bien particulier des dernières années est ressorti comme ayant influencé certaines décisions et le déroulement de plusieurs aspects des soins/services entourant la périnatalité, notamment en lien avec les impacts sur les soins et sur la place du social. Les données démontrent que le contexte sanitaire, observé de façon générale (sans forcément le rattacher à une crise sanitaire), influence ainsi les soins de santé, les besoins de la population autour de ces soins, et les décisions en découlant et relatives aux recours aux soins.

- Les impacts sur la place du social

Certain.e.s participant.e.s abordent d'une part l'impact du contexte sanitaire de pandémie sur leur isolement et ainsi leurs besoins de présence sociale lors des soins/suivis. Non seulement les besoins de présence sociale sont plus élevés et ils influencent la perception des soins et les besoins par rapport aux types de suivis, mais l'isolement teinte également l'état psychologique des parents pendant la période périnatale et en post-natalité:

[MA7] : « *[...] je lisais un article, j pense c'est la semaine passée dans la presse +, y disaient que : [...] genre le ¾ des femmes qui ont vécu une grossesse pendant le Covid ont des syndromes de dépression [...]* ».

Un participant renchérit sur ce point également en abordant le degré d'influence de l'entourage sur les décisions entourant la grossesse, considérant leur isolement social pendant la pandémie comme ayant diminué le poids potentiel qu'aurait pu avoir cet entourage sur leurs décisions. Ainsi, le contexte sanitaire modifie également les dynamiques sociales au sein des différentes communautés constitutives d'une société (familles, couples, etc.) et donc l'influence de ces communautés dans les processus de recours aux soins.

Un autre impact social du contexte sanitaire, observé à travers le déroulement des soins/suivis, est la présence limitée des pères lors des rencontres prénatales et lors des accouchements. Un père ayant eu recours au suivi médical exprime cette réalité :

[PA2] : « [...] Avec la covid, c'était particulier, parce que [...] moi j'aurais aimé ça aller à tous les rendez-vous mais on pouvait pas [...]. J'ai assisté en personne, ou du moins au début, aux échographies principales ».

Les particularités de la présence des pères lors de l'accouchement hospitalier sont également mentionnés, ceux-ci devant attendre dans la salle d'attente séparée de leur conjointe jusqu'à l'admission officielle de celle-ci à l'hôpital. Cette admission dépend de l'état suffisamment avancé de la femme dans le processus d'accouchement (notamment le nombre de semaines, l'état des contractions, et la perte de liquide amniotique).

Ainsi, le contexte sanitaire, parce qu'il modifie les rapports aux autres notamment lorsqu'il implique la crainte de propagation infectieuse, modifie de ce fait les besoins entourant les soins/suivis et l'état d'esprit par rapport à la santé.

- Les impacts sur les soins

D'une part, 68% des parents mentionnent les effets du contexte sanitaire sur les soins reçus, dont 67% des mères avec un suivi sage-femme et 83% des mères avec un suivi médical. L'impact du contexte sanitaire semble ainsi être plus marquant dans le discours des mères ayant eu recours au

suivi médical. Elles abordent notamment le déroulement différent des suivis ainsi que quelques particularités entourant l'accouchement. Ainsi, les suivis ont été affectés par une discontinuité des soins pour quelques parents :

[MA1] : « [...] On était suivis par elle [l'IPSLP] au début de la grossesse. Et finalement, en plein milieu, elle a été appelée pour travailler dans les CHSLD², quand ils rappelaient tout le monde pour travailler [...]. Donc elle a référé notre dossier à un médecin accoucheur [...] ».

Pour les femmes ayant eu recours au suivi sage-femme, il semble qu'il s'agisse de particularités entourant l'accouchement qui ressortent davantage des propos exprimés, notamment des contraintes plus grandes pour l'accouchement à domicile. Une mère exprime quelques difficultés entourant sa volonté d'accoucher à la maison, en raison de l'impossibilité pour la fratrie (ses autres filles) d'être présentes lors de l'accouchement, alors que la présence de ses filles s'agissait d'un élément central motivant sa décision d'un accouchement à domicile :

[MS10] : « L'accouchement à la maison était permis, mais pas de fratrie dans la maison. Donc là je me disais : Ok, mais si c'est en pleine nuit, si on respectait les règles à la ligne, [il] fallait que je sorte mes filles de la maison ».

Puis le contexte sanitaire a également influencé les conditions de travail des sages-femmes, qui se sont retrouvées à être appelées à travailler dans d'autres milieux de soins en raison de la pénurie de professionnel.le.s de santé. Cette réorganisation des soins de santé en fonction du contexte sanitaire modifie ainsi l'offre de soins des sages-femmes en créant des changements dans les équipes de travail :

[MS16] : « La covid a amené ça. Ça a amené des sages-femmes à aller travailler dans des cliniques désignées. Ça a amené des sages-femmes à aller prendre en charge des patients dans des CLSC. Pis on a amené un peu cette mixité-là ».

² À noter que, dans cette citation, CHSLD signifie Centre d'hébergement de soins de longue durée.

Ces données font réaliser l'effet du contexte sanitaire sur l'organisation des soins de santé et l'interdépendance des professionnel.le.s entre eux/elles. Le contexte sanitaire influence ainsi les besoins en santé de la population, tout comme l'organisation des soins et des équipes de travail en santé.

- Les impact sur les décisions entourant la conception

Il est également question de l'impact de la pandémie sur les décisions entourant la conception et les suivis/soins :

[MS10] : « *Parce que là je sais que les demandes ont beaucoup augmenté avec la pandémie. [II] y a beaucoup de femmes qui ont peur d'aller à l'hôpital, donc elles se retournent vers les services sage-femme* ».

Cette citation soulevée par une participante est en lien également avec le besoin de sécurité envers l'accouchement et ainsi la recherche d'un lieu sécuritaire, influencé donc par le contexte sanitaire global.

Les données recueillies laissent également suggérer une différence notable de décisions de conception entre les parents ayant choisi d'avoir un enfant avant la tombée de la pandémie (et n'ayant pas choisi de concevoir un enfant en des temps pareils) et ceux ayant décidé pendant la pandémie (en toute connaissance des circonstances). Ainsi, le contexte sanitaire aurait également un effet sur la planification familiale, et donc sur l'état d'esprit entourant la période périnatale, puis indirectement sur les choix de suivi. Voici la citation d'une mère qui a décidé de concevoir un enfant avant la tombée de la pandémie et qui a vu le contexte sanitaire changé drastiquement pendant sa grossesse :

[MS16] : « *[...] La pandémie, je l'ai pas choisie. [...] Avoir su, j'en n'aurais jamais fait, d'enfant. [...] J'adore ma fille, là, et je regrette pas [...] mais, enceinte, là [...] tu vas mettre au monde un enfant dans un chaos [...]* ».

Et malgré les défis et le choc engendré par une pandémie sur les décisions entourant la planification familiale, on note aussi parfois un besoin de réaffirmer une volonté préexistante de fonder une famille, pour incarner cette décision encore plus fermement :

[MS15] : « *Bien là, c'était un défi de plus, mais [...] mon copain m'a un peu aussi convaincue comme ça. Aussi y m'a fait réaliser que, des défis y va toujours y en avoir [...]. Donc [...] on n'est pas à l'abri non plus qu'il y en ait d'autres qui s'accumulent avec les années, des défis comme ça, mais on s'est rattachés justement à notre rêve d'avoir une famille ensemble [...] se dire justement qu'on allait la vivre à fond cette vie-là* ».

- Les impacts sur l'emploi

Les participant.e.s abordent également le lien entre la pandémie et l'emploi, ainsi que les décisions familiales en découlant. L'influence de la pandémie sur les emplois a d'une part inquiété des parents concernant une potentielle mise à pied et perte d'emploi, puis a également modifié les conditions de pratique de certaines, rendant leur lieu de travail plus dangereux qu'il ne l'était avant la pandémie, influençant ainsi les arrangements quant aux congés parentaux.

[MS15] : « *[...] On entendait les gens qui allaient peut-être perdre leur emploi. Ou [...] même moi à ce moment-là, j'tais en année de probation sur mon poste* ».

[PS4] : « *[...] Ma blonde a décidé de rester plus à la maison en place au lieu de retourner travailler avec ces conditions-là, là [...] plus compliquées [...]* ».

5.4.2 Résultats des membres administratifs

Caractéristiques du système de santé

Concernant les caractéristiques du système de santé, les deux participantes font ressortir les interactions entre les professionnel.le.s de santé et le peu de reconnaissance de la profession sage-femme par les autres professions en santé périnatale. À ce sujet, les participantes font ressortir les difficultés d'intégration de la profession de sage-femme au sein du système de santé, notamment

en raison d'une communication difficile entre professionnel.le.s de santé et d'un potentiel manque de collaboration de la part de médecins pour favoriser l'insertion de la profession sage-femme.

[R1] : « [...] Ça a toujours été difficile de l'intégrer au sein du système de santé. C'est-à-dire qu'elle en fait partie mais plusieurs savent pas qu'elle en fait partie. C'est pas bien connu. Et en plus on a souvent mauvaise presse. Et ça, ça part de loin. J'suis obligée de dire qu'il y a une partie du lobbying médical qui était contre et ça reste ça, depuis longtemps. C'est très très difficile de faire rencontrer ces deux professions-là. Qu'y ait acceptation de part et d'autre. Encore aujourd'hui c'est un gros facteur de stress pour les sages-femmes entre autres [...] lors des transferts, dans les communications avec médecins. Souvent on est pas bien reçus. [...]. Il y a d'autres professions qui ont émergé à travers le temps et qui ont facilement intégré le système de santé. On réfère sans trop de difficultés. Mais au niveau de la profession de sage-femme, c'est plus difficile. »

[R2] : « Le manque de reconnaissance, tsé, heu, c'est... on est pas... on est issu d'une vision qui est différente de la grossesse, l'accouchement et le post-natal. Mais ça n'empêche pas du tout qu'on puisse travailler ensemble. [...] C'est sûr que l'hégémonie biomédicale, moi je le dis, est derrière ça, [...] tant et aussi longtemps qu'on pourra pas tenir des vraies discussions. Pas basées sur les risques que représentent la grossesse et l'accouchement, mais basées sur tous les éléments qui sont à considérer [...] dans l'expérience, qui peuvent avoir des impacts sur le vécu des femmes et des familles. »

Puis, les participantes abordent également les interactions entre professionnel.le.s de santé, autour des différents champs de compétences. Selon une participante, l'autonomie de pratique de la sage-femme rend difficile la rencontre avec la profession de la médecine, elle aussi autonomie dans sa pratique. De plus, une autre participante mentionne un le rôle du gouvernement dans les interactions interprofessionnelles actuelles.

[R1] : « [...] *On est une des seules professions qui est autonome, c'est-à-dire qu'on a le droit de prescrire, on n'a personne au-dessus de nous pour nous dire quoi faire, comment le faire, quoi prescrire. Ça c'est unique. Parce qu'à part les médecins, y a personne d'autre qui peut. Bon de plus en plus les pharmaciens ont un p'tit peu plus de, d'autonomie, mais ça reste encore que, dans le domaine de la médecine, on va le dire comme ça, on est le seul professionnel autonome comparable au médecin* ».

[R2] : « [...] *Les sages-femmes sont vraiment irritées, encore [on] nous demande de travailler beaucoup sur la collaboration avec [...] les équipes médicales. Donc malgré que ça fait depuis 1999, pour différentes raisons, y a un manque de connaissances et reconnaissance de notre profession par le corps médical. [...] Là, je rentrerai pas dans mes discours politiques, mais honnêtement, le gouvernement y a jamais rien fait pour ça* ».

[R2] : « *Comme y a du travail à faire pour enseigner ce qu'est une infirmière, son champ de pratique. Je pense que y a vraiment une amélioration des connaissances des autres professions qui doit être faite par le corps médical en général. Ça touche pas que nous, ça touche [...] les professions féminines* ».

5.5 RÉSULTATS DES DONNÉES TRIANGULÉES (ENTRETIENS ET ANALYSE DOCUMENTAIRE)

Les résultats recueillis à travers les entretiens avec les parents et les entretiens avec les membres administratifs se complètent, pour certains, et se rejoignent, pour d'autres. Cette section fera état des constats qui ressortent de la mise en relation de ces deux sources de données, puis également de la mise en relation avec les résultats issus de l'autre méthode de collecte de données, soit l'analyse documentaire. À noter toutefois que, comme il a été expliqué précédemment dans le chapitre 4, comme les grilles d'entretien étaient différentes entre les deux sources de données, les codifications sont également différentes et certains codes similaires relatifs aux membres

administratifs et aux parents ne sont pas forcément catégorisées de la même façon et ne renvoient pas aux mêmes constats. Ceci reflète la logique d'apparition de ces codes dans les entretiens ainsi que la nature des éléments de réponses.

Ainsi, d'une part, les résultats principaux tirés des entretiens avec les parents et avec les membres administratifs (les deux participantes sages-femmes) répondent à l'objectif 1, soit celui d'identifier les facteurs influençant les décisions de recours aux soins des parents. Les deux catégories de participant.e.s se rejoignent dans certains facteurs qu'ils présentent comme sources principales d'influence, entre autres autour des caractéristiques des parents (profils des parents). Il est question notamment des *antécédents médicaux*, plus particulièrement une mauvaise expérience hospitalière antérieure, qui semble ainsi teinter l'état d'esprit des parents et leurs besoins relatifs au suivi. De plus, concernant les différentes composantes d'influence en amont des décisions périnatales, les deux catégories de participant.e.s font ressortir la *place centrale du choix* (la volonté de choisir). Les parents, tout comme les sages-femmes, expliquent que la volonté de pouvoir prendre des décisions éclairées influence le type de suivi vers lequel ils vont opter.

D'autre part, lorsque mises en relation avec les résultats tirés de l'analyse documentaire, il est d'abord intéressant de se pencher sur le tableau 2 présentant toutes les ressources documentaires consultées et mentionnées par les parents dans les entretiens. Ce tableau dévoile les trois références les plus consultées, soit les deux références retenues aux fins d'analyses, le *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* et le site *Naître et grandir* (format site web ou infolettres), puis le livre *Une naissance heureuse*. Les deux premières références sont mentionnées par une fréquence similaire de parents avec suivi sage-femme et de parents avec suivi médical. Le livre *Une naissance heureuse*, quant à lui, est mentionné par 11 participant.e.s, soit huit avec suivi sage-femme et trois avec suivi médical. La fréquence de 11 est seulement une unité de moins que la fréquence de consultation pour *Naître et grandir*. Rappelons que le livre *Une naissance heureuse* est un ouvrage de référence écrit par Isabelle Brabant, une sage-femme pionnière du Québec (Brabant, 2013). Deux autres ressources consultées sont la vidéo *L'arbre et le nid* et des cours prénataux offerts par Karine Laseva (Laseva, 2022), précédemment sage-femme. Ces deux

ressources sont consultées uniquement par des participant.e.s ayant opté pour un suivi avec une sage-femme. Ce tableau permet ainsi de contextualiser que les connaissances et informations reçues et emmagasinées en période périnatale, par les parents, sont principalement issues des références intégrées dans le réseau public de la santé. Les parents ayant choisi pour un suivi sage-femme ont quant à eux consulté davantage de ressources autres.

Les analyses documentaires des deux références principales sélectionnées pour cette étude démontrent de plus que le discours relatif à l'approche sage-femme ressort à 27 et 29 reprises dans les deux éditions sélectionnées du guide *Mieux vivre*. En ce qui concerne le site de *Naître et grandir*, les références à l'approche sage-femme sont présentes dans une cinquantaine d'articles/dossiers de 2019 jusqu'en date du 11 janvier 2022. Le tableau 4 permet de constater que les références à l'approche sage-femme dans le *Mieux vivre* apparaissent lorsqu'il y a mention des différent.e.s professionnel.le.s de santé à consulter lors des soins/suivis périnataux et postnataux pertinents ainsi que lorsqu'il est question des soins réservés aux sages-femmes (par exemple : un accouchement hors milieu hospitalier). Ainsi, l'approche sage-femme semble mise de l'avant sur une égalité thérapeutique similaire à celle du/de la médecin (et des infirmières, lorsque l'information divulguée par le guide concerne un champ de compétence partagé également par les infirmières). De plus, le mot « sage-femme » apparaît selon un ordre différent par rapport au/à la médecin selon l'information présentée, ce qui laisse suggérer une considération réelle du rôle spécifique de la sage-femme. Le tableau 5 permet quant à lui de faire ressortir la façon dont l'approche sage-femme est abordée à travers le site *Naître et grandir*. L'approche est mentionnée principalement dans le contenu relatif à la grossesse (1^{er}, 2^e et 3^e trimestre), à la santé et bien-être, aux dossiers d'actualités, aux dossiers concernant la grossesse de A à Z, aux soins de 0 à 12 mois, et aux chroniques diverses. Le contenu qui y est présenté concernant l'approche sage-femme fait soit référence uniquement aux soins relatifs à une sage-femme (accouchement hors milieu hospitalier, la description de l'approche sage-femme, la pratique sage-femme en temps de pandémie), ou aux différent.e.s professionnel.le.s de santé disponibles pour un suivi prénatal/postnatal. À noter que dès qu'il est question de présenter les différent.e.s professionnel.le.s de santé disponibles aux parents, le/la médecin est toujours placé en première position

grammaticale dans la phrase, suivi ensuite de la sage-femme, puis de l'infirmière, lorsqu'il y a lieu. Il s'agit d'une distinction intéressante par rapport au guide *Mieux vivre*. Le site *Naître et grandir* présente également plusieurs articles uniquement autour de l'approche sage-femme, ce que ne fait pas le guide *Mieux vivre*, à l'exception d'un court paragraphe concernant l'accouchement spécifiquement avec une sage-femme (en maison de naissance / à domicile).

Un lien important est ainsi à soulever entre la mention de l'approche sage-femme au sein de ces deux références et le code concernant les connaissances – informations en matière de périnatalité, mentionnés par les deux catégories de participant.e.s. Ainsi, selon ce code, les résultats relatifs aux parents laissent suggérer qu'une principale source d'information et de développement de connaissances pour ces derniers est leur *communauté* et que l'accès à l'information demeure difficile pour un parent qui utilise une approche davantage « passive » que « active » dans sa collecte d'information. Par passive, nous faisons référence à opter majoritairement pour une réception d'information plutôt qu'opter pour une recherche active d'informations. De plus, ce code est également présent dans les résultats relatifs aux membres administratifs. Selon les données recueillies auprès de cette catégorie de participantes, les connaissances – informations accessibles pour les parents dépendent grandement de la circulation de l'approche sage-femme dans le discours des professionnel.le.s de santé (*communauté professionnelle*). Ainsi, ces résultats triangulés laissent suggérer que le niveau d'information et de connaissances nuancées entourant la périnatalité dépend grandement de deux communautés principales entourant les parents et la naissance : la *communauté intime* (l'entourage) et la *communauté professionnelle* (les professionnel.le.s de santé). Ces résultats sont également complétés par ceux recueillis des analyses documentaires, qui laissent également suggérer des distinctions dans la façon dont est véhiculée l'information sur l'approche sage-femme entre différentes références. Ceci reflète donc les différentes conceptions concernant l'approche sage-femme qui circulent au sein de la population, et donc des parents.

De plus, lorsqu'analysées autour du concept de temporalité, ces analyses documentaires laissent entrevoir également que les parents ont à entreprendre des démarches activement par eux-mêmes pour se documenter et accéder à de l'information adéquate en santé périnatale, et ce, dès les débuts

de leur grossesse. La temporalité accordée à la distribution de ces références à travers le réseau public de la santé est celle autour du premier suivi de grossesse. Le postulat qui semble être posé est celui selon lequel le moment le plus opportun pour fournir de la documentation est lors du premier rendez-vous de suivi, pendant lequel la femme est déjà enceinte de plusieurs semaines. Ce constat rejoint les résultats tirés des entretiens avec les mères et les pères, qui indiquent qu'une recherche active de documentation et information est presque nécessaire en matière de périnatalité.

Ainsi, ce chapitre soulève les principaux facteurs semblant influencer les décisions des parents, reliés principalement aux catégories thématiques de l'utilisation des services, des composantes d'influence, des caractéristiques des parents et du contexte sanitaire. D'autres thèmes à forte occurrence abordés par les parents viennent également dresser un portrait global des services gouvernementaux actuellement disponibles pour les parents ainsi que l'état global des soins/services dans le système de santé public. Puis le chapitre 5 a également présenté les résultats secondaires (issus des membres administratifs et des analyses documentaires), complémentaires et parfois rejoignant les thèmes principaux, et finalement la mise en relation de tous ces résultats à travers une triangulation des méthodes de collecte et de sources de données.

Se dégagent de tous ces résultats notamment l'importance de différentes caractéristiques des parents : antécédents médicaux, statut de parité, grossesse de la mère de la femme, milieu de vie, éducation. Puis également l'influence de certaines composantes qui existent en amont de la décision des parents, soit : les idéologies de grossesse, la communauté, les facteurs environnementaux, les critères d'accès à la sage-femme et l'émotif.

Finalement, les résultats présentent également deux nouvelles catégories de thèmes (en ajout au modèle initial) ressortis comme des sources d'influence à prendre en considération dans la compréhension de la problématique, soit : les connaissances et informations que les parents possèdent et auxquelles ils ont accès en matière de périnatalité, puis le contexte sanitaire et ses répercussions à différents niveaux de la période périnatale et de la vie. Tous ces points, et autres, seront repris et explorés plus amplement dans le chapitre 6 qui suit, soit la discussion.

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

6.1. NOUVEAU MODÈLE CONCEPTUEL PROPOSÉ

6.1.1 Retour sur le modèle initial

Rappelons d'abord le modèle théorique initial servant de balise théorique et analytique pour cette thèse : le cadre élaboré à partir du modèle de L.D Aday et R. Anderson (1974), adapté par Thiessen, Heaman, Mignone, Martens et Robinson (2016). Au moment de son élaboration et avant la réalisation de la collecte de données, il contenait cinq dimensions principales soit 1) le contexte politique (libellé *contexte macro* dans le cadre de cette étude), 2) les facteurs influençant le recours aux soins de sage-femme (qui a été libellé *composantes d'influence* dans le cadre de cette étude), 3) les caractéristiques de l'utilisation des soins de sage-femme (libellé *utilisation des services* dans le cadre de cette étude), 4) les caractéristiques du système de santé, et 5) les caractéristiques individuelles de la femme (modifié pour *caractéristiques des parents* pour cette thèse) qui peuvent influencer la décision de recourir aux soins de sage-femme. À ces cinq dimensions a été ajoutée une sous-dimension culturelle, incluse dans la cinquième dimension (caractéristiques des parents). Puis, une autre sous-dimension historique a été intégrée à la première dimension (contexte macro). Une représentation visuelle de ce modèle initial adapté aux fins de notre étude est accessible en Figure 1 de ce rapport.

Le modèle de Thiessen et ses collègues (2016) comportait cinq catégories et a été conçu pour analyser l'implantation et l'utilisation de services de sage-femme au Manitoba, suite à la légalisation de la profession en 2000. Ce modèle a donc été choisi pour cette thèse en partie car il a été spécifiquement bâti dans un cadre provincial et pour aider d'autres provinces canadiennes à analyser l'utilisation des services d'une sage-femme, et parce qu'il offre une catégorisation efficace de différents facteurs interagissant entre eux. Le modèle met de l'avant les éléments contextuels divers qui influencent le recours aux soins d'une sage-femme en contexte provincial.

6.1.2 *Nouveau modèle proposé*

Toutefois, à l'issue de cette recherche, nous avons déterminé que deux nouvelles dimensions bénéficieraient d'être ajoutées à ce modèle parce qu'elles constituent des influences contextuelles et distinctes de celles identifiées par les cinq grandes catégories de Thiessen et ses collègues (2016). Ces dimensions sont le *contexte sanitaire* et les *connaissances et informations en matière de périnatalité*. Ces deux dimensions ne pourraient pas être intégrées dans les dimensions déjà existantes. Les paragraphes qui suivent expliqueront pourquoi.

D'une part, les *connaissances et informations en matière de périnatalité* représentent un ensemble de facteurs dépassant les caractéristiques inhérentes des parents et en ce sens, ces facteurs bénéficieraient de ne pas être assimilés aux facteurs individuels des parents. Nous avons observé, à travers les résultats, que les connaissances et informations en matière de périnatalité dépendant de différentes communautés informatrices, ainsi notamment la communauté intime autour des parents (entourage) et la communauté professionnelle (professionnel.le.s de santé). De plus, les connaissances et informations sont teintées de la culture populaire à laquelle sont confrontés les parents, puis de l'accessibilité à l'information et la part d'inconnu et de connu autour de la période périnatale. Ces dimensions sont au croisement des ressources internes des parents et des ressources externes disponibles et véhiculées autour des parents. Ainsi, il nous apparaît que cette catégorie doit demeurer distincte et être considérée à part entière pour de futures recherches analysant l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec, et, au Québec, de façon plus large.

D'autre part, le *contexte sanitaire* nous apparaît également distinct du contexte macro et tout aussi important à considérer dans l'analyse de l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec. C'est pourquoi nous offrons également un nouveau libellé au contexte macro, soit le *contexte macro institutionnel*, car il fait référence aux

institutions impliqués dans les contextes politique, historique, juridique et historique en périnatalité, ainsi que les services découlant de ces institutions. Ainsi, les entretiens avec les parents ont permis d'identifier les différents impacts d'un contexte sanitaire sur la vie des parents, jusque dans leur prise de décision en matière de planification familiale. En effet, le contexte sanitaire influence directement et indirectement différentes décisions et besoins en lien avec la santé périnatale. Précisons ici que le contexte sanitaire ne signifie pas forcément une *crise sanitaire* et qu'il doit plutôt être abordé selon un angle global. En ce sens, le contexte sanitaire englobe les différents événements sanitaires auxquels la population est confrontée à travers le temps. Elle représente ainsi le contexte sanitaire global lors d'une période donnée ainsi que les fluctuations chroniques de ce contexte. La non-considération du contexte sanitaire apparaît, à l'issue de cette thèse, comme freinant la compréhension du contexte global qui influence des décisions de santé périnatales. Plus de précisions à ce sujet seront abordées plus tard dans la discussion.

De plus, comme nous l'avons précisé au chapitre 2 de cette thèse, nous avons modifié la catégorie de *composantes d'influence* tel qu'elle avait été créée par les auteurs Thiessen et ses collègues (2016). Notre conception de cette catégorie aborde non pas les membres de la communauté constituant des influences notables dans le développement de la pratique sage-femme, mais bien les différents facteurs influençant les décisions de recours aux soins en amont de la décision par les parents. Cette catégorie se veut une catégorie large qui relève des perceptions que les parents ont par rapport à différents aspects des soins de sage-femme.

Notons également que la catégorie *connaissances et informations* en matière de périnatalité est positionné au-dessus de la pyramide de facteurs. La décision de cette position repose sur nos analyses triangulées, qui ont fait ressortir que la temporalité est importante dans le recours aux soins périnataux. Les parents, tout comme l'analyse documentaires des références, ont permis d'identifier que l'information dont disposent les parents leur parvient tardivement dans le processus périnatal. Si les parents n'entreprennent pas des

démarches personnellement et activement avant leur grossesse ou au tout début de celle-ci, ils se retrouvent devant des choix à prendre sans forcément posséder l'information nécessaire pour prendre eux-mêmes ces décisions de façon éclairée.

Toutes ces modifications au modèle de Thiessen et ses collègues (2016) nous incitent à en suggérer un nouveau, représenté à la figure 2.

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec :
facteurs influençant les trajectoires de soins

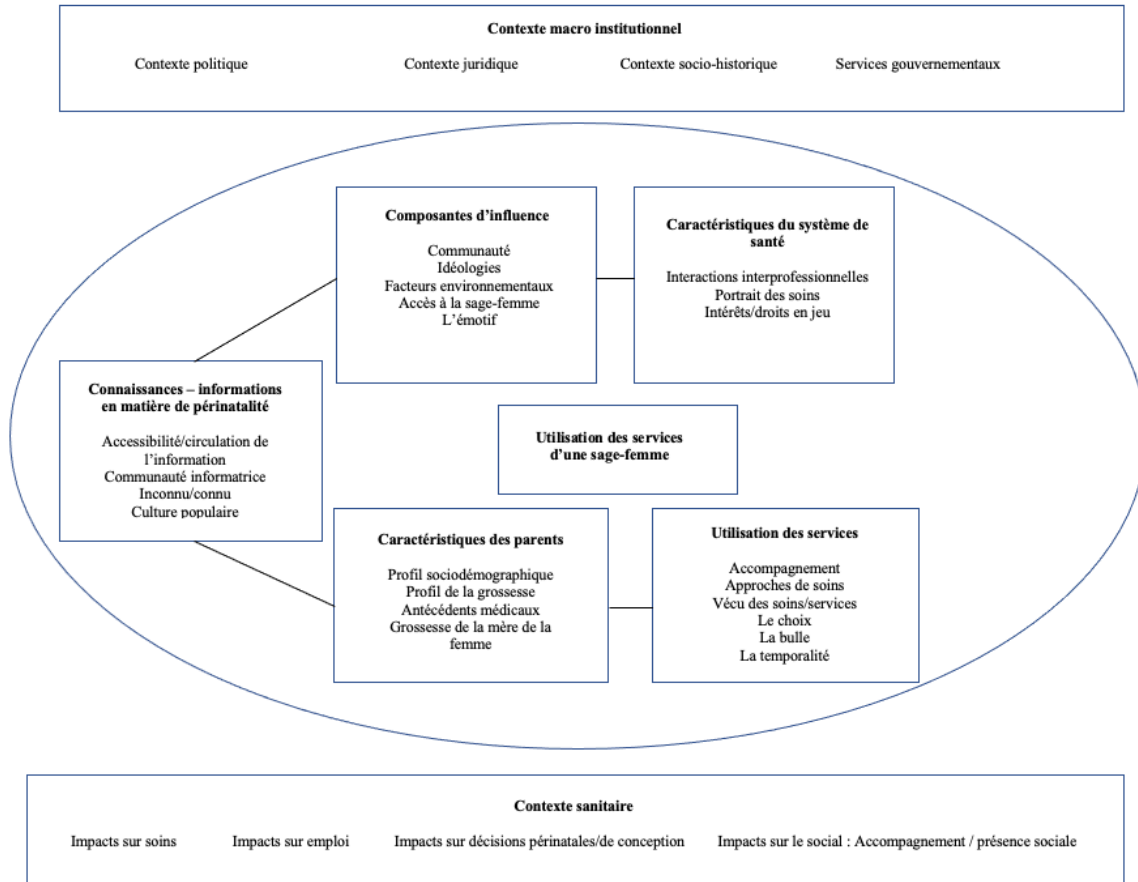


Figure 2 : Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec (nouveau modèle)

6.1.3 Utilisation du nouveau modèle

Ce cadre s'adresse aux chercheurs/chercheuses en santé publique et aux décideurs/décideuses de santé publique qui cherchent à analyser l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec, et, de ce fait, le parcours de recours aux soins par les parents. Dans un contexte de ressources limitées en santé, ce cadre est à considérer selon un ordre pyramidal de priorités, de façon à orienter les actions prioritaires à adopter d'un point de vue de santé publique pour favoriser des soins qui répondent aux besoins des parents. Cet ordre prioritaire permet également d'identifier la façon dont les différents facteurs influençant l'utilisation des soins d'une sage-femme interagissent entre eux. En ce sens et selon ce nouveau cadre, les connaissances et informations en matière de périnatalité représentent le niveau supérieur de la pyramide (pyramide positionnée sur le côté, ainsi la pointe de la pyramide est sur la gauche), puisque ce sont ces connaissances que possèdent les parents qui enclenchent ensuite un processus de parcours de soins. Le niveau en dessous est celui des composantes d'influence et des caractéristiques des parents, qui sont à priorité égale et qui interviennent au même moment dans la prise de décisions. Les données ont permis d'identifier que les caractéristiques des parents (antécédents médicaux, profils des parents, milieu de vie, statut de parité, etc.), ainsi que différentes composantes d'influence (communauté autour des parents, idéologies, l'émotif, etc.), viennent teinter leurs décisions de façon relativement similaire. Puis, ensuite, au niveau en-dessous nous retrouvons les caractéristiques du système de santé et l'utilisation des services, qui représentent deux catégories de facteurs auxquels seront confrontés les parents *au cours de* leur parcours de soins et qui créeront ensuite des influences plus tardives dans ce processus, jusqu'à potentiellement influencer plus directement une future grossesse. Finalement, sont positionnés le contexte sanitaire et le contexte macro, en orbite autour de ce cadre, agissant de façon indirecte et pourtant de façon importante, sur différentes décisions concernant le recours aux soins et ainsi, l'utilisation des services de sage-femme.

6.2 DISCUSSION AUTOUR DES THÈMES PRINCIPAUX DE LA THÈSE

Les codes principaux qui ressortent de la collecte des données ont été présentés dans le chapitre 5. À partir de ces codes, certaines pistes de réflexions se dégagent et viennent alimenter les objectifs de cette recherche, ainsi que des idées de recherches ultérieures. Ce chapitre 6 se veut l'opportunité pour de telles discussions. Les constats et réflexions seront abordés sans égard pour l'occurrence et leur importance dans cette étude, mais plutôt de façon organique, de façon à présenter les liens qui tissent les thèmes entre eux. Les discussions sont néanmoins structurées selon les objectifs auxquels les constats sont rattachés.

OBJECTIF 1 : Documenter les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme du point de vue de parents de la région de Québec

6.2.1 *Caractéristiques des parents*

Antécédents médicaux

Parmi les antécédents médicaux, six participantes ont abordé l'expérience de fausses couches comme ayant influencé leur décision du type de suivi choisi pour la grossesse dont porte la thèse. Sur ces six participantes, quatre femmes ont choisi un suivi sage-femme et deux femmes ont opté pour un suivi médical. L'expérience de fausses couches chez certaines femmes a constitué un fort ancrage pour déterminer ensuite des services qu'elles voulaient ne plus revivre, ou encore, qu'elles souhaitaient revivre. En d'autres mots, une femme satisfaite des soins reçus entourant une précédente fausse couche aura tendance à se rediriger à nouveau vers ce même type de soins, qui représentent potentiellement un repère émotionnel important sur lequel elle encrera sa confiance pour de futurs soins. Au contraire, pour une femme insatisfaite des soins reçus lors d'une fausse couche antérieure, cette expérience représentera un repère négatif à partir duquel elle mobilisera des ressources internes et externes pour choisir un autre type de suivi qui lui permettra de ne plus revivre une telle expérience de soins, ce que soutient la littérature (Brabant, 2013; Lévesque et al., 2016). Dans les deux cas, la question de la confiance, et ainsi de l'émotif, semble notable. De plus, parmi les femmes avec un suivi sage-femme, toutes les expériences médicales antérieures au suivi

sage-femme sont soit neutres ou négatives, et elles constituent des facteurs ayant influencé leur décision de recourir à l'approche sage-femme pour la grossesse dont porte l'étude. Ces expériences négatives sont notamment en raison d'attitudes des professionnel.le.s de la santé ainsi que de la non-place du choix dans les soins reçus, ce qui s'accorde avec la littérature sur le sujet (Oliveira et Penna, 2017).

Profil des parents

Concernant les *facteurs socio-démographiques* des participant.e.s, bien que les données ne permettent pas de faire ressortir un profil typique pour le suivi sage-femme ou le suivi médical, les propos tenus par les parents font toutefois ressortir que le *domaine* d'éducation pourrait influencer non pas le type de suivi choisi, mais la vision de l'événement qu'est l'accouchement, ainsi que les besoins relatifs aux suivis. C'est dans ce sens que deux pères (P_2 et P_5), aux formations académiques en sciences sociales, abordent la maternité selon qu'elle est imbriquée dans un contexte sociétal plus large, incluant les dimensions politique et juridique dans leur discours. Malgré des suivis différents (P_2 : suivi médical / P_5 : suivi sage-femme), les deux participants sont conscients et informés quant aux enjeux sociétaux qui ciblent la maternité et la période postnatale ; ces deux participants soulèvent notamment des suggestions entourant les congés de paternité, leurs deux opinions se rejoignant vers la revendication d'une place / un rôle plus valorisé pour le père (ou au deuxième parent dans le cas d'un couple de mêmes genres). De plus, concernant l'éducation chez les mères, il semble que les mères ayant une formation biomédicale mentionnent avoir un besoin de preuves scientifiques concernant leurs suivis. Ainsi, deux participantes, M_3 et M_7, expliquent toutes deux avoir accordé une place centrale aux données scientifiques lors de leur recherche d'informations entourant la période périnatale. Toutefois, tandis que ces deux participantes se rejoignent dans ce besoin de preuves scientifiques, elles ont pourtant opté pour un suivi différent (M_3 : suivi sage-femme / M_7 : suivi médical). À ce sujet, la participante ayant opté pour un suivi sage-femme explique que son choix repose également en partie sur toutes les données scientifiques qui appuient l'utilisation d'une approche sage-femme dans le cas de grossesses à bas risques de complications. Notons que les données de cette thèse ne permettent pas de suggérer un lien entre le *niveau* d'éducation et le type de suivi choisi.

L'influence de l'éducation semble également soutenue par la littérature (Agus et al., 2018; Panazzolo et Mohammed, 2011), toutefois l'éducation serait à considérer de façon nuancée car elle influence de différentes façons le choix du type de suivi. En d'autres mots, dépendamment du contexte, l'éducation façonne l'esprit critique qu'un parent développera envers un modèle de santé popularisé qui lui est présenté à un moment donné, plutôt qu'influencer directement le choix du type de suivi (Carolan et Hodnett, 2007). De plus, la littérature indique également que l'éducation est liée à la littératie en santé (Carolan et Hodnett, 2007). La formation biomédicale d'un parent influencera sa compréhension plus fine des aspects biomédicaux de la périnatalité et ce parent sera davantage formé pour retenir et comprendre l'information de santé s'y rapportant. Suivant cette même logique, un parent possédant une formation en sciences sociales ou domaine connexe sera peut-être davantage porté à envisager un contexte social par rapport à la naissance, ainsi que retenir l'information qui y est rattachée.

Concernant le *statut marital* des pères et mères interrogés, il est intéressant de soulever que 17 sont conjoints de faits et sept sont mariés. Une participante n'a pas abordé ce thème. Il serait intéressant de creuser ce sujet et tenter de vérifier si le statut marital puisse avoir un potentiel lien avec le type de suivi choisi. Dans le cadre de cette étude, les résultats n'indiquent pas de tangente. Toutefois, il semble qu'il pourrait y avoir un lien entre le statut marital et les idéologies entourant la naissance. Une recherche ultérieure pourrait se pencher sur l'exploration des relations entre ces deux variables.

Il a été également question précédemment dans cette thèse du rôle de la culture sur les attitudes de recours aux soins. En effet, la relation entre la culture et la santé a été documentée dans la littérature, notamment en ce qui concerne les différentes approches thérapeutiques envers la santé, la maladie, et la mort (Jones et Coast, 2013; Lovering, 2006; Napier et al., 2014; Postmontier et Horowitz, 2004 ; Sheikh et Furnham, 2000). La culture façonne non seulement les croyances qu'une société (et chaque personne) développe et alimente par rapport à la santé, mais également la mobilisation des ressources biopsychosociales qui influencent sa santé, comme l'organisation du soutien social

et la spiritualité/religion (Mayer et Geldenhuys, 2014). Les deux membres sages-femmes interrogées pour cette thèse ont indiqué que le profil culturel des femmes influençait le recours à l'approche sage-femme. En effet, tel que rapporté dans le chapitre des résultats, plusieurs profils culturels de femmes ont recours aux services d'une sage-femme dans la région de Québec, qu'il s'agisse des Françaises, Anglaises, ou Japonaises. Pour les femmes dont les sages-femmes représentent la première ligne de soins périnataux dans le pays/culture d'origine, le recours aux services d'une sage-femme se fait naturellement dans leur nouveau pays de résidence. De plus, la sphère religieuse constitue également une influence sur la façon de concevoir la naissance, et donc sur les soins qui sont recherchés durant la période périnatale, d'après les données tirées des entretiens avec les membres administratifs. Ces données sont également appuyés par la littérature, qui indique que la pratique d'une religion peut rendre un parent inquiet à l'idée que ses croyances ne seront pas respectées en milieu hospitalier; ainsi, ils se penchent vers une approche sage-femme pour un accouchement hors milieu hospitalier et avec des soins adaptés à leurs croyances (DeVries, 1992). Puis, cette étude fait également ressortir l'influence de l'entourage sur les décisions entourant la périnatalité, ce qui rejoint la littérature à propos du lien communauté et santé, où la communauté devient organisatrice des soins (Bibeau, 1987). La culture influence ainsi la façon dont une personne exprimera sa santé, les endroits et personnes vers qui elle se dirigera naturellement pour chercher de l'aide, et les approches thérapeutiques préférées (Commission de la santé mentale du Canada, 2019).

Dans un autre ordre d'idées, abordée selon son approche large, soit celle du développement de comportements au sein d'une communauté (Robert en ligne, n.d), la culture renvoie également à diverses entités culturelles présentes au sein d'une culture. Par exemple, se retrouvent, au sein de la culture québécoise, différents regroupements minoritaires en fonction de traits culturels divers, issus notamment de l'immigration, de la culture autochtone, puis de conditions de vie différentes (Dufour-Turbis et Hamelin-Brabant, 2019; Gouvernement du Canada, 2021). En raison de certaines particularités de ces entités (minorités) culturelles, les personnes y appartenant ont un rapport différent par rapport au système public de santé, se confrontant à des barrières à l'accès aux soins qui les empêchent de recevoir des soins adéquats santé (Commission de la santé mentale

du Canada, 2019; Battaglini et al., 2014). Les différentes barrières aux soins incluent entre autres la langue (non-compréhension des informations en santé), le revenu, le niveau de scolarité, la discrimination, et le vécu de crimes dirigés contre la minorité culturelle (Commission de la santé mentale du Canada, 2019). De plus, la confrontation à une culture biomédicale dominante à travers le système de santé freine certaines personnes à recourir aux soins, ne s'y retrouvant pas dans les soins de santé (Rocque & Leanza, 2015).

Bien que ces pistes de réflexion culturelle sont intéressantes, cette étude ne peut qu'en souligner l'importance, sans toutefois pouvoir y offrir de réponses. En effet, le peu de diversification culturelle demeure une limite de cette étude. Une hypothèse est par contre avancée comme permettant d'expliquer en partie le peu de profils culturels variés s'étant présentés pour participer à l'étude : même si la province de Québec est considérée comme pluriculturelle par son accueil d'une haute proportion d'immigrants canadiens (Battaglini et al., 2014; Dufour-Turbis et Hamelin-Brabant, 2019), il s'agit principalement de la région métropolitaine de Montréal qui contribue à ce caractère pluriculturel (Commission de la santé mentale du Canada, 2019). Il est maintenant à se demander si une potentielle homogénéité de la culture québécoise au sein de la région de Québec pourrait renforcer le maintien d'une médicalisation de la naissance. Après tout, le passé historique des soins de santé a forgé la construction d'une culture de gestion du risque, encore fortement ressentie dans la région de Québec et ce à différents niveaux de la santé (Rivard, 2010). Peut-être que la présence de cultures différentes au sein du territoire québécois est ainsi un catalyseur pour déconstruire et reconstruire la culture de soins biomédicale présente dans la région de Québec. Pour répondre plus amplement à ce questionnement et approfondir le lien culture – santé, la conduite de recherches ultérieures, faisant appel à différents profils culturels de parents, est encouragée.

Profil des grossesses

Concernant le *profil de la grossesse* des participant.e.s, 15 mentionnent un élément de planification dans leur grossesse et six abordent un élément de surprise, parfois avec un peu des deux. Sur les six abordant un élément de surprise, cinq (83%) ont reçu un suivi avec une sage-femme. S'agit-il d'une piste à explorer ? Y a-t-il un élément de non-jugement souhaité de la part de parents ayant

une grossesse surprise, ou encore un besoin d'un suivi plus personnalisé (De Koninck et al., 2001) ? Un lien est également à tracer avec le statut de parité de la mère, en ce sens où celles qui ont déjà vécu un accouchement ont des besoins différents relatifs à leurs suivis. Les données de cette étude indiquent que les besoins en informations et en soutien sont plus grands lors d'un premier accouchement que lors de ceux qui suivent. Puis les besoins sont également différents en fonction des antécédents médicaux. Une expérience médicale antérieure ayant été vécue comme traumatisante demandera des soins précis pour permettre la réparation du traumatisme ou, à tout le moins, ne pas le renforcer (Beck et al., 2018).

6.2.2 Composantes d'influence

Lien avec le/la médecin de famille et réflexe médical

Concernant les facteurs pouvant influencer en amont les décisions de recours aux soins chez les parents, les résultats obtenus dévoilent un *lien avec le/la médecin de famille* plus présent dans le discours chez les mères avec un suivi médical que chez les mères avec un suivi sage-femme. Ce lien avec le médecin de famille peut être vécu à la fois par une relation de confiance avec le/la médecine de famille ou encore tout simplement avoir accès à ce/cette médecin. En effet, 100% des mères (6/6) avec un suivi médical font référence à la relation avec leur médecin de famille comparativement à 33% (4/12). De plus, aucun père ayant bénéficié d'un suivi avec une sage-femme ne fait référence au lien avec le/la médecin de famille. Il semble important de rappeler que le *profil de la grossesse* pourrait venir en partie expliquer cette relation. Plus précisément, le statut de parité (parité nulle ou non nulle) est à prendre en considération dans cette discussion, car les résultats démontrent que 50% des femmes (3/6) ayant eu un suivi médical étaient primipares (il s'agissait donc de leur première grossesse ayant atteint l'âge de viabilité). Ainsi, pour ces mères, le parcours avec le/la médecin de famille était potentiellement un point de départ dans le processus entourant les soins/suivis de grossesse. Pour d'autres femmes ayant eu recours à un suivi sage-femme, le réflexe vers le médical avait déjà été emprunté pour une grossesse antérieure et leur précédent suivi avait ainsi influencé leur suivant. Ainsi, un lien entre la parité et la décision entourant le choix du suivi ressort de cette étude. De plus, en se fiant aux résultats concernant *le*

réflexe médical, il semble que les femmes ayant soulevé le réflexe médical comme ayant influencé leur choix de suivi médical faisaient uniquement (100% des participant.e.s pour ce code) référence à leur première grossesse et l'inconnu entourant la grossesse et l'accouchement. Pour ces mères, le besoin d'encadrement et de sécurité pour une première grossesse semble central. Pour d'autres parents, c'est plutôt le besoin d'information et d'approche personnalisée qui a priorité pour une première grossesse. Ces parents se sont tournés vers une approche sage-femme. Dans tous les cas, le statut de première grossesse teinte la priorité accordée aux différents besoins envers le suivi.

La suggestion qui ressort de ces constats est que, du point de vue de santé publique, chaque femme devrait pouvoir accéder à un professionnel de première ligne en périnatalité, qu'il s'agisse de la médecine familiale ou d'une sage-femme. Ainsi, la priorité pourrait être l'accès à un.e professionnel.le périnatal de première ligne pour toutes les femmes, puis ensuite l'accès à un spécialiste de deuxième ligne (par exemple, un.e gynécologue) en cas de complications.

Préparation et informations

Concernant la place accordée à *la préparation*, il est intéressant de remarquer que ce thème est soulevé chez les conjoints ayant bénéficié d'un suivi sage-femme, alors qu'il n'est pas abordé par les conjoints avec un suivi médical. Un lien potentiel serait à faire entre le manque de *connaissances – informations*, présent chez les mères ayant un suivi médical et absent chez les pères ayant ce même type de suivi. L'hypothèse suggérée est que le type de suivi, et ainsi, l'approche adoptée par le/la professionnel.le de santé, pourrait influencer le sentiment de participation du père dans le processus, tout comme son besoin de développer et d'accumuler des connaissances et informations entourant la périnatalité (et ainsi, sa préparation active). De plus, il avait été suggéré que le contexte sanitaire a également potentiellement grandement contribué à une certaine déconnection des pères du processus global de préparation, ceux-ci ne pouvant pas être présents en personne lors de plusieurs suivis en raison de restrictions sanitaires (Bussières McNicoll, 2021). Ces mêmes hypothèses pourraient venir également expliquer que le thème de la préparation n'est pas ressorti chez les pères avec un suivi médical dans le cadre de cette étude.

L'émotif

De plus, alimentant la confiance que les parents ressentent envers leur processus périnatal, nous retrouvons le thème de la *sécurité perçue*. Un lien peut être établi notamment entre la perception de sécurité et la perception du transfert possible de soins. Bien que le transfert de soins n'ait pas été abordé par beaucoup de participant.e.s (7/25, soit 28% des parents), cet élément a été soulevé par certain.e.s participant.e.s comme influençant leur sécurité perçue quant à l'accouchement hors milieu hospitalier. Pour certain.e.s participant.e.s, la décision d'un accouchement hospitalier reposait en partie sur une volonté de se retrouver initialement dans un endroit où toutes les ressources sont présentes, sans nécessiter un transfert de soins à 'mi-parcours'. Cette anticipation d'un transfert de soins, comme diminuant le sentiment subjectif de sécurité, vient s'accorder aux autres résultats relatifs à la *sécurité perçue*, qui dévoilent le besoin d'accoucher à proximité de toutes les ressources disponibles potentielles. Il est important de rappeler ici que le sentiment de sécurité est subjectif et propre à chaque participant.e (Denis et Callahan, 2009), car pour certain.e.s, au contraire, le sentiment de sécurité n'est pas ressenti en milieu hospitalier, et c'est plutôt de pouvoir accoucher à l'extérieur de l'hôpital qui vient combler un besoin de sécurité. Dans tous les cas, le thème de la sécurité ressort fortement, et les facteurs qui alimentent ce sentiment de sécurité sont multiples et parfois même opposés d'un.e participant.e à l'autre.

De plus, relevant également de l'ordre émotif, notons que seules les mères (aucun père) ont fait ressortir le thème des *préférences personnelles* comme facteur influençant leurs décisions quant au type de suivi. Ce thème fait tout simplement référence aux préférences personnelles propres à chaque femme, au-delà de la sécurité, des connaissances, de l'information, des preuves scientifiques, des peurs confrontées (Fawsitt et al., 2017). Il semble ainsi que les deux types de suivis, soit le suivi avec un.e médecin et le suivi avec une sage-femme, représentent deux approches différentes, dont chacune ne convient pas aux préférences personnelles de toutes les femmes (Fawsitt et al., 2017). Ce facteur des *préférences personnelles* représente peut-être, en quelque sorte, le facteur qui fera pencher la balance, et qui déterminera si une femme aura recours ou non aux services d'une sage-femme, en toutes connaissances des deux approches disponibles. Ceci laisse aussi suggérer que ces deux approches devraient être toutes deux accessibles, disponibles et

mises de l'avant, de façon à répondre aux préférences et besoins différents des femmes. Dans le cadre de cette étude, aucun père n'a abordé ce thème des *préférences personnelles*, laissant suggérer qu'il s'agit d'un facteur spécifique à la personne qui accouche directement (biologiquement) parmi les pères à l'étude. Peu de littérature existe quant aux préférences des pères relatives aux soins périnataux, mais une étude réalisée auprès de pères Suédois laisse suggérer que si les femmes sont souvent fortement concernées par la possibilité de vivre un accouchement sécuritaire et avec le moins de stress possible, les pères sont quant à eux surtout orientés vers la sécurité des femmes dans leurs décisions (Hildingsson, 2014). Les résultats de notre étude abondent en partie dans ce sens, laissant suggérer qu'indépendamment des aspects sécuritaires, le type d'accouchement semble une considération moindre pour les pères. À ce sujet, il aurait été intéressant d'interroger un second parent de couples de mêmes genres (couple de sexe féminin, puisqu'il s'agit d'une étude autour de l'expérience de l'accouchement, ainsi réservée à la biologie féminine) pour déterminer si le facteur des *préférences personnelles* est spécifique à toutes les femmes, ou alors uniquement à la personne qui accouche. Ce point semble avoir été très peu documenté dans la littérature. Ainsi, la limite de la diversification des profils des participant.e.s doit être soulevée concernant le sexe pour notre étude. Pour une étude ultérieure, il serait intéressant de cibler au moins un couple du même sexe.

La communauté

En ce qui concerne le thème de l'influence de la communauté (entourage), cette étude vient soulever l'importance de ce facteur dans l'utilisation des services d'une sage-femme et des choix entourant la périnatalité. Non seulement ce thème ressort fortement concernant les facteurs influençant le recours aux soins en amont du choix du type de suivi, mais il est également central dans la construction des connaissances et informations autour des parents en matière de périnatalité. Ce thème est ainsi au croisement de la circulation d'information et du développement de connaissances chez les parents, et des composantes qui influencent le type de suivi choisi pour la grossesse et l'accouchement. La littérature sur le sujet vient appuyer l'influence de la communauté dans la prise en charge de la santé et certaines décisions en santé, notamment en ce qui concerne les décisions entourant l'allaitement (Otmani et al., 2015). Cela va de pair avec certains fondements

théoriques psycho-sociaux des processus d'éducation pour la santé, qui illustrent le poids des pressions de l'entourage envers différentes approches en santé (Godin, 1991). Une citation, rapportée dans le chapitre résultat, illustre un phénomène significatif, soit un besoin de certains parents ayant eu recours aux services d'une sage-femme de se protéger (voire, s'isoler) de leur entourage lors de la grossesse, de façon à ne pas avoir à justifier leur choix de type de suivi. Ceci laisse donc supposer que l'influence de l'entourage est relativement forte autour de la période périnatale, et principalement pour les parents optant pour une approche sage-femme, nécessitant presque de provoquer une certaine distanciation (si ce n'est pas une distanciation physique, du moins, une distanciation psychologique) envers l'entourage pour les parents qui souhaitent se libérer de ce facteur. La force relativement plus élevée du poids de l'entourage pour les parents optant pour une approche sage-femme s'exprime tout autant avant de faire un tel choix (l'entourage influençant grandement ce choix) qu'après avoir fait le choix (l'entourage peut ici contribuer à une fatigue des parents qui doivent ensuite justifier leur choix). Ceci laisse aussi supposer que pour améliorer les connaissances et l'information qui circule en matière de périnatalité, les stratégies de dissémination de l'information doivent prendre en considération les formes informelles de communication en santé (par exemple : des discussions au sein de la communauté), tout autant que les modes formels de communication (par exemple : les références documentaires officielles en la matière et autres).

OBJECTIF 2 : Documenter les différentes trajectoires de soins périnataux, à partir de l'expérience de soins périnataux de parents de la région de Québec, soit le vécu des soins et l'accès aux soins périnataux

6.2.3 Utilisation des services

Vécu des soins

L'utilisation des services est une catégorie de thèmes qui permet de tracer les différents parcours de soins vécus par les parents en périnatalité. En rapport avec cette catégorie, les participant.e.s font ressortir le thème de *l'empowerment* et le *soutien*, comme étant au centre d'un vécu positif d'accouchement. Pour permettre le sentiment d'*empowerment*, il semble important que les parents,

et possiblement en particulier les femmes qui accouchent, reçoivent les explications nécessaires à la prise éclairée de décisions multiples qui lui reviennent (Hermansson et Mårtensson, 2011). De plus, le manque de soutien peut contribuer à une expérience négative d'accouchement, alors que le sentiment d'être accompagnée et encouragée, soutenue dans ses décisions et dans son vécu, facilite une expérience positive d'accouchement. Ces deux éléments laissent suggérer l'importance de la présence du/de la professionnel.le de santé; d'une présence *encapacitante* et non *incapacitante*, et d'une volonté de partage d'information et de travail d'équipe, pour permettre aux parents une position décisionnelle centrale, tout cela dans le respect des règles de sécurité pour la mère et le bébé. Plusieurs parents ayant reçu un suivi sage-femme mentionnent un vécu positif à travers le sentiment d'*empowerment*, ce qui semble cohérent avec l'approche de la profession sage-femme dans différents contextes (Hermansson et Mårtensson, 2011).

Accompagnement

Cette thèse fait également ressortir l'importance de la *place du conjoint* comme l'accompagnement le plus mentionné par les participantes. Pour certaines mères, toutefois, le conjoint est important, mais l'accompagnement premier doit être réservé à une personne experte et aidante. Ces deux opinions s'accordent à la littérature autour du thème du *soutien social* pendant l'accouchement, expliquant que les effets d'un soutien de la part d'une personne experte sont observables de façon plus directe que ceux provenant de la part d'un.e conjoint.e. (Hodnett et al., 2013). Les effets bénéfiques de l'accompagnement provenant du/de la conjoint.e seraient plus complexes à analyser, car ils sont en partie influencés par l'état du couple ainsi que la réelle capacité d'aide et de soutien mobilisée par le/la conjoint.e (Hodnett et al., 2013). Ceci laisse maintenant suggérer qu'un.e conjoint.e qui développerait les capacités pour devenir un.e expert aidant.e lors de l'accouchement constituerait potentiellement la personne de choix pour plusieurs femmes qui accouchent. Ainsi, s'il y a bien un rôle qu'il ne faut pas sous-estimer entourant la période périnatale, c'est bien celui de la personne principale de proximité émotionnelle de la femme, et tout le pouvoir thérapeutique (autant moral que physique) que cette personne peut incarner avant, pendant et après un accouchement. Des études relatives au vécu de couples primipares (vivant la naissance de leur premier enfant), démontrent ainsi des perceptions différentes entre la femme et le/la conjoint.e,

quant aux rôles dudit conjoint : les femmes percevraient la place des conjoint.e.s comme source de soutien alors que les conjoint.e.s sont souvent confronté.e.s à un sentiment d'impuissance (Kopff-Landas et al., 2008). Il semble donc important que des ressources spécifiques pour cette personne accompagnante soient disponibles en préparation à l'accouchement et qu'une place adéquate lui soit réservée, autant que possible, lors des suivis de grossesse et lors des soins postnataux, de façon à honorer les trois entités distinctes présentes dans une grossesse : les mères, les conjoint.e.s, et le couple, lorsqu'il y a présence d'un couple (Moreau et al., 2009). Ce dernier point permet de rebondir sur les ressources (notamment du matériel pour dormir) postnatales, qui sont ressorties comme limitées pour les conjoint.e.s dans certains milieux hospitaliers. Peut-être y aurait-il alors place à revoir ces ressources de façon à honorer davantage la place des conjoint.e.s dans l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Le choix

De plus, la place centrale du *choix* apparaît dans l'utilisation des services comme élément au cœur des réflexions des parents lorsque questionnés par rapport à leur expérience des soins/services. Cela fait écho au thème ressorti lors des entretiens avec les membres administratifs, qui mentionnent qu'un facteur déterminant du recours au suivi sage-femme est potentiellement cette volonté de pouvoir choisir ; la place centrale du choix éclairé dans les soins reçus. Le choix éclairé repose également sur les informations reçues qui appuient le processus décisionnel, et ceci vient à nouveau rejoindre le niveau de *connaissances et d'informations* (ici dépendant à la fois des ressources documentaires consultées et de l'entourage, tel que suggéré précédemment), ainsi que le thème de l'*empowerment* (Goldberg, 2009). Il semble exister une relation cyclique entre les connaissances, le choix éclairé, le vécu des soins/services et l'approche du/de la professionnel.le. Et à l'intérieur de cette relation cyclique, les résultats laissent également suggérer qu'un certain niveau de connaissances des parents (principalement de la femme) en matière de périnatalité doit être accumulé avant la grossesse, car la période temporelle entre le début de la grossesse et les premiers suivis prénataux n'est pas une période adéquate (les femmes étant déjà bombardées de décisions à prendre et également dans un état plus vulnérable) pour recueillir suffisamment d'informations nuancées et objectives concernant les différentes approches disponibles pour les

suivis. Ainsi, il serait important que l'information nuancée, de qualité et appuyée sur de l'évidence scientifique soit accessible aux parents en dehors de la maternité et en amont de leur planification familiale (Goldberg, 2009).

Approche de soins

Considérant ce thème, une distinction importante ressort du discours des parents quant à deux principales *approches de soins* chez les professionnel.le.s de santé : une approche personnalisée et une approche standardisée/protocolaire. Chez les parents qui ont recours au suivi sage-femme, il semble qu'une approche de soins personnalisée (Yanti et al., 2015), dans le respect des protocoles de sécurité, est préférée.

Cette préférence d'approche personnalisée vient également rejoindre un autre thème connexe, qui est celui de la *continuité des soins*, qui ressort comme un élément marquant dans le vécu des soins entourant la période périnatale. Peut-être la continuité des soins est-elle appréciée dans tout type de suivi de santé, néanmoins en ce qui concerne la maternité et l'événement de la naissance, cette période semble constituer un moment où le besoin de repères est encore plus fort, peut-être similairement à la période de la fin de vie. Ainsi, en quête de repères, les parents vont porter attention aux visages professionnels rencontrés. Ainsi, de tous les participant.e.s qui ont abordé le thème de la continuité des soins, la totalité ont fait ressortir ce point comme un élément favorable à une expérience positive et humanisée des soins (Behruzi et al., 2011; Sandall et al., 2010). Toutefois, une nuance est à apporter ici car pour certains, même si la continuité des soins demeure souhaitable, le fait de rencontrer plusieurs professionnel.le.s de santé peut être un atout lorsque ce qui est apporté par ces professionnel.le.s (en termes d'informations et de soins) est complémentaire et/ou cohérent d'un.e professionnel.le à l'autre (P_2). Ainsi, la continuité des soins, au-delà du lien intime formé entre un.e professionnel.le et un.e patient.e, représente également un cadre assurant que le dossier d'un.e patient.e ne soit pas soumis aux lacunes communicationnelles entre professionnel.le.s de santé lors d'un transfert de soins ou d'octroi de soins partagés. Peut-être le *sentiment* de continuité des soins peut-il ainsi être vécu malgré l'intervention de plusieurs

professionnel.le.s de santé, à condition que ceux-ci incarnent la cohésion et non pas la coupure entre les suivis octroyés.

Finalement, la place du *jugement* dans les soins reçus est également un thème rattaché à l'approche de soins, et ce thème influence le vécu des soins. Des 11 participant.e.s ayant abordé le thème du jugement (10 mères, 1 père), tout.e.s ont parlé du jugement reçu dans le milieu médical (à l'hôpital, de la part d'un.e médecin/infirmière), alors que les participantes ayant parlé du non-jugement entourant leurs soins ont fait référence à l'approche sage-femme. Ceci semble une distinction importante à souligner entre les deux approches, qui ont un lien potentiel avec le respect du choix, abordé précédemment. Ainsi, le jugement d'un individu renvoie souvent à un non-respect d'un choix et une ingérence dans ce choix, alors qu'un non-jugement est possible lorsqu'il y a le respect sous-jacent de l'autonomie et ainsi, du choix, d'une personne. Cet élément soulève une réflexion par rapport au respect des principes de bioéthique (Fagot-Largeault, 2004) qui sont la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice, qui devraient guider les soins octroyés par tous/toutes les professionnel.le.s de santé. Dans ce cas, la présence de jugement dans les soins reçus par les parents à l'étude laisse supposer que certains facteurs influencent présentement la possibilité des praticiens à satisfaire ces principes. S'agit-il de facteurs systémiques politiques, juridiques, financiers ? De peurs ? De méconnaissances ? Du débordement des milieux hospitaliers et d'une surcharge générale de travail des professionnel.le.s de santé, tous des éléments créant des tensions chez ceux-ci ? Dans tous les cas, ceci constitue à nouveau une piste potentielle pour de futures recherches entourant les facteurs qui influencent les décisions de recours aux soins.

Concernant le non-jugement adopté de façon générale par l'approche sage-femme, une participante (MS3) vient toutefois apporter une contextualisation dans cette perception du non-jugement, qui se doit d'être nuancée :

« Tu sais, la sage-femme, c'est pas une servante [...] elle a ses limites. [...] Je pense qu'il y a certaines catégories de personnes qui [...] veulent même pas ces limites-là [...] La profession de sage-femme, c'est tellement difficile, leur position. Parce qu'il faut qu'elles montrent que c'est

*sécuritaire, qu'elles ont des protocoles, [...] pour que ça soit accepté dans le système de santé.
[...] C'est une danse un peu spéciale [...] ».*

Cette nuance vient ainsi souligner la ligne entre « sécurité » et « choix », à laquelle les sages-femmes sont fréquemment confrontées dans le cadre de leur travail.

La bulle et la temporalité

Toujours concernant l'utilisation des soins, le thème de la *bulle*, à la fois pendant l'accouchement et après, permet de suggérer certaines hypothèses. D'une part, le respect de la bulle est ressorti fortement comme un facteur influençant le vécu positif des soins reçus par une sage-femme, précisément en raison du contexte du lieu d'accouchement (maison de naissance ou domicile) (Brabant, 2013). Potentiellement, pour un parent qui a déjà vécu la *bulle* d'un accouchement en maison de naissance ou à domicile, cet élément vient renforcer par la suite sa volonté de recourir au même type de suivi pour une future grossesse. Pour les parents ayant abordé ce thème, il semblerait que la bulle représente un état d'intime synchronie avec soi et, parfois, avec le/la conjoint.e, qui favoriserait l'écoute du corps et le relâchement des tensions bloquant tout processus naturel de se rendre où il doit se rendre. La bulle favoriserait également l'intuition et la confiance en soi. D'autre part, ce besoin de *bulle*, mentionné par plus de la moitié des parents (60%), regroupe un ensemble de ressources à mobiliser autour des nouveaux parents : discrétion (espace, intimité), silence, confort, et temps. Toutes ces ressources, pour la plupart non tangibles, sont possibles uniquement dans un cadre qui peut l'offrir.

À ce sujet, 76% des parents abordent l'élément de *temporalité* comme influençant leur expérience des soins. Il est question, pour la plupart des parents, d'un besoin de prendre le temps. Pour d'autres, ils font ressortir la presse des professionnel.le.s de santé et l'impossibilité de prendre le temps, ce qui nuit à l'expérience positive des soins/suivis. Il est également question de la durée de l'accouchement par certain.e.s participant.e.s. Tous ces éléments s'insèrent dans l'importance de la temporalité autour de l'accouchement, et d'un besoin de prendre en considération, dans l'octroi des soins/services, la longue durée perçue d'un accouchement ainsi que le besoin des parents de

prendre le temps qui doit être pris. Un participant décrit agilement la place du temps dans les décisions entourant le type de suivi ainsi que le vécu des suivis : [PS4] : « [...] *C'est la valeur de prendre le temps pour nous* ».

Ainsi, au-delà de l'aspect sécuritaire, chaque parent a ainsi tout aussi besoin d'un environnement dans lequel il peut se poser pour accueillir un nouveau membre familial. Les professionnel.le.s de la santé qui s'intègrent dans cette période ont donc avantage à s'y insérer comme s'ils étaient des membres de la famille, car ils représentent les premiers repères pour des parents vivant un moment familial des plus importants de leur vie.

Un questionnement serait à se poser, d'un point de vue de l'organisation des soins périnataux, sur les infrastructures présentement offertes aux parents en post-natalité. Le contexte hospitalier représente-t-il présentement un environnement sécuritaire émotionnellement pour accueillir les parents dans leur période postnatale ? Y a-t-il possibilité d'amélioration de ce cadre (approches des professionnel.le.s de santé, fréquence des soins octroyés, infrastructures offertes – lit, nourriture -, etc.), tout en respectant les contraintes et enjeux auxquels le milieu hospitalier est confronté ainsi que les protocoles de sécurité ? Y a-t-il possibilité qu'un réaménagement des environnements postnataux puisse aider à réduire le débordement des hôpitaux ? Toutes des pistes éventuelles à envisager pour un questionnement plus général autour de l'organisation des soins périnataux dans la région de Québec.

OBJECTIF 3 : Documenter le niveau des connaissances de parents de la région de Québec quant aux différents services périnataux offerts, et spécifiquement concernant les services de sage-femme

6.2.4 Connaissances et informations en matière de périnatalité

Le thème des *connaissances et informations en matière de périnatalité* est ressorti fortement dans les entretiens, même s'il ne faisait partie que de façon connexe des grilles d'entretien initialement. Les résultats relatifs à cette catégorie présentent un constat intéressant, qui semble plutôt central

pour l'objectif de cette thèse : selon les résultats, toutes les femmes avec un suivi médical ont abordé leur niveau de connaissances/informations relatives aux différentes approches, comme influençant leur recours aux soins. En abordant ce thème, la plupart de ces femmes ont souligné le manque d'informations et connaissances auquel elles ont été confrontées dans le processus conduisant à leurs prises de décisions.

À ce sujet, les analyses documentaires des deux références sélectionnées pour cette étude peuvent apporter quelques éléments d'explication et d'information. D'une part, il est à mentionner qu'il existe plusieurs éléments de contenu concernant l'approche sage-femme à la fois dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans* (éditions 2019 et 2021) et sur le site de *Naître et grandir*, ce qui contribue positivement à l'information disponible et accessible concernant cette approche. Toutefois, l'analyse du contenu retrouvé sur le site de *Naître et grandir* laisse suggérer quelques blocages à la circulation d'une information nuancées. D'une part, la mention de l'approche sage-femme est utilisé selon une formule « votre médecin ou votre sage-femme ». En ce sens, le positionnement grammatical de la « sage-femme » dans une majorité des phrases vient après celui du/de la médecin (il est quelques fois question du/de la médecin de famille, de l'obstétricien.ne, puis de la sage-femme). Cela peut sembler minime, mais ce choix grammatical laisse sous-entendre une certaine priorité (d'abord grammaticale, mais peut-être aussi thérapeutique) accordée au/à la médecin dans les informations divulguées. Une exception est faite dans le cas d'un article intitulé *Sage-femme : suivis de grossesse et accouchement*, où la sage-femme est la principale professionnelle de santé abordée, ainsi que dans le cadre de certains communiqués d'actualité concernant l'approche sage-femme (notamment en lien avec le contexte sanitaire). Il pourrait être intéressant de creuser les raisons qui expliquent un tel choix grammatical lors de l'écriture du contenu se retrouvant sur ce site. Dans tous les cas, il est possible que ce choix, qui peut d'emblée paraître anodin, influence néanmoins indirectement le subconscient d'un.e lecteur/lectrice quant au deux approches offertes. Un exemple assez frappant est celui-ci :

Le Collège américain des obstétricien.ne.s et des gynécologues s'est récemment penché sur la question. Sa conclusion : pour les grossesses à faible risque, plusieurs interventions n'ont pas de

réels avantages. Ils ont donc dressé une liste de recommandations s'adressant aux médecins, aux infirmières et aux sages-femmes pour limiter les interventions inutiles.

Dans cet exemple, dans lequel il est question d'une concertation professionnelle dans le but de réduire les interventions non nécessaires entourant l'accouchement, la mention de la sage-femme est placée à la fin de l'énumération de professionnel.le.s, alors que cette profession représente la pionnière de l'approche par moindre interventions.

L'analyse du guide *Mieux vivre* permet quant à elle de soulever un emploi grammatical du terme « sage-femme » différent de celui retrouvé sur le site *Naître et grandir*. Ainsi, l'emplacement du mot « sage-femme » change de position selon le contenu de la phrase, ce qui laisse suggérer que la sage-femme est positionnée à une égalité thérapeutique similaire à celle du/de la médecin, ainsi que considérée selon ses compétences et les particularités de son approche pour déterminer de son emplacement dans une phrase. Ainsi, les champs de compétences semblent reflétés dans les choix grammaticaux du guide, autant concernant l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL), le/la médecin, que la sage-femme. Il est intéressant de soulever que l'emploi du mot « gynécologue » est rare à travers le guide. Il est en effet question du gynécologue au tout début du guide pour présenter les trois professionnel.le.s potentiels autonomes autour de l'accouchement. Puis il est également question du gynécologue lorsque l'information abordée concerne une complication qui réfère effectivement aux champs de compétence de l'obstétrique. Ainsi, les particularités propres aux deux lignes de soins semblent respectées dans ce guide.

Les raisons qui expliquent ces choix grammaticaux (et éditoriaux ?) différents reposent potentiellement sur les auteurs et les instances de publication de ces deux références. D'une part, *Naître et grandir* est financé par une fondation privée (Fondation Chagnon), qui est une organisation philanthropique dont la mission est concentrée autour de la lutte à la pauvreté (Fondation Chagnon, 2022). Ainsi, même si les auteurs du contenu retrouvé sur le site sont qualifiés pour le produire, il n'en demeure pas moins que la publication est gérée par une fondation dont la

mission principale n'est pas relative à la santé maternelle. D'autre part, le guide *Mieux vivre* est une documentation gouvernementale officielle publiée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), rédigée par un collectif de co-auteurs scientifiques aux expertises diverses et complémentaires (nutritionniste, conseillère scientifique, etc.) relatives à la périnatalité (INSPQ 2022). Le site *Naître et grandir* présente toutefois, quant à lui, plusieurs articles uniquement autour de l'approche sage-femme, ce que ne fait pas le guide *Mieux vivre*, à l'exception d'un court paragraphe concernant l'accouchement spécifiquement avec une sage-femme (en maison de naissance / à domicile). Ceci est potentiellement dû au fait que le guide *Mieux vivre* ne semble pas être un document qui vise à creuser en profondeur la matière divulguée, mais plutôt à adopter une approche de guidance (d'où le terme « guide ») de toute l'information pertinente pour les parents, les laissant ensuite aller creuser les sujets qui les interpellent davantage. L'approche du *Naître et grandir* semble davantage cibler certains sujets pour ensuite les aborder de façon détaillée. S'agit-il ici d'une différence principale d'audience visée ? Ou tout simplement d'un style différent de document ? Comme le guide *Mieux vivre* est disponible en format papier, il semble logique qu'il y ait des choix éditoriaux pour raccourcir la quantité d'informations divulguées pour chaque sujet. La formule en ligne/infolettre du *Naître et grandir* offre une plateforme peut-être plus adaptée à un partage d'informations plus détaillés et ciblées.

Outre les deux références abordées ci-haut, plusieurs parents ont également consulté le livre *Une naissance heureuse*. Sur 11 participant.e.s ayant mentionné avoir consulté cet ouvrage, huit sont des parents ayant reçu un suivi sage-femme et trois ont reçu un suivi médical. Il semble donc que cette ressource soit plus consultée chez les parents qui optent vers une approche sage-femme. Un tel choix soulève un questionnement. Est-ce que l'ouvrage de référence influence de façon générale le choix vers le type de suivi ou plutôt le renforce une fois le choix fait ? S'agit-il d'une conjonction de ces deux hypothèses ? À priori, comme chaque grossesse nécessite un suivi rapide dès les premières semaines, cela ne laisse pas beaucoup de temps aux parents pour se laisser imprégner et influencer grandement par une ressource documentaire. L'hypothèse du « renforcement » est ici peut-être plus réaliste et mériterait ainsi un approfondissement. Il est donc impossible de passer sous silence l'influence de la période pré-conceptionnelle ainsi que les semaines qui précèdent le

premier suivi de grossesse, comme deux moments construisant l'état d'esprit des parents ainsi qu'influençant la trajectoire de soins qu'ils empruntent (Ramey et al., 2015). Si les références sont recommandées aux parents lors de leur premier suivi de grossesse, comment ces parents se préparent-ils pendant les semaines qui précèdent? Il en vient alors à chaque parent d'user de ses propres ressources (littératie en santé, propension à la préparation, ou autres) d'emmagasiner l'information nécessaire pour la prise des premières décisions qui s'imposent dès le premier suivi. Ainsi, un autre constat peut être tiré de cette approche par temporalité : comment les parents sont-ils en mesure de prendre une décision éclairée concernant le type de suivi qu'ils veulent vivre, s'ils n'ont pas accès dès la phase pré-conceptionnelle à toute l'information nécessaire pour prendre une telle décision ? L'élément de la temporalité soulève des questionnements quant au niveau des connaissances des parents en matière de périnatalité et la façon dont ces derniers sont en mesure de réellement prendre des choix dits *éclairés*.

Puis, il apparaît que les parents ayant opté pour un suivi médical ont eu davantage recours aux cours prénataux autres que ceux octroyés par une sage-femme ou ancienne sage-femme (incluant ceux de QUANTIK MAMA ou ceux offerts par la maison de naissance). Ceci laisse supposer un besoin de ressources de préparation prénatale au-delà de celles offertes par le CLSC, plus présent pour les parents ayant un suivi médical.

De plus, il semble intéressant de souligner que des ressources variées (se référer au tableau 2) ont été consultées par les parents, ce qui témoigne à la fois 1) d'une étendue et multiplication actuelle intéressante de ressources en périnatalité, et 2) de besoins variés entourant la préparation à l'accouchement, et 3) d'une remise en question potentielle de l'offre de soins actuelle et des philosophies entourant l'accouchement. Peut-être y a-t-il des parallèles à faire avec le contexte sanitaire, qui a potentiellement amorcé (ou amplifié) un questionnement social par rapport à la pertinence de l'hôpital comme lieu d'accouchement par défaut des dernières années (Beaudoin, 2020; Feireisen, 2021)? Ou encore, existe-t-il un lien entre ce besoin d'expansion des connaissances relatives à la périnatalité et les luttes féministes qui sont toujours d'actualité et qui affectent les professions historiquement féminines (Lemay, 2007; Rivard, 2014), les droits des

femmes relatifs à leur corps (et englobant la question des violences obstétricales) (Brabant, 2013; Lévesque et al., 2016), et la valorisation grandissante de la participation des pères dans l'événement de la naissance (Rivard et de Montigny, 2016). Ces questionnements semblent tous se réunir vers une possible re-structuration actuelle des rôles sociaux et des conceptions de la santé.

Dans tous les cas, et peu importe les raisons qui expliquent cette montée de ressources/ouvrages en matière de périnatalité, il serait intéressant de comprendre les raisons qui peuvent expliquer l'écart entre le nombre important de ressources de référence disponibles en matière de périnatalité et le manque de connaissances nuancées toujours présent concernant l'approche sage-femme.

La littérature appuie également ce manque d'informations et de connaissances nuancées concernant l'approche sage-femme, comme influençant les choix des femmes par rapport à leur type de suivi de grossesse (Delepau et al., 2017; SOM, 2005). De façon générale, le niveau de littératie en santé influence grandement les décisions relatives à la santé des femmes enceintes (Delepau et al., 2017; Nawabi, 2021). Le manque de connaissances en périnatalité est toutefois peu ressorti chez les hommes (33%) ayant bénéficié d'un suivi médical. Ceci laisse potentiellement suggérer, d'une part, une approche différente par rapport à la recherche d'information entre les mères et les pères, ou encore une importance différente de l'accès à l'information entre mères et pères lors de la période postnatale. Serait-ce en raison du contexte sanitaire, qui a influencé les possibilités de présence (accompagnement) des pères lors des suivis et ainsi les repoussant indirectement en marge du processus malgré eux ? Ou serait-ce en lien avec l'approche du/de la professionnel.le de santé biomédical (médecin), qui influence le sentiment de participation des pères au processus de récolte d'information et de connaissances en prévision de l'arrivée d'un enfant ? Ou, tout simplement, existe-t-il un besoin différent d'informations et de connaissances pour les mères et les pères lors de la période postnatale ? La réponse se retrouve possiblement à mi-chemin entre ces hypothèses, sans qu'elle puisse s'expliquer entièrement avec les résultats de cette étude. Voici une autre piste de réflexion qui pourrait alimenter de futurs développements en recherche.

OBJECTIF 4 : Documenter le contexte global et systémique qui influence l'utilisation des soins de sage-femme par les parents**6.2.5 Contexte sanitaire**

D'une part, un thème contextuel central à l'étude est le *contexte sanitaire*. Alors qu'il ne faisait pas partie des catégories de thèmes initiaux, il est néanmoins apparu dans la plupart des entretiens (21 entretiens sur 25). Les raisons qui pourraient expliquer cette forte occurrence sont possiblement d'ordre géographique et/ou culturel. Et cela vient renforcer l'importance de la considération de la dimension culturelle lors de recherches ultérieures. En effet, la position géographique des participant.e.s, en ce sens où ils résident tous dans la région de Québec (Canada), ainsi que leur origine culturelle (québécoise), viennent potentiellement façonner à la fois leurs croyances initiales relatives à la santé (lien culture – santé) (Jones et Coast, 2013; Napier et al., 2014; Postmontier et Horowitz, 2004), tout comme leur réponse à un événement sanitaire affectant ces croyances initiales en santé.

Il a notamment été documenté que, dans le contexte de la crise COVID-19, la culture une influence sur les taux de mortalité et de morbidité (Kumar, 2021). En effet, les cultures ayant historiquement vécu une haute prévalence de maladies infectieuses auraient pu développer un plus grand esprit de collectivité que les cultures n'ayant pas ou peu été confrontées à ce genre d'évènements sanitaires (Kumar, 2021). Les cultures abordant une approche collective par rapport à la crise sanitaire covid-19, ou toute autre événement impliquant la propagation infectieuse, présentent des taux de mortalité et de morbidité inférieurs à celles présentant une approche culturelle individualiste (Kumar, 2021). De ce fait, un événement sanitaire de grande envergure, comme la crise COVID-19 ou encore celle du SRAS, en 2002, bouleverse la façon dont les individus et collectivités répondent à la maladie ou à une menace de maladie (Kumar, 2021). Ceci peut être observé entre autres par le questionnement du milieu hospitalier comme milieu de soins par défaut pour des évènements de santé ne nécessitant peut-être pas la prise en charge hospitalière (Canadian Institute for Health Information, 2022).

De plus et tel que les données le suggèrent, le contexte sanitaire modifie également les dynamiques sociales *au sein* des différentes communautés constitutives d'une société (familles, couples, etc.) et donc l'influence de ces communautés dans les processus individuels de recours aux soins. D'une part, le lien entre la communauté et la gestion thérapeutique de la santé a déjà été abordé par la recherche (Bibeau, 1987). Nous proposons également, comme hypothèse, qu'un bouleversement majeur du contexte sanitaire questionne le rôle occupé par la communauté dans la gestion de sphères de la vie, dont la santé et la maladie. Par exemple, tel que les données de cette étude l'ont soulevé, l'éloignement physique par rapport à la communauté modifierait l'influence de celle-ci sur diverses prises de décisions. Puis, parce qu'il refaçonne les dynamiques sociales au sein des communautés, le contexte sanitaire contribue également à modifier les besoins en rapports humains, tant observés dans les soins de santé qu'au quotidien. Ces différents besoins s'expriment notamment par une plus grande ou plus petite recherche de soutien social dans les soins reçus, notamment les soins périnataux (Snyder et Worlton, 2021). Un autre effet d'un évènement sanitaire important, identifié par la littérature et appuyé par nos données, est également une remise en question de différentes dimensions de la santé et de la maladie par les populations (Kumar, 2021). La conception de la santé se voit modifiée quand sont mis davantage de l'avant certains déterminants sociaux de la santé, comme l'influence des milieux de vie sur la santé et la place du soutien social (Burström et Tao, 2020).

Les parents ont également identifié des impacts de la pandémie au niveau de leurs conditions d'emploi, qui influencent leurs craintes financières, leurs conditions générales d'emploi, puis leurs décisions de conception familiale. Puis il a été également question d'impacts du contexte sanitaire sur l'isolement social, la présence du social dans le quotidien des parents puis à travers les soins. Les données indiquent également que le contexte sanitaire modifie l'organisation des soins de santé au sein du système de santé, imposant une renégociation des dynamiques interprofessionnelles, de priorisation des cas, de critères d'accès aux soins et du déroulement général des soins/suivis. Ces données sont soutenues par la littérature, qui indique que la crise sanitaire actuelle, tout comme d'autres évènements sanitaires des dernières années, a modifié l'organisation des soins de santé et

pointé les interconnexions et fragilités des différentes institutions, à l'échelle mondiale (Sturmberg et Martin, 2020).

6.2.5.1 Contexte sanitaire et services sage-femme

À ce sujet et compte tenu du contexte actuel de la pratique sage-femme dans la région de Québec, la profession de sage-femme a été particulièrement affectée par l'événement sanitaire de la crise COVID-19 (Beaudoin, 2020). En effet, par sa position à l'extérieur de l'hôpital, elle constitue en quelque sorte un point d'encrage symbolique pour une réflexion plus large par rapport à la gestion institutionnelle de la santé périnatale. La COVID-19 a ainsi été une période de réflexion pour plusieurs parents par rapport à leurs idéologies entourant la naissance ainsi qu'une prise de conscience des limites du milieu hospitalier, ce qui a entraîné une forte hausse des demandes de sages-femmes (Beaudoin, 2020). Une peur générale du milieu hospitalier s'est également installée au sein de la population, ce qui a également motivé celle-ci à essayer de recourir à des alternatives au modèle biomédical, avec l'accouchement géré à l'hôpital (Statistique Canada, 2021a). Ainsi, en raison de sa position en dehors du milieu hospitalier et des cliniques de santé, la pratique sage-femme conduit indirectement la population à se questionner par rapport aux idéologies, peurs, et décisions concernant la période périnatale. Puis, il a également été observé que la prise en charge de la maladie se modifie lorsque la santé collective (et ainsi, le contexte sanitaire ambiant) est modifiée. La priorisation des cas est revue et la sévérité de certains maux se voit ajustée à la baisse, pour permettre la prise en compte de cas prioritaires par le système de santé (Statistique Canada, 2021a), injectant indirectement une certaine dose de relativisme en santé. La professionnelle sage-femme a également été appelée à contribuer aux services de périnatalité en contexte d'urgence sanitaire au sein de centres de santé, ce qui a potentiellement modifié temporairement son insertion professionnelle au sein du système de santé (Gouvernement du Québec, n.d.). La crise covid-19 a donc remué certaines structures institutionnelles mises en place en santé périnatale à travers la province, et ainsi la région de Québec, créant peut-être un espace sociétal de reconstruction des soins maternels.

Pour toutes ces explications apportées, il nous semble important que le contexte sanitaire se distingue des autres dimensions contextuelles, dans le cadre d'un modèle conceptuel visant à analyser le recours à des soins de santé. C'est ainsi ce que nous proposons avec ce nouveau modèle : que cette dimensions contextuelle soit prise en considération pour de futures analyses de l'utilisation de soins de sage-femme dans la région de Québec.

6.2.6 *Caractéristiques du système de santé*

Le contexte périnatal entourant les parents comprend également différentes caractéristiques du système de santé, dont les *interactions interprofessionnelles collaboration interprofessionnelle* entre les différent.e.s professionnel.le.s (principalement : médecin, sage-femme, infirmière) impliqués dans les suivis périnataux. Ce thème a été abordé à la fois par les membres administratifs que par les parents comme un élément important influençant la qualité/satisfaction des soins reçus (Molenaar et al., 2018) et la confiance à recourir aux soins d'une sage-femme. C'est ainsi qu'une participante indique que si elle avait l'impression que les obstétricien.ne.s et sages-femmes collaboraient davantage ensemble, elle aurait été peut-être plus confortable à faire confiance à l'approche sage-femme. De plus, la collaboration (ou le peu de collaboration) entre les corps de métiers teinte également les conditions de la pratique sage-femme, ce qui est appuyé par la littérature sur le sujet au Québec (Lemay, 2007). En effet, les résultats recueillis auprès des membres administratifs permettent de suggérer que la rencontre de deux professions autonomes (sage-femme et médecine), reposant sur des approches différentes concernant la naissance, comporte quelques défis de collaboration. Des résultats dégagés auprès des parents ainsi que des membres administratifs suggèrent le rôle du gouvernement dans une meilleure affirmation des rôles et compétences complémentaires de ces deux approches distinctes, à pertinence égale au sein du système.

La littérature laisse également suggérer qu'au-delà de favoriser la satisfaction envers les soins, une bonne communication interprofessionnelle favoriserait également la prise de décisions éclairées et partagées entre parents et professionnel.le.s de santé (Molenaar et al., 2018). Suivant cette même

logique de transparence et de prise de décisions, la communication et la collaboration interprofessionnelle en santé ont été documentés comme permettant une meilleure gestion du risque ainsi que moins d'interventions non adéquates et nuisibles en santé maternelle (Rønnerhag et al., 2019). Plus directement, la collaboration et la communication interprofessionnelle sont liées à la capacité des professionnel.le.s de santé d'octroyer des soins/services sécuritaires (Rønnerhag et al., 2019). De ce fait, la santé des mères et des nouveau-nés dépend de la communication et de la collaboration interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle permet donc un arrimage entre différentes approches de gestion du risque, ce qui favorise la prise en considération de différentes perceptions d'un événement qui constitue un risque pour la santé (Rønnerhag et al., 2019). Au-delà de rassurer les parents sur la présence ou non d'un climat collaboratif en périnatalité, la bonne communication entre corps de métiers est ainsi cruciale pour éviter une mauvaise prise en charge des complications ou autres événements.

Ceci dit, en fonction du contexte actuel, comment favoriser cette collaboration interprofessionnelle en matière de soins périnataux ? En fonction des données recueillies dans cette thèse ainsi que la littérature, nous suggérons d'aborder la problématique en deux volets : 1) d'une part, la collaboration interprofessionnelle dans la pratique professionnelle est influencée par l'apprentissage de l'interdisciplinarité au niveau de la formation et 2) d'autre part, la collaboration interprofessionnelle dépend de la reconnaissance des différents champs de compétences qui contribuent tous à l'offre de soins globaux en matière de périnatalité. Ainsi, pour répondre au premier volet, nous suggérons que l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle devrait être centrale au sein des cursus de formation des professionnel.le.s de santé, dont ceux/celles travaillant en périnatalité, de façon à faciliter une telle collaboration dans leur future pratique professionnelle. Peut-être y aurait-il une pertinence à la conduite de stages interdisciplinaire, à travers notamment des arrimages/ententes entre différents programmes de formation (Pringle et al., 2000). Ceci s'appuierait sur les réformes dans les soins de santé primaires au début 2000, qui ont favorisé la mise en place d'équipes interdisciplinaires pour permettre une meilleure gestion des soins de santé primaires sur l'ensemble du territoire canadien (Pringle et al., 2000). Suivant ces réformes et constatant les besoins de collaboration interprofessionnelle au sein des systèmes de

santé, un questionnement a émergé puis grandi concernant la formation des professionnel.le.s de santé (Pringle et al., 2000). L'interdisciplinarité, intégrée au sein du parcours de formation des professionnel.le.s de santé, favorise indéniablement une compréhension plus complète des champs de compétences de chaque profession ainsi qu'une reconstruction des rôles et responsabilités dans la pratique (Massé, 2019). Toutefois, les arrimages entre programmes de formation demeurent complexes; chaque programme possède son ensemble de compétences à acquérir, ses objectifs de formation, son calendrier (Pringle et al., 2000). Les résultats de cette thèse encouragent néanmoins à revoir les possibilités de rencontres entre programmes en santé (ou domaines connexes), de façon à intégrer le plus tôt possible l'interdisciplinarité aux cursus de formation.

Puis, concernant le second volet, les distinctions entre la première ligne de soins et la seconde ligne de soins devraient être redéfinies ou réaffirmées dans l'organisation des soins de santé périnataux. Présentement, il est possible pour une femme enceinte d'être suivie par un.e médecin de famille, une sage-femme ou un.e gynécologue (Gouvernement du Québec, 2019), indépendamment de son besoin de soins spécialisés. L'organisation des soins périnataux, dans un contexte de ressources limitées, devrait prendre en considération les besoins de santé et les répartir selon un triage similaire aux autres soins de santé octroyés, selon s'il s'agit de soins primaires (relevant notamment des champs de compétences des sages-femmes, infirmières, et médecins de famille) ou de soins ayant besoin d'un référencement (relevant du champ de compétences notamment des gynécologues/obstétricien.ne.s, pédiatres, et autres). Ce triage en fonction des besoins permettrait une organisation plus efficiente des ressources périnatales, puis elle favoriserait également la compréhension, à la fois par les professionne.le.s de santé et par la population, des différents champs de compétence impliqués autour de la périnatalité. Cette réorganisation des soins permettrait, de façon générale, de repenser et gérer les ressources impliquées dans chaque cas de soins, selon qu'il y a, ou non, risque(s) ou présence(s) de complications.

Portrait des soins

Concernant les caractéristiques du système de santé, il demeure important de souligner à nouveau les *soins manquants* aux suivis prénataux et postnataux de base offerts par le système public. Se

retrouvent donc les soins psychologiques, autant en prénatal qu'en postnatal, ainsi que les soins de physiothérapie périnéale, qui semblent davantage intégrés aux recommandations professionnelles en post-natalité, malgré des besoins tout autant présents durant la période prénatale lors de la préparation du corps à l'accouchement. Ces deux types de suivis, à l'exception de quelques possibilités de ressources ponctuelles auprès du CLSC, sont également aux frais des patient.e.s. Ces besoins présentement non comblés dans les suivis de base, selon les résultats de cette étude, soulèvent un questionnement autour des philosophies et des cultures de la grossesse et de l'accouchement dans la région de Québec, en particulier à l'ère des progrès biomédicaux grandissants (Gagnon, 2018). Y aurait-il en effet un certain déséquilibre entre l'accent porté au système reproducteur féminin dans sa fonction d'accoucher d'un enfant et, par la suite, de produire du lait, avec peu d'attention pour la préparation physique/psychologique ainsi que la récupération physique/psychologique une fois ces deux fonctions centrales remplies ? De plus, perçoit-on socialement le périnatal comme distinct du postnatal ? Le lien entre ces deux périodes pourrait être tissé par la présence de suivis plus globaux (santé globale) et gratuits, autant au niveau physique que psychologique, et enveloppant toute la période périnatale, jusqu'à plusieurs semaines après l'accouchement.

Concernant les soins psychologiques plus spécifiquement, le manque de soins/services gratuits en psychologie offerts pendant et après la grossesse ne reflète pas l'état des connaissances documentant la prévalence de la dépression post-partum, qui constitue un enjeu de santé publique reconnu mondialement (Hahn-Holbrook et al., 2018; Jones et Coast, 2013; Posmontier et Horowitz, 2004; Tobore, 2020; Wang et al., 2021). On semble apercevoir, au sein du discours populaire, la présence d'un spectre aux deux extrémités, sans beaucoup d'informations circulant au centre plus nuancé de ce spectre : d'un côté, la naissance comme événement entièrement positif et physiologique ne nécessitant aucune intervention/soins, et, de l'autre côté, la naissance en tant que facteur de risque élevé requérant un encadrement médical sans équivoque. Ainsi, il semble que les soins actuels de santé offerts par le système de santé, tout comme l'information et les connaissances circulant en matière de périnatalité, ne prennent pas toujours très bien en considération toutes les nuances possibles qui constituent ce spectre ainsi que le caractère fortement unique de chaque

grossesse et accouchement. Par exemple, en matière de services psychologiques, avant de considérer une dépression post-partum diagnostiquée, il existe une étendue de symptômes dépressifs plus ou moins sévères que peuvent vivre les mères (et les pères) (Yim et al., 2015), et qui pourraient mériter un encadrement personnalisé et psychologique inclus par le système. La non-présence de tels services laisse supposer une non prise en charge du volet psychologique complexe entourant la périnatalité, malgré une connaissance pourtant bien documentée et popularisée qu'une telle période constitue une niche importante pour le vécu de chocs émotionnels, biologiques, psychologiques, voire spirituels (Yim et al., 2015). De plus, la dépression post-partum est vécue par environ 17% de la population mondiale (Wang et al., 2021) et représente la complication la plus répandue associée à l'accouchement (Hahn-Holbrook et al., 2018). Si de tels services psychologiques étaient intégrés au suivi de base pour toute mère (et père) en post-natalité, au-delà d'un suivi téléphonique avec le CLSC, peut-être cela faciliterait-il le déploiement progressif de nuances dans les connaissances et informations circulant de façon générale autour de la périnatalité.

Cela renvoie également au thème de la *qualité des soins*, pour lequel, sur 14 participant.e.s l'ayant abordé, deux mentionnent une différence de qualité des soins postnataux entre ceux offerts aux mères et ceux néonataux. Ainsi, cet élément de résultat semble renforcer la présence d'une demande non comblée autour des soins postnataux offerts aux mères dans le système de santé québécois actuel. Cela renvoie également, une fois de plus, à la présence d'un déséquilibre entre les soins entourant l'acte d'accoucher par rapport aux besoins de soutien thérapeutique des mères au-delà de cet acte.

6.3 POINTS CENTRAUX DES DISCUSSIONS

Cette thèse visait à répondre à un principal objectif de recherche, soit de **documenter les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme du point de vue de parents de la région de Québec**. Les thèmes qui y répondent et qui ressortent grandement des

entretiens avec les parents, comme influençant l'utilisation des services d'une sage-femme sont : les antécédents médicaux, le statut de parité, la grossesse de la mère de la femme, le milieu de vie, l'éducation. Puis sont abordés également l'influence de certaines composantes qui existent en amont de la décision des parents, soit : les idéologies relatives à la naissance, la communauté, les facteurs environnementaux, les critères d'accès à la sage-femme et l'émotif. À travers le thème de l'émotif, les sous-thèmes de la confiance, des peurs, de la culpabilité, des préférences personnelles, et de la sécurité perçue sont ressortis chez les parents comme influençant leur sentiment de bien-être envers une approche ainsi que leur propension à choisir une approche. Puis, cette étude a permis de faire ressortir les limites culturelles et de profils de couples (couples de même sexe non représentés) de l'échantillon, rendant difficile le dégagement de constats relatifs à l'origine culturelle et le sexe du/de la conjoint.e comme facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec. Ainsi, de futures recherches visant un échantillon de parents plus diversifié sur ces deux points sont vivement encouragées.

À ces constats s'ajoutent également tous les autres thèmes abordés par les parents qui offrent des réponses aux trois autres objectifs, soit de 2) documenter les différentes trajectoires de soins périnataux, à partir de l'expérience de soins périnataux de parents de la région de Québec, soit le vécu des soins et l'accès aux soins périnataux; de 3) documenter le niveau des connaissances de parents de la région de Québec quant aux différents services périnataux offerts, et spécifiquement concernant les services de sage-femme; et de 4) documenter le contexte global et systémique qui influence l'utilisation des soins de sage-femme par des parents de la région de Québec. De ces objectifs ressortent notamment l'*accompagnement*, le *choix*, l'*approche de soins*, la *bulle* et la *temporalité* comme des éléments centraux influençant le vécu des trajectoires de soins. Il a également été question du **contexte sanitaire** et des **connaissances et informations en matière de périnatalité**, non incluses initialement dans le modèle théorique sur lequel s'est appuyé cette étude, et permettant d'explorer de nouvelles dimensions contextuelle et par rapport au niveau de connaissances en matière de périnatalité chez les parents. Notons donc le rôle du nouveau modèle théorique que nous proposons avec cette étude, et qui permettra de structurer les facteurs

influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme, en prenant en considération les dimensions du contexte sanitaire et des connaissances et informations en matière de périnatalité. Ce modèle s'inscrit dans l'évolution du modèle initial de Aday et Anderson (1974), *Framework for the Study of Access*, repris ensuite par Thiessen et ses collègues (2016) dans le contexte du Manitoba. Notre modèle proposé, *Facteurs influençant les services d'une sage-femme dans la région de Québec*, pourra s'appliquer au contexte de la région de Québec et potentiellement du Québec, de façon à permettre la progression de la recherche sur le sujet.

CONCLUSION

Contributions de la thèse à l'avancement des connaissances :

Les objectifs de cette étude ont été principalement d'explorer les facteurs qui influencent l'utilisation des services de sage-femme dans la région de Québec, en utilisant le point de vue des parents de la région de Québec quant à l'utilisation – ou non – de ces services. Au fil de cette étude, toutefois, un objectif distinct s'est dégagé et est ressorti comme un prolongement de la visée de cette thèse : contribuer à l'amélioration du niveau général de connaissances nuancées relatives aux différentes approches de soins disponibles en périnatalité dans la région de Québec, et plus spécifiquement concernant l'approche sage-femme.

La question balisant cette thèse de doctorat était la suivante : *quel est le point de vue des parents de la région de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?* Les résultats de l'étude sont venus confirmer les hypothèses initiales concernant :

- Le rôle de la culture de gestion de risque qui règne dans la région de Québec, à travers une médicalisation (des progrès biomédicaux) de la naissance comme idéologie influençant les perceptions relatives à la naissance chez les parents québécois;
- L'influence de facteurs sociodémographiques, notamment les antécédents médicaux, la grossesse de la mère de la femme, le statut de parité, l'éducation et le milieu de vie, sur le type de suivi choisi.

Toutefois, en raison de limites quant aux profils culturels variés des participant.e.s, nous n'avons pas été en mesure d'infirmer ou confirmer l'hypothèse quant à l'influence de l'origine culturelle des parents dans leur décision de recourir, ou non, aux services d'une sage-femme. Quelques résultats principaux triangulés avec ceux issus des membres administratifs laissent néanmoins suggérer que la culture d'origine influence effectivement les perceptions concernant la naissance ainsi que le/la professionnel.le perçu.e comme première ligne de soins en périnatalité. Cette thèse

a également permis de confirmer l'influence de facteurs liés au contexte macro institutionnel sur l'offre de soins de sages-femmes. Ainsi, les deux catégories de participant.e.s (parents et membres administratifs) se rejoignent concernant l'influence du contexte politique et d'une non-priorisation chronique de différents enjeux liés à l'offre de services de sage-femme, à travers l'agenda politique. Le contexte politique influencerait donc, par différents mécanismes, non seulement la rareté des services de sage-femme (par le biais de facteurs structurels liés à la formation et aux conditions de pratique), mais également les perceptions quant à ces services, et ainsi, leur utilisation. Notons que certains facteurs historiques ont également été abordés lors des entretiens avec les membres administratifs, toutefois ces facteurs sont peu ressortis lors des entretiens avec les parents, ce qui ne permet ainsi pas d'infirmier ou confirmer directement l'hypothèse initiale indiquant une forte influence du contexte historique de la profession de sage-femme au Québec sur l'utilisation actuelle des services par les parents de la région de Québec. Toutefois, le peu de mention de ce facteur dans le discours des parents peut impliquer une non-conscience de ce facteur, et non forcément une non-influence.

À travers son objectif 1, cette thèse a ainsi soulevé différents facteurs influençant de façon importante l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec, notamment les antécédents médicaux, le statut de parité, la grossesse de la mère de la femme, le milieu de vie, l'éducation. Puis ont été abordés également l'influence de certaines composantes qui existent en amont de la décision des parents, soit : les idéologies relatives à la naissance, la communauté, les facteurs environnementaux, les critères d'accès à la sage-femme et les facteurs d'ordre émotif.

Ont également été soulevées quelques précisions concernant l'état des informations circulant autour de la périnatalité et des différentes approches de soins/suivis disponibles, ainsi que le niveau des connaissances des parents à ce sujet (influençant les possibilités de choix éclairés). Le nouveau modèle théorique que nous proposons avec cette étude permettra ainsi de structurer les facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme, en prenant en considération également les dimensions du contexte sanitaire et des connaissances et informations

en matière de périnatalité. Ce modèle s'inscrit dans l'évolution du modèle initial de Aday et Anderson (1974), *Framework for the study of access*, repris par Thiessen et ses collègues (2016) dans le contexte du Manitoba. Nous visons à ce que notre modèle proposé, *Facteurs influençant les services d'une sage-femme dans la région de Québec*, puisse s'appliquer au contexte de la région de Québec et également à d'autres régions de la province de Québec, permettant la progression de la recherche sur le sujet au Québec. Cet apport scientifique permettra non seulement d'améliorer la compréhension de l'utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec, du point de vue de la demande de services, mais également d'alimenter les réflexions concernant l'organisation des soins périnataux dans la région, et, à plus grande échelle, dans la province.

Pistes futures de recherche :

Les résultats abordés dans les chapitres précédents, ainsi que les constats plus généraux, présentent également des besoins de recherches ultérieures, alimentées par cette thèse. Notons notamment un besoin de recherches sur le lien entre l'origine culturelle des parents et leur utilisation des services/soins d'une sage-femme, ou encore, entre leur origine culturelle et leur perception de l'offre de soins/services disponibles en périnatalité dans la région de Québec. Rappelons également l'importance de considérer le contexte plus large englobant le recours aux soins/services, notamment le contexte politique (à travers les priorités et décisions politiques en cours, ainsi que l'appui gouvernemental envers différentes professions en santé) et le contexte sanitaire. Ce dernier point mérite non pas une attention plus grande que les autres, mais une mention tout de même centrale. En effet, cette thèse s'insère intégralement dans un événement de santé publique (crise sanitaire), qui incite à prendre conscience de l'influence du contexte sanitaire sur les perceptions de la population envers un système de santé ainsi qu'à l'égard des besoins que la population priorisera dans le recours aux soins. À ce sujet, il pourrait être intéressant d'explorer plus profondément la façon dont un événement sanitaire bouleverse la place de la dimension sociale dans les soins ainsi que les besoins qui en découlent, puis les remises en question des idéologies entourant la gestion de la santé et de la maladie.

Puis, cette étude a également fait ressortir le rôle central des connaissances et informations nuancées en matière de périnatalité sur la possibilité de faire des choix éclairés à différents moments de la grossesse (notamment le choix du type de suivi) et de l'accouchement. Ce facteur (connaissances et informations) est à mettre en parallèle avec le facteur de la temporalité : l'espace temporel, par rapport à la grossesse, à l'intérieur duquel circule l'information en matière de périnatalité, est à prendre en considération dans l'efficacité de l'information divulguée. Ainsi, les parents à l'étude ont fait ressortir que comme la grossesse se déroule rapidement, une bonne quantité d'information doit être emmagasinée idéalement en amont de celle-ci, de façon à pouvoir prendre de façon éclairée les premières décisions qui surviennent dès les premières semaines de grossesse. Ainsi, de futures recherches pourraient se pencher sur le meilleur moment et lieu pour la circulation de l'information en matière de périnatalité, de façon à favoriser la prise de décisions éclairées chez les parents tout au long de la grossesse.

Plan de diffusion des résultats :

Au-delà de paraître dans cette thèse, les résultats recueillis dans le cadre de ce doctorat seront d'abord et avant tout partagés auprès des participant.e.s à l'étude; le rapport final de la thèse leur sera envoyé personnellement. Puis les résultats feront également l'objet de divulgation à travers différents mécanismes communicationnels. Il est ainsi prévu notamment la participation à quelques conférences au Canada et possiblement en Europe dans la prochaine année, autour principalement des thèmes de la santé maternelle, de la santé publique et du milieu francophone de la recherche.

La participation à des activités de collaboration avec le Réseau des Sages-femmes du Québec (RSFQ) ainsi qu'avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et autres universités est également envisagée, à des fins de sensibilisation sur des sujets en lien avec les constats de cette thèse et adaptés aux audiences visées. À la lumière des résultats de cette thèse concernant les interactions interprofessionnelles, il serait également pertinent de participer à la sensibilisation quant à la profession sage-femme auprès des étudiant.e.s en formation dans différentes professions de santé ainsi qu'auprès de différent.e.s acteurs/actrices politiques impliqué.e.s avec le RSFQ.

Concernant des opportunités de communication écrite visant la diffusion des résultats, il y a un projet que j'aimerais conduire et qui pourra s'échelonner sur plusieurs années : l'écriture d'un roman fictif basé sur les constats généraux de cette thèse, autour de différents vécus des soins périnataux et/ou approches de santé périnatale. Le sujet n'est bien sûr pas encore déterminé; il émergera dans les prochains mois une fois que la thèse aura été déposée. L'objectif motivant ce projet est d'une part de rejoindre la population générale (adultes et jeunes adultes) pour les sensibiliser au sujet de cette thèse, puis également d'utiliser un médium créatif et ludique (écriture de fiction) à des fins éducatives et de vulgarisation scientifique. Il sera également pertinent d'écrire au moins un article scientifique reprenant les résultats principaux et la méthodologie de cette thèse, dans une revue de santé publique/sciences de la santé ou de santé maternelle.

Puis, tel que cette thèse l'a soulevé, il ne faut pas négliger l'importance de la communication informelle et de l'entourage dans la propagation de l'information en périnatalité. Suivant ce constat, je m'assurerai également tout simplement de partager les informations de cette thèse de façon plus informelle auprès de mon entourage, lorsque ce sera approprié.

Les résultats de cette thèse ont également fait émerger une réflexion plus globale. Il apparaît en effet que plusieurs des principaux facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme par les parents sont reliés entre eux par trois angles de communication en santé :

- 1) La communication informelle véhiculée à travers l'entourage de parents. Les parents mentionnent ainsi l'influence de leur entourage et des conversations avec leurs proches dans la prise de décisions ainsi que l'état mental résultant de devoir justifier leur décision auprès de leur entourage, pour certains.
- 2) La communication formelle à travers les ressources périnatales de référence circulant au sein du réseau public de santé. Cette étude a fait ressortir l'influence des ressources de références officielles en matière de périnatalité, non seulement chez les parents, mais

également dans le discours des professionnel.le.s de santé qui sont mandaté.e.s pour distribuer ces références.

- 3) La communication interprofessionnelle au moyen des interactions entre les différent.e.s professionnel.le.s de santé impliqué.e.s dans la période périnatale.

Au sujet de ce dernier point (communication interprofessionnelle), les résultats de cette étude démontrent que cette dimension influence grandement la perception qu'ont les parents de la profession de sage-femme et de son insertion dans le réseau public de la santé. Il pourrait être intéressant d'explorer, dans une recherche ultérieure, non seulement l'influence de la communication interprofessionnelle sur l'utilisation des services d'une sage-femme, mais également, de façon globale, sur la satisfaction par rapport aux soins périnataux reçus indépendamment du type de suivi choisi.

Ultimement, le questionnement qui émerge est donc le suivant : quelle est donc l'influence des différents angles communicationnels entourant tout.e utilisateur/utilisatrice de soins dans ses décisions de recours aux soins ? Ainsi, comment la communication, abordée selon différents angles (informel, formel, et professionnel), peut-elle influencer la santé, à travers à la fois l'utilisation des services périnataux et l'organisation de ces soins ?

Voici un questionnement qui pourrait alimenter de prochains travaux concernant l'offre et l'utilisation des services d'une sage-femme, ainsi que plus généralement la santé périnatale dans la région de Québec.

RÉFÉRENCES

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208.
- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Chapter 1 : Family-centred maternity and newborn care in Canada : underlying philosophy and principles*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-1-eng.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Chapitre 4 : soins pendant l'accouchement et à la naissance* (Publication no HP15-30/4-2018F-PDF). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-4-fra.pdf>
- Agus, Y., Horiuchi, S., & Iida, M. (2018). Women's choice of maternal healthcare in Parung, West Java, Indonesia: Midwife versus traditional birth attendant. *Women and Birth*, 31(6), 513-519.
- Al Ahmar, E., & Tarraf, S. (2014). Assessment of the socio-demographic factors associated with the satisfaction related to the childbirth experience. *open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2014.
- Allaire, Y. (21 septembre 2017). Le bilan de santé du système de santé québécois. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/508501/le-bilan-de-sante-du-systeme-de-sante-quebecois>
- Anadón, M. (2006). La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Andrade C. (2021). The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian journal of psychological medicine*, 43(1), 86–88. <https://doi.org/10.1177/0253717620977000>
- Assemblée nationale du Québec. (1999, 17 juin). *Loi sur les sages-femmes*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-0.1>
- Baker, L. (2006). Observation: A complex research method. *Library trends*, 55(1), 171-189.

- Battaglini, A., Chomienne, M. H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada: état des connaissances, interventions et enjeux. *Global health promotion, 21*(1_suppl), 40-45.
- Beaudoin, D. (2020, 17 mai). Avec la pandémie, les sages-femmes plus sollicitées que jamais. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1703070/avec-la-pandemie-les-sages-femmes-plus-sollicitees-que-jamais>
- Beck, C. T., Watson, S., & Gable, R. K. (2018). Traumatic childbirth and its aftermath: Is there anything positive?. *The Journal of Perinatal Education, 27*(3), 175-184.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & Fraser, W. (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC women's health, 11*(1), 1-15.
- Benoit, C., Zadoroznyj, M., Hallgrimsdottir, H., Treloar, A., & Taylor, K. (2010). Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: The evidence from Canada and Australia. *Social Science and Medicine, 71*(3), 475-481.
- Bergeron, A. (2003). Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002) 1. *Recherches féministes, 16*(2), 139-165.
- Bibeau, G. (1987). *À la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Blais, R., Lambert, J., Maheux, B., Loiselle, J., Gauthier, N., & Framarin, A. (1994a). Controversies in maternity care: where do physicians, nurses, and midwives stand?. *Birth, 21*(2), 63-70.
- Blais, R., Maheux, B., Lambert, J., Loiselle, J., Gauthier, N., & Framarin, A. (1994b). Midwifery defined by physicians, nurses and midwives: the birth of a consensus?. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 150*(5), 691.
- Blais, R., Joubert, P., Collin, J., Contandriopoulos, A. P., De Koninck, M., Demers, A., ... & Hatem-Asmar, M. (2000). Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: An overview. *Canadian journal of public health, 91*(1), I1-I4.
- Bourgeault, I. L., Benoit, C., & Davis-Floyd, R. (2004). *Reconceiving midwifery*. McGill Queen's Press-MQUP.

- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27.
- Brabant, I. (2015). *Une naissance heureuse: bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Groupe Fides Inc..
- Braën, A. (2002). *La santé et le partage des compétences au Canada (Étude No 2)*. Ottawa, Ontario : Université d'Ottawa.
- Budds K. (2021). Validating social support and prioritizing maternal wellbeing: beyond intensive mothering and maternal responsibility. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 376(1827), 20200029. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0029>
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British dental journal*, 204(8), 429-432.
- Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives*, 8, 7-36.
- Burström, B., & Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European journal of public health*, 30(4), 617-618.
- Bussièrès McNicoll. (2021, 30 septembre). Les sages-femmes montent au front pour les papas. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1828080/nouvelles-regles-suivi-grossesse-postnatal-enceinte-accompagnateur-vaccination-obligatoire>
- Caird, J., Rees, R., Kavanagh, J., Sutcliffe, K., Oliver, K., Dickson, K., ... & Thomas, J. (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews. *London: Institute of Education Social Science Research Unit*.
- Canadian Association of Midwives. (2022). *Discover midwifery across Canada*. Repéré à <https://canadianmidwives.org/about-midwifery/>
- Canadian Institute for Health Information. (2018). *C-section rates continue to increase while birth rates decline*. <https://www.cihi.ca/en/c-section-rates-continue-to-increase-while-birth-rates-decline>
- Canadian Institute for Health Information. (2019). *Giving birth, lung and heart problems among top reasons for hospitalization*. <https://www.cihi.ca/en/giving-birth-lung-and-heart-problems-among-top-reasons-for-hospitalization>
- Canadian Institute for Health Information. (2019). *Inpatient Hospitalization, Surgery, Newborn, Alternate Level of Care and Childbirth Statistics, 2017-2018*.

<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-hmdb-childbirth-quick-stats-2017-2018-snapshot-en-web.pdf>

Canadian Institute for Health Information. (2021). *Hospital stays in Canada*. <https://www.cihi.ca/en/hospital-stays-in-canada>

Canadian Institute for Health Information. (2022). *COVID-19's impact on hospital services*. <https://www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/hospital-services>

Carolan, & Hodnett, E. (2007). "With woman" philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140–152. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00360.x>

Cavalli, S., & Gouilhers-Hertig, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse: une complémentarité sous contrôle médical. C. Burton-Jeangros (éd.), *Accompagner la naissance: Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, 85-106.

Central Intelligence Agency. (2018). *The World Factbook*. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2223rank.html>

Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO). (2019). *Dépenses de santé du secteur public et du secteur privé, en % du PIB, 2015*. <https://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs-sociaux/depenses-santefinancement/graphique-depenses-sante-secteur-public-secteur-prive-pib-2015>

Centre de santé Inuulitsivik. (2011-2019). *Sages-femmes*. <https://www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/services-professionnels/sages-femmes/>

Charles, A & Guérard, F. (2012). Les religieuses hospitalières du Québec au XX^e siècle : une main-d'œuvre active à l'échelle internationale. Dans Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes: histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 271-296). University of Ottawa Press.

Cioffi, J. (2004). Caring for women from culturally diverse backgrounds: midwives' experiences. *Journal of midwifery & women's health*, 49(5), 437-442.

Coenen-Huther, J. (2003). *Le problème de la preuve en recherche sociologique qualitative* (No. XLI-128, pp. 63-74). Librairie Droz.

Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou raciaux (IRER) et les déterminants sociaux de la santé : examen des données du recensement de 2016*.

https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-03/irer_report_mar_2019_fr.pdf

- Confédération des syndicats nationaux (CSN). (2018). *Premier rassemblement national citoyen pour l'accès aux services sage-femme*. Repéré à <https://www.csn.qc.ca/actualites/premier-rassemblement-national-citoyen-pour-laces-aux-services-sage-femme/>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (2022). *Compétences canadiennes pour les sages-femmes*. https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/CMRC%20Competencies%20Dec%202020%20FINAL_3-f_Jan%202022.pdf
- Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. (s.d.). *La formation initiale*. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
- Cooke, M., & Stacey, T. (2003). Differences in the evaluation of postnatal midwifery support by multiparous and primiparous women in the first two weeks after birth. *Australian Midwifery*, 16(3), 18-24.
- Corcoran, P. M., Catling, C., & Homer, C. S. (2017). Models of midwifery care for Indigenous women and babies: a meta-synthesis. *Women and Birth*, 30(1), 77-86.
- CROP. (2010). *Études sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). https://www.rsfg.qc.ca/Sondage-CROP_2010-04_CSN.pdf?f=yOMIZs4eiyCq
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology*, 11(1), 1-9.
- Davies, M. (2012). La renaissance des sages-femmes dans la région de Kootenay, en Colombie-Britannique, 1970-1990. Dans Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes: histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 271-296). University of Ottawa Press.
- De Jonge, A., Peters, L., Geerts, C. C., Van Roosmalen, J. J., Twisk, J. W., Brocklehurst, P., & Hollowell, J. (2017). Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: A cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands. *PLoS One*, 12(7), e0180846.

- De Koninck, M., Blais, R., Joubert, P., & Gagnon, C. (2001). Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Quebec, Canada. *Journal of midwifery & women's health*, 46(2), 60-67.
- Delepau, C., Menecier, P., Balsan, M., & Fernandez, L. (2017). Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes. *Vocation Sage-femme*, (127), 40.
- Del Monte, M. C. C., & Neto, A. M. P. (2010). Postdischarge surveillance following cesarean section: the incidence of surgical site infection and associated factors. *American journal of infection control*, 38(6), 467-472
- Denis, A., & Callahan, S. (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique: revue de littérature. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19(4), 116-119.
- De Sardan, J. P. O. (2004). La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique. *Espace Temps*, 84(1), 38-50.
- DeVries, R. G. (1992). Barriers to midwifery: An international perspective. *The Journal of Perinatal Education*, 1(1), 1-10.
- Doré, N., Le Hénaff, D. (2019) *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*. Québec, Institut national de santé publique du Québec. 780 pages.
- Doré, N., Le Hénaff, D. (2021) *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*. Québec, Institut national de santé publique du Québec. 844 pages.
- Duchesne, E. (2018). Des femmes de partout au Québec demandent un meilleur accès aux services de sage-femme. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1096546/femmes-partout-quebec-demandent-meilleur-acces-services-sage-femme>
- Dufour-Turbis, C. & Hamelin-Brabant, L. (2019). L'expérience de la maternité en contexte d'immigration récente au Québec. *Santé Publique*, 31, 751-759. <https://doi.org/10.3917/spub.196.0751>
- Éducaloi. (2022). *Le congé de maternité, le congé de paternité et le congé parental*. <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-conge-de-maternite-le-conge-de-paternite-et-le-conge-parental/>

- Éditeur officiel du Québec. (2004). *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%2014/>
- Éditeur officiel du Québec. (2008). *Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%2012>
- El-Sayed, A. M., & Galea, S. (Eds.). (2017). *Systems science and population health*. Oxford University Press.
- Fagot-Largeault, A. (2004). L'émergence de la bioéthique. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 194(3), 345–350.
- Fawsitt, C. G., Bourke, J., Lutomski, J. E., Meaney, S., McElroy, B., Murphy, R., & Greene, R. A. (2017). What women want: exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care. *Health policy*, 121(1), 66-74.
- Feireisen, C. (2021, 7 février). Sages-femmes : l'engouement pour les naissances à domicile représente un travail colossal. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1768883/accouchement-domicile-sage-femme-covid-hopitaux-naissance>
- Fletcher, C., & O'Neil, J. (1994). *The Innuulisivik Maternity Centre: Issues around the return of Inuit midwifery and birth to Povungnituk, Quebec*. Royal Commission on Aboriginal Peoples.
- Fondation Lucie et André Chagnon. (2022). Naître et grandir. <https://naitreetgrandir.com/fr/>
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York, NY: Vintage Books.
- Fraser, W., Hatem-Asmar, M., Krauss, I., Maillard, F., Bréart, G., Blais, R., ... & Reinharz, D. (2000). Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: clinical indicators. *Canadian Journal of public health*, 91(1), I5-I11.
- Fraser, W., & Hatem-Asmar, M. (2004). La sage-femme du Québec: de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, Société et Solidarité*, 3(1), 105-115.
- Friedman, H., Liang, M., & Banks, J. (2015). Measuring the cost-effectiveness of midwife-led versus physician-led intrapartum teams in developing countries. *11*(4), 553-564

- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The qualitative report*, 20(9), 1408.
- Gagnon, R. (2018). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie: l'expérience de femmes au Québec*. [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon_Raymonde_2017_these.pdf
- Gerbert, T. (2022, 7 janvier). Accouchements, cancer... Voici ce qui change avec le niveau 4 du délestage. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1852265/hopitaux-chirurgie-delaiss-delestage-pandemie-coronavirus>
- Giroux, M. È. (2008). La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec (1975-1999).
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Goldberg, H. (2009). Informed decision making in maternity care. *The Journal of perinatal education*, 18(1), 32-40.
- Gouvernement du Canada. (2012). *What is the Population Health Approach?* <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach.html>
- Gouvernement du Canada. (2015). *La mortinaissance et la mortalité infantile dans les communautés autochtones du Québec*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2015002/article/14139-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Système de soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>
- Gouvernement du Canada. (2017). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Peuples et cultures autochtones*. <https://www.canada.ca/fr/services/culture/identite-canadienne-societe/peuples-cultures-autochtones.html>
- Gouvernement du Québec. (n.d.). Covid-19 : Contribution des sages-femmes aux services de périnatalité en contexte d'urgence sanitaire. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-418W.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2016). *Performance du système de santé et de services sociaux québécois - Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
- Gouvernement du Québec. (2018). *Services de sage-femme*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-desservices/services-de-sage-femme/>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Suivi de grossesse et encadrement*. <https://www.ciassca.com/soins-et-services/grossesse-et-maternite/etre-enceinte/suivi-de-grossesse/>
- Gouvernement du Québec. (2022a). *Budget 2021-2022 – Communiqué no 5 de 5 – Des investissements de 10,3 G\$ pour renforcer notre système de santé*. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/budget-2021-2022-communique-no-5-de-5-des-investissements-de-103-g-pour-renforcer-notre-systeme-de-sante>
- Gouvernement du Québec. (2022b). *Partager les valeurs clés du Québec*. <https://www.quebec.ca/immigration/installer-integrer/valeurs-cles>
- Gouvernement du Québec, Affaires municipales et Habitation. (2010). *Répertoire des municipalités*. <https://www.mamh.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/arrondissement/>
- Gouvernement du Québec, Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de l'Outaouais. (2017). *La péridurale : informations et recommandations à l'utilisateur*. <https://ciass-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/01/Formulaire-dinformation-peridurale.pdf>
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018: un projet porteur de vie* (Publication no 08-918-01). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*: Jossey-Bass.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248.
- Haimov-Kochman, R., Sciaky-Tamir, Y., & Hurwitz, A. (2005). Reproduction concepts and practices in ancient Egypt mirrored by modern medicine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123(1), 3-8.
- Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). Is verbatim transcription of interview data always necessary?. *Applied nursing research*, 19(1), 38-42.
- Hamlin, L., Grunwald, L., Sturdivant, R. X., & Koehlmoos, T. P. (2021). Comparison of Nurse-Midwife and Physician Birth Outcomes in the Military Health System. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 22(2), 105-113.
- Harper, Kalfa, N., Beckers, G. M. ., Kaefer, M., Nieuwhof-Leppink, A. ., Fossum, M., Herbst, K. ., & Bagli, D. (2020). The impact of COVID-19 on research. *Journal of Pediatric Urology*, 16(5), 715–716. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.07.002>
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Hatem-Asmar, M., Fraser, W., & Blais, R. (2002). Trois paradigmes pour développer un programme de formation des professionnels de la santé: le cas de la formation des sages-femmes au Québec. *Ruptures. Revue Transdisciplinaire en santé*, 9(1), 86-102.
- Hébert, G. (2018). Duel économique : La santé, un problème d'organisation ou de financement ? *La Presse+, Débats*. http://mi.lapresse.ca/screens/a4fe7cbc-6ac2-418f-852b-cf0302ccc479_7C_0.html
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816.
- Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth—a longitudinal cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(2), 75-80.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).

- Högberg, U. (2004). The decline in maternal mortality in Sweden: the role of community midwifery. *American journal of public health, 94*(8), 1312-1320.
- Holmer, H., Lantz, A., Kunjumen, T., Finlayson, S., Hoyler, M., Siyam, A., ... Hagander, L. (2015). Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. *The Lancet Global Health, 3*(S2), S9–S11. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70349-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70349-3)
- Hurst, S., Arulogun, O. S., Owolabi, M. O., Akinyemi, R., Uvere, E., Warth, S., & Ovbiagele, B. (2015). Pretesting qualitative data collection procedures to facilitate methodological adherence and team building in Nigeria. *International journal of qualitative methods, 14*(1), 53-64.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). (2019). *Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveau-nés, les cas en niveau de soins alternatifs et les accouchements, 2017-2018*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-hmdb-childbirth-quick-stats-2017-2018-snapshot-fr-web.pdf>
- Institut National de Santé Publique (INSPQ). 2014. *Opinion et formation des sages-femmes québécoises sur la vaccination : rapport d'analyse*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1833_Sage-Femme_Vaccination.pdf
- Institut National de Santé Publique (INSPQ). 2019. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : césarienne*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/accouchement/les-stades-du-travail/cesarienne>
- Institut National de Santé Publique (INSPQ). 2022. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2017). *Enquête nationale périnatale – Rapport 2016*. Repéré à http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- Javadi, M., & Zarea, K. (2016). Understanding thematic analysis and its pitfall. *Journal of Client Care, 1*(1), 33-39.
- Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*(1), 219-239.
- Jones, E. et Coast, E. (2013). Social relationships and postpartum depression in South Asia : A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(7), 690-700. doi:10.1177/0020764012453675
- Jonsen, K., & Jehn, K. A. (2009). Using triangulation to validate themes in qualitative studies. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*.

- Kazi, A. M., & Khalid, W. (2012). Questionnaire designing and validation. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(5), 514.
- Koblinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., Mavalankar, D., Mridha, M. K., Anwar, I., ... & Lancet Maternal Survival Series steering group. (2006). Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*, 368(9544), 1377-1386.
- Kopff-Landas, A., Moreau, A., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2008). Vécu de l'accouchement par le couple primipare: étude qualitative. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 36(11), 1101-1104.
- Kumar, R. (2021). Impact of societal culture on COVID-19 morbidity and mortality across countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(7), 643-662.
- Lafrance, J. (2020). *Représentations des préceptrices quant à leur rôle et leurs pratiques dans l'évaluation de l'activité professionnelle des stagiaires sages-femmes au Québec* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).
- Lalonde, A. B., Butt, C., & Bucio, A. (2009). Maternal health in Canadian Aboriginal communities: challenges and opportunities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(10), 956-962.
- Larousse. (n.d.). *Langue française* : culture. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>
- Laseva, K. (2022). QUANTIK MAMA. <https://quantikmama.com/a-propos/>
- Lemay, C. (2007). «Être Là»: *Étude Du Phénomène De La Pratique Sage-femme Au Québec Dans Les Années 1970–1980*, ProQuest Dissertations and Theses.
- Lester, J. N., Cho, Y., & Lochmiller, C. R. (2020). Learning to do qualitative data analysis: A starting point. *Human Resource Development Review*, 19(1), 94-106.
- Laveault-Allard, P. (2022). *Les effets de la défavorisation matérielle et sociale sur les coûts et les trajectoires de soins et services en périnatalité* [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/72251/1/37569.pdf>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S., & Rousseau, C. (2016). Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement: perspectives des intervenantes

communautaires membres du Regroupement Naissance Renaissance. *Rapport de recherche*. Montréal, Université du Québec à Montréal.

Lovering, S. (2006). Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of transcultural nursing*, 17(4), 389-395.

Lupton, D. (editor) (2020) Doing fieldwork in a pandemic (crowd-sourced document). <https://docs.google.com/document/d/1clGjGABB2h2qbduTgfqribHmog9B6P0NvMgVuiHZC18/edit?ts=5e88ae0a#>

Maltais, S. (2019). *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles: étude de la crise d'Ebola en Guinée* (Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa).

Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing Qualitative Research* (5e éd.). Sage publications.

Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. In *Forum qualitative Sozialforschung/Forum: qualitative social research*, 11(3).

Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45(3), 322-327.

Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3e éd.). Sage publications.

Mayer, C. H., & Geldenhuys, D. (2014). Spirituality, culture and health in management. *International Review of Psychiatry*, 26(3), 263-264.

Massé, J. (2019). *Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue et leur applicabilité aux pratiques en première ligne: perceptions et vécu de médecins* [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/35011/1/35299.pdf>

McLellan, E., MacQueen, K. M., & Neidig, J. L. (2003). Beyond the qualitative interview: Data preparation and transcription. *Field methods*, 15(1), 63-84.

Mgawadere, F., Unkels, R., Kazembe, A., & van den Broek, N. (2017). Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-9.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

- Mitchinson, W. (2002). *Giving birth in Canada, 1900-1950* (Vol. 19). University of Toronto Press.
- Molenaar, J., Korstjens, I., Hendrix, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2018). Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice: a qualitative study. *Birth, 45*(3), 245-254.
- Monette, M. (2016, 9 juillet). La mère parfaite existe-t-elle? *La presse*.
<https://www.lapresse.ca/vivre/societe/201607/08/01-4999152-la-mere-parfaite-existe-t-elle-.php>
- Moreau, A., Kopff-Landas, A., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2009). Vécu de l'accouchement par le couple primipare: étude quantitative. *Gynécologie obstétrique & fertilité, 37*(3), 236-239.
- Morse, J. (1991). *Qualitative nursing research a contemporary dialogue*. Newbury Park, Calif. ; SAGE.
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet, 384*(9954), 1607-1639.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Nawabi, F., Alayli, A., Krebs, F., Lorenz, L., Shukri, A., Bau, A. M., & Stock, S. (2021). Health literacy among pregnant women in a lifestyle intervention trial: protocol for an explorative study on the role of health literacy in the perinatal health service setting. *BMJ open, 11*(7), e047377.
- Ng, J., & Luk, B. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient education and counseling, 102*(4), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- O’Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ, 341*, c4587.
- Oliveira, V. J., & Penna, C. M. D. M. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem, 26*.
- Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ). (n.d.). *Grand public : définition d'une sage-femme*.
<http://www.osfq.org/grand-public/definition-dune-sage-femme/>
- Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ). (2020-2022). *Définition d'une maison de naissance*.
<https://www.osfq.org/fr/maisons-de-naissance>

- Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ). (2021). *Actualités – informations générales : Collaboration interprofessionnelle* CMQ-OSFQ. <https://www.osfq.org/fr/actualites/informations-generales/collaboration-interprofessionnelle-cmq-osfq>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* (No. WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: World Health Organization.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Bulletin of the World Health Organization 2013: More midwives needed to improve maternal and newborn survival*. 91, 804-805.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). Santé maternelle. https://www.who.int/topics/maternal_health/fr/
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2019a). Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2019b). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Otmani, C., Ibanez, G., Chastang, J., Hommey, N., Cadwallader, J. S., Magnier, A. M., & Hadji, S. (2015). Rôle de l'entourage maternel dans l'initiation de l'allaitement. *Sante Publique*, 27(6), 785-795.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 42(5), 533-544.
- Panazzolo, M., & Mohammed, R. (2011). Birthing trends in American society and women's choices. *Race, Gender & Class*, 268-283.
- Panda, S., Daly, D., Begley, C., Karlström, A., Larsson, B., Bäck, L., & Hildingsson, I. (2018). Factors influencing decision-making for caesarean section in Sweden—a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 377.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14, 47-59. <https://doi.org/10.3917/psyt.142.0047>

- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.
- Porter, I. (2017, 4 décembre) Une banlieue multiethnique à Sainte-Foy. *Le devoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/ville-de-quebec/514576/depaysement-a-sainte-foy>
- Postmontier, B. et Horowitz, J. A. (2004). Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 34-43. doi:10.1177/1043659603260032
- Prévost, H. (2018). Ottawa promet de sévir si Québec ne paie pas les soins dispensés au privé. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1135572/politique-canada-quebec-sante-lettre-examens-prive>
- Pringle, D., Levitt, C., Horsburgh, M. E., Wilson, R., & Whittaker, M. K. (2000). La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires. *REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE*, 91(2).
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70.
- Pyykönen, A., Gissler, M., Løkkegaard, E., Bergholt, T., Rasmussen, S., Smáráson, A., . . . Tapper, A. (2017). Cesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 96(5), 607-616.
- Radio-Canada. (2019a, 26 juin). *Deux premières maisons de naissance dans le cadre d'un programme d'accouchement chez les Cris*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1198315/societe-naissance-cris-chisasibi?fbclid=IwAR0TT3sXm9P7g8TeSOSh0GDFJg5eS2OJGE2Vx8kPYWzyRgLwNI0zcCK1b1U>
- Radio-Canada. (2019b, 23 septembre). Le métier de sage-femme, dans la marge depuis des générations. *Archives*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1098878/sage-femme-quebec-canada-formation-legislation-archives>
- Ramey, S. L., Schafer, P., DeClerque, J. L., Lanzi, R. G., Hobel, C., Shalowitz, M., ... & Raju, T. N. (2015). The preconception stress and resiliency pathways model: a multi-level framework on maternal, paternal, and child health disparities derived by community-based participatory research. *Maternal and child health journal*, 19(4), 707-719.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN). (2015). *Cadre de référence régional (2015-2023) pour le déploiement des maisons de naissance et des services de sages-femmes au Nunavik*.

https://nrhbss.ca/sites/default/files/documentations/corporatives/regional_framework_2015_fr.pdf

- Regroupement Les Sages-Femmes du Québec. (2020). *Podcast Entre2calls : l'importance de la collaboration interprofessionnelle*. <https://www.rsfq.qc.ca/-podcast-entre2calls-limportance-de-la-collaboration-interprofessionnelle/>
- Reid-Searl, K., & Happell, B. (2012). Supervising nursing students administering medication: a perspective from registered nurses. *Journal of clinical Nursing*, 21(13-14), 1998-2005.
- Reinharz, D., Blais, R., Fraser, W. D., Contandriopoulos, A.-P., Collin, J., De Koninck, M., . . . Desbiens, F. (2000). Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), I12-I15.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Malata, A. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.
- Rivard, A. (2010). *L'enfantement dans un Québec moderne: générations, mémoires, histoire* [Thèse de doctorat, Université Laval]. Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/22121>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Remue-Ménage.
- Rivard, A., & de Montigny, F. (2016). *De la naissance et des pères*. Les Éditions du remue-ménage.
- Rocque, R., & Leanza, Y. (2015). A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PloS one*, 10(10), e0139577.
- Rönnerhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2019). Risk management-Evaluation of healthcare professionals' reasoning about and understanding of maternity care. *Journal of nursing management*, 27(6), 1098–1107. <https://doi.org/10.1111/jonm.12778>
- Saint-Arnaud, L., Papineau, M., & Marché-Paillé, A. (2011). Des femmes au travail pour des femmes en travail: une enquête de psychodynamique du travail avec des sages-femmes. *Travailler*, (1), 61-72.
- Saks, M. et Allsop J. (2012). *Researching Health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods (Second Edition)*, SAGE—Chapters 4-5-6, pp.67-123.

- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., & Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), 255-261.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Savage, J. (2003). Participative observation: using the subject body to understand nursing practice. *Advanced qualitative research for nursing*, 53-76.
- Shatilwe, J. T., Kuupiel, D., & Mashamba-Thompson, T. P. (2021). Evidence on access to healthcare information by women of reproductive age in low- and middle-income countries: Scoping review. *PloS one*, 16(6), e0251633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251633>
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(7), 326-334.
- Shemmings, D. (2006). 'Quantifying' qualitative data: an illustrative example of the use of Q methodology in psychosocial research. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 147-165.
- Smarandache, A., Kim, T. H., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-9.
- Snyder, K., & Worlton, G. (2021). Social support during COVID-19: perspectives of breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine*, 16(1), 39-45.
- SOM. (2005). *Études sur les attentes des femmes en âge de procréer sur les services en périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). https://www.rsfq.qc.ca/Sondage-SOM_2005-07_MSSS.pdf?f=3s9YlpErUBKz
- Souter, V., Nethery, E., Kopas, M. L., Wurz, H., Sitcov, K., & Caughey, A. B. (2019). Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstetrics and gynecology*, 134(5), 1056–1065. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003521>
- Spector, R. E. (2002). Cultural diversity in health and illness. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 197-199.
- Sperre Saunes, I., Karanikolos, M., Sagan, A., et l'Organisation mondiale de la Santé. (2020). Norway: Health system review. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331786/HiT-22-1-2020-eng.pdf>

- Statistique Canada. (2019). *Deaths, 2018*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191126/dq191126c-eng.htm>
- Statistique Canada. (2021a). *Birth, 2020*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210928/dq210928d-eng.htm>
- Statistique Canada. (2021b). 3.2.3 *Échantillonnage non probabiliste*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>
- Steer, P. J. (2006). Prematurity or immaturity?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113, 136-138
- Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2020). COVID-19—how a pandemic reveals that everything is connected to everything else. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Swedberg, R. (2020). Exploratory research. *The production of knowledge: Enhancing progress in social science*, 17-41.
- Teherani, A., Martimianakis, T., Stenfors-Hayes, T., Wadhwa, A., & Varpio, L. (2015). Choosing a Qualitative Research Approach. *Journal of graduate medical education*, 7(4), 669–670. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00414.1>
- Thachuk, A. (2007). Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy: a relational approach. *Feminism & Psychology*, 17(1), 39-56.
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*, 38(8), 1091-1110.
- The Commonwealth Fund. (2021). *Mirror, Mirror, 2021 : Reflecting poorly*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- Thiessen, K., Heaman, M., Mignone, J., Martens, P., & Robinson, K. (2016). Barriers and facilitators related to implementation of regulated midwifery in Manitoba: a case study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 92.
- Thifault, M. C. (Ed.). (2012). *L'incontournable caste des femmes: histoire des services de santé au Québec et au Canada*. University of Ottawa Press.
- Thomas. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *The American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>

- Tobore, T. O. (2020). On maternal Post-Partum/Natal depression. A global underrecognized problem and the need for better Treatment strategies. *Psychiatry Research*, 290, 113163.
- Toohill, J., Turkstra, E., Gamble, J., & Scuffham, P. A. (2012). A non-randomised trial investigating the cost-effectiveness of Midwifery Group Practice compared with standard maternity care arrangements in one Australian hospital. *Midwifery*, 28(6), e874-e879.
- Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., . . . Beckmann, M. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@ NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906), 1723-1732.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2014). *The State of the World's Midwifery : A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. Repéré à https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf
- Vaismoradi, M., Jones, J., Turunen, H., & Snelgrove, S. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis.
- Vaismoradi, M., & Snelgrove, S. (2019). Theme in qualitative content analysis and thematic analysis. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*(Vol. 20, No. 3).
- Van Wagner, V., Epoo, B., Nastapoka, J., & Harney, E. (2007). Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(4), 384-391.
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., ... & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-13.
- Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The use of Facebook in recruiting participants for health research purposes: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e290.
- Wojatzki, M., Mohammad, S., Zesch, T., & Kiritchenko, S. (2018). Quantifying qualitative data for understanding controversial issues. In *Proceedings of the Eleventh International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2018)*.
- Yanti, Y., Claramita, M., Emilia, O., & Hakimi, M. (2015). Students' understanding of "Women-Centred Care Philosophy" in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. *BMC nursing*, 14(1), 1-7.

- Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, M., Gülmezoglu, A., & Betran, A. (2016). Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *123*(5), 745-753.
- Yee, L. M., Silver, R., Haas, D. M., Parry, S., Mercer, B. M., Wing, D. A., Reddy, U., Saade, G. R., Simhan, H., & Grobman, W. A. (2021). Association of Health Literacy Among Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes. *JAMA network open*, *4*(9), e2122576. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22576>
- Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J. et Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 99-137. doi:10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zanetta, A. (2021, 15 avril). L'Université Laurentienne abolit le seul programme francophone de sage-femme hors Québec. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1785012/universite-laurentienne-programme-sage-femme-coupe>

ANNEXES

Annexe A : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

21/12/2020

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-11-20-6332
Titre du projet / Project Title	Facteurs influençant l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec
Type de projet / Project Type	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	21/12/2020
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	20/12/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Maude VÉZINA	École interdisciplinaire des sciences de la santé / Interdisciplinary School of Health Sciences	Chercheur Principal / Principal Investigator
Sanni YAYA	École de développement international et mondialisation / School of International Development and Global Studies	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

21/12/2020

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Riana MARCOTTE

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Annexe B : Grille pour l'échantillon (version préliminaire)

(Entretiens individuels avec les mères)

Critères d'inclusion fixes :

- Parler français
- Avoir accouché d'au moins une naissance encore vivante à ce jour
- Vivre dans la ville de Québec
- Avoir 18 ans ou plus
- Être ouverte à participer à une démarche d'investigation

Critères d'exclusion :

- Ne pas parler français
- Ne pas être ouverte à une démarche d'investigation
- Ne jamais avoir accouché d'une naissance encore vivante à ce jour

Caractéristiques	Nombre d'entretiens souhaités	Nombre d'entretiens réalisées avec une femme possédant cette caractéristique	Recherche de cette caractéristique
Suivi de grossesse et accouchement avec une sage-femme			X
Suivi de grossesse et accouchement avec médecin de famille			X
Suivi de grossesse et accouchement avec gynécologue/obstétricien.ne			X
Âge 18-30 ans			
Âge 30-45 ans			
Âge 45-65 ans			
Âge plus de 65 ans			
Éducation Pas terminé le secondaire 5			
Éducation Secondaire 5			X
Éducation Formation cégep (DEC ou technique)			X
Éducation Études universitaires premier cycle			X
Éducation			

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Études universitaires cycles supérieurs			
Milieu de vie Rural			X
Milieu de vie Urbain			X
Statut socio-économique Se considère en situation précaire			X
Statut socio-économique Se considère confortable financièrement			X
Statut socio-économique Se considère plus que confortable financièrement			X
Statut matrimonial Marié.e			X
Statut matrimonial Célibataire			X
Statut matrimonial Veuf/veuve			X
Statut matrimonial Conjoints de faits			X
Nombre d'enfants 1			
Nombre d'enfants 2 et +			X
Identité socio-culturelle : québécois.e			
Identité socio-culturelle : autochtone			
Identité socio-culturelle : autre			
Statut d'immigrant.e : oui			
Statut d'immigrant.e : non			

(Entretiens semi-dirigés avec les pères) – utiliser également grille ci-haut

Critères d'inclusion fixes :

- Parler français
- Être père d'au moins un bébé encore vivant à ce jour
- Vivre dans la ville de Québec
- Avoir 18 ans ou plus
- Être ouvert à participer à une démarche d'investigation

Critères d'exclusion

- Ne pas parler français
- Ne pas être ouvert à une démarche d'investigation

- Ne pas avoir de bébé encore vivant à ce jour

Annexe C : Guide pour entretiens dirigés

(Entretiens individuels avec les mères)

Bonjour! Comment ça va ? Merci beaucoup de prendre le temps pour ce projet!

Je vais faire une petite introduction pour me présenter et présenter un peu la période d'entretien qu'on va avoir. Comme vous l'avez lu, je suis au doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. Je suis à ma 3^e année, donc ce projet de thèse est le projet final de mon parcours de doctorat. C'est un projet qui me tient à cœur car avant même de commencer le doctorat, j'ai réalisé à quel point la profession de sage-femme et les services de sage-femme étaient méconnus encore; personnellement je ne connaissais pas ça du tout et ça m'a frappée. Alors j'ai commencé à faire des recherches et essayer de comprendre pourquoi et ça m'a donné envie d'en faire mon projet de thèse. Donc ce projet auquel vous participez maintenant vise à explorer les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec. Pour mieux dégager ces facteurs, je me concentre sur le point de vue des parents de la ville de Québec (et en périphérie de la ville) et je tiens des entretiens individuels avec mères et pères. Notre entretien devrait durer environ 45 minutes ou au plus une heure.

Avant de commencer, je dois m'assurer que vous consentez à participer à la recherche et à ce que les informations que vous allez fournir puissent être utilisées par la suite, toujours de façon anonyme (aucune info ne pourra être reliée à vous) ? Si vous m'avez déjà envoyé le formulaire de consentement, c'est parfait, sinon, il faudrait me l'envoyer tout de suite après cette rencontre.

Si vous consentez, consentez-vous également à ce que j'enregistre cet entretien ? Personne d'autre que moi n'aura accès au fichier audio. Ça me permettra par la suite de retranscrire cet entretien et de l'analyser plus précisément. Si vous consentez, je vais partir l'enregistrement. Si à n'importe quel moment pendant l'entretien vous voulez arrêter l'entretien ou que j'arrête l'enregistrement, n'hésitez pas à me le dire! Alors je partirais l'enregistrement et on pourrait commencer, si ça vous va !

Aussi, pour info, je vais parler souvent des soins maternels et périnataux. Juste pour clarifier, quand je parle des soins maternels je fais référence aux soins entourant la période de la maternité de façon générale, alors que pour les soins périnataux je fais plus spécifiquement référence aux soins octroyés environ entre la 22^e semaine d'aménorrhée (consultation prénatale du 4^e mois, soit habituellement la 2^e consultation prénatale) et le 7^e jour suivant l'accouchement.

Si vous avez des questions n'hésitez jamais à me les poser.

C : Pour limiter l'étendue des réponses, respecter les délais de temps et aussi pour que la mémoire soit relativement fraîche (limiter les biais de mémoire), les questions qui suivent concernent surtout votre dernier accouchement (si vous en avez eu plusieurs), mais vous pouvez aussi me donner des

éléments de contexte concernant d'autres grossesses et on peut faire des allers et retours avec d'autres grossesses aussi.

Légende	
C	Chercheuse
P	Participante

A. Questions générales et sociodémographiques

A.1 : Petite question facile pour commencer : quel âge a votre dernier enfant (celui que vous avez eu le plus récemment) ?

A.1.1 : Pourriez-vous me dire à quelle date vous avez accouché ?

A.1.2 : Est-ce votre premier enfant ? *Si non, combien d'enfants avez-vous?*

A.1.3 : Comment décririez-vous la vie de maman jusqu'à maintenant?

A.2 : Pourriez-vous me dire où vous avez accouché?

A.7 : Si possible, pourriez-vous me dire quel est votre statut matrimonial (mariée, célibataire, veuve, union libre (couple sans mariage))?

A.4 : Si ce n'est pas trop indiscret, pouvez-vous me donner également votre âge présentement ?

A.3.1 : Pouvez-vous me dire à quel âge vous avez eu votre premier enfant ?

A.3.2 : Est-ce que vous savez environ à quel âge votre mère a eu son premier enfant?

A.5 : Si vous permettez, pouvez-vous me dire quel est votre dernière formation professionnelle / académique ?

A.3 : Pouvez-vous me dire quel était votre emploi/occupation avant de donner naissance à votre dernier enfant ?

A.5.2 : Est-ce que vous êtes présentement en congé de maternité?

A.5.2.1 : Êtes-vous satisfaite par rapport aux accommodements relatifs aux services publics offerts aux nouveaux parents (congés parentaux, etc.) ?

A.5.2.2 : Est-ce que vous partagez ce congé parental ?

Si oui, de quelle façon?

A.8 : Comment vous décririez votre appartenance culturelle (québécoise, autre) ?

A.9 : pouvez-vous me donner l'arrondissement où vous habitez ? (cela me permet de déterminer le milieu de vie soit rural/urbain ainsi que votre distance d'un hôpital et d'une maison de naissance d'un point de vue d'accès aux soins)?

A.9.1 : Vous êtes située à environ combien de kilomètres d'un hôpital et/ou d'une maison de naissance?

A.11 : Est-ce que la décision d'avoir votre dernier enfant était une décision (ou surprise) ?

A.11.1 : Si c'était une décision, est-ce que c'était une décision principalement partagée (avec votre conjoint/le père)?

B. Questions concernant quelques différents soins périnataux

B.1 : Avec quel.le professionnel.le de santé avez-vous fait la majorité de vos soins maternels pour votre dernière grossesse (CPN, accouchement, suivi post-natal, etc.)? *Et pour d'autres grossesses si celle-ci n'était pas votre première?*

B.1.1 : Pourquoi avez-vous choisi ce/cette professionnel.le de santé et cette approche (sage-femme, gynéco, MD famille) ?

B.2 : Comment avez-vous pris votre décision pour le choix du/de la professionnel.le de santé?

B.2.1 : Qui (ou quoi) a constitué la plus grande influence sur votre prise de décision ?

B.2.2 : Avez-vous l'impression d'avoir pris vos décisions de façon partagée? *Si oui, avec qui?*

B.2.2 : Comment décririez-vous globalement le rôle du père biologique (ou de votre conjoint.e) dans la prise de décisions pour les soins périnataux (et pour le bébé de façon générale, si vous remarquez une différence)?

B.2.2 : Quel discours a influencé vos décisions (discours médical, discours imprécis provenant de la société, discours d'ami(e)s, discours de la famille, discours du partenaire, données scientifiques, etc.)? La plus grande influence peut être vous-même.

B.3 : Avez-vous reçu l'aide de différent.e.s professionnel.le.s de santé au cours de votre dernière grossesse et/ou dernier accouchement ?

B.3.1 : Si oui, pour quelles raisons? Voulez-vous me parler un peu de votre expérience et ce qu'il s'est passé?

B.4 : Pouvez-vous me parler un peu de votre expérience générale des soins (suivi pré et post, accouchement, etc.) que vous avez reçus autour de la grossesse (différents suivis)?

B.4.1 : Qu'avez-vous vous le plus aimé ?

B.4.2 : Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a déplu ou vous a fait sentir inconfortable? *Si oui, pouvez-vous m'en parler?*

B.6 : Aviez-vous un/e accompagnant/e (doula, conjoint, membre famille, autre) principale lors des soins entourant votre grossesse et lors de votre accouchement? *Si oui, qui ?*

B.6.1 : Est-ce que c'était la même personne pour toutes les rencontres avec le/les professionnel.le.s de santé?

B.6.2 : Quel était le rôle de cette personne accompagnante ? Pendant les rencontres de suivi (pré/post) et pendant l'accouchement?

B.6.3 : Étiez-vous satisfaite du rôle occupé par votre personne accompagnante principale?

B.6.4 : Pouvez-vous me dire si le lieu d'accouchement permettait selon vous à votre personne accompagnante de bien vous aider ?

B.4 : De façon générale, êtes-vous satisfaite des soins reçus par votre professionnel.le de santé?

B.4.1 : Pour une prochaine grossesse (s'il y en avait une), que feriez-vous de façon similaire ?

B.4.2 : Que feriez-vous différemment?

B.5 : Est-ce que votre position géographique par rapport à un hôpital ou MDN a influencé vos choix concernant l'approche pour votre suivi (pré-natal/accouchement)?

C. Questions générales concernant l'accouchement

C.1 : Plus spécifiquement maintenant, pourriez-vous me décrire votre accouchement ? Le lieu d'accouchement, les soins reçus, le moment de la journée du début des contractions, le trajet jusqu'au lieu d'accouchement, le personnel de santé impliqué, le rôle du partenaire, etc.?

C.1.1 : Qu'avez-vous vous le plus aimé ?

C.1.2 : Y a-t-il quelque chose qui vous a déplu ou vous a fait sentir inconfortable? *Si oui, pouvez-vous m'en parler?*

C.1.3 : Vous êtes-vous sentie confortable à prendre des décisions qui vous convenaient?

C.1.3.1 : Si oui/non, pourquoi?

C.2 : Êtes-vous satisfaite globalement de la façon dont s'est déroulé votre accouchement ?

C.2.1 : Comment votre professionnel.le de santé choisi a-t-il contribué dans ce sentiment par rapport à votre accouchement?

C.2.2 : Est-ce que votre professionnel.le de santé aurait pu faire certaines choses différemment pour que votre accouchement se déroule mieux?

C.2 : Comment se déroulerait selon vous un accouchement idéal (outre la douleur extrême que ressentent forcément chaque femme!...)?

C.3 : Qui souhaitez-vous avoir près de vous absolument lors d'un accouchement ?

SAGE-FEMME : section D.

AUTRES : section E.

D. Utilisation des services d'une sage-femme

D.1 : Pourquoi avez-vous choisi de recevoir les soins d'une sage-femme?

D.1.1 : S'agissait-il d'une décision prise seule ou partagée avec un.e conjoint.e?

D.2 : Comment avez-vous entendu parlé de la profession de sage-femme ?

D.3 Comment avez-vous vécu les démarches pour avoir recours aux services d'une sage-femme ?

D.3.1 : Avez-vous vécu des obstacles particuliers? Si oui, lesquels ?

D.3.2 : Qu'est-ce qui a facilité votre processus pour recevoir les soins d'une sage-femme?

D.3.3: Y a-t-il des personnes dans votre entourage (ou ailleurs) qui vous ont encouragée à utiliser les services d'une sage-femme?

D.3.4 : Y a-t-il des personnes dans votre entourage (ou ailleurs) qui vous ont découragée à utiliser les services d'une sage-femme ?

D.3.5 : Est-ce que l'opinion des personnes de votre entourage ont été des influences importantes pour prendre votre décision de faire recours aux services d'une sage-femme?

D. 4 : Êtes-vous au courant un peu de ce qu'il se passe dans d'autres provinces ou d'autres pays par rapport à la gestion des soins maternels/périnataux? Auriez-vous des exemples ? (*Note : quelques exemples, si la femme le demande : fréquence, niveau de sécurité engendré par la pratique sage-femme, satisfaction de la femme quant à son accouchement, etc.*)

E. La femme a reçu des services d'un.e autre professionnel.le de santé

E.1 : Savez-vous ce qu'est une sage-femme, en quoi consiste son travail?

E.1.1 : Comment l'avez-vous appris?

E.2 : Pourquoi et/ou comment avez-vous choisi votre professionnel.le de santé ?

E.2.1 : S'agissait-il d'une décision prise seule ou avec un.e conjoint.e?

E.3 : Comment avez-vous entendu parler de votre professionnel.le de santé?

E.4 : Aviez-vous considéré être suivie par une sage-femme lors de votre dernière grossesse?

E.4.1 : Si oui, qu'est-ce qui vous a dissuadé de faire appel aux services d'une sage-femme?

E.4.2 : Avez-vous déjà reçu les services d'une sage-femme pour une grossesse précédente?

E.4.3. : Pensez-vous considérer les services d'une sage-femme pour une prochaine grossesse?

E.5 : Auriez-vous des craintes précises (ou imprécises) si jamais vous faisiez appel aux services d'une sage-femme ?

E.5.1 : Si vous avez certaines craintes, auriez-vous des suggestions à offrir qui permettent de diminuer (ou éliminer) ces craintes ?

E.5.2 : Croyez-vous que les craintes que vous formulez sont ressenties et partagées par des femmes vivant dans d'autres provinces / d'autres pays / sociétés / systèmes de santé ?

E.6 : Quels seraient d'autres obstacles (autres que certaines craintes) qui pourraient vous empêcher ou ne pas vous faire vouloir avoir recours aux services d'une sage-femme? (*Note : Si la femme le demande, des exemples pourraient être un manque d'information, certains détails logistiques, etc.*)

E.7 : Si vous avez un conjoint/conjointe avec qui vous élevez votre enfant, croyez-vous qu'il/elle serait à l'aise avec le fait que vous sollicitiez l'aide d'une sage-femme pour un suivi de grossesse et votre accouchement?

E.8 : Est-ce que le positionnement géographique des MDN dans la ville de Québec a influencé votre choix de non-recours à l'approche sage-femme (parkings, non-proximité de chez vous, etc.)?

F. Système de santé québécois (soins périnataux et ensemble des soins)

F.1 : Quels sont, selon vous, les plus grands points positifs du système de santé québécois en général (ensemble des soins) ?

F.1.1 : Concernant les soins périnataux spécifiquement ?

F.2 : Quels sont, selon vous, les plus grands points négatifs du système de santé québécois en général (ensemble des soins) ?

F.2.1 : Concernant les soins périnataux spécifiquement?

G. Questions relatives aux ressources documentaires utilisées

G.1 : Est-il possible de me nommer les ressources documentaires principales consultées pendant votre grossesse et après l'accouchement?

G.1.1 : Pouvez-vous préciser qui vous a conseillé chacune de ces ressources documentaires?

G.1.2 : Avez-vous fait vos propres recherches d'informations/documentation?

G.1.3 : Si vous avez répondu oui à la question précédente, quels documents avez-vous repéré et sur quel(s) site(s), plateforme(s) ou lieu(x) de documentation?

H. Questions générales

G.1 : Auriez-vous des questions ou commentaires pour moi ? Des choses que l'on n'a pas abordées encore dans l'entretien?

**Aussi si ce n'est pas déjà fait pourriez-vous me donner votre adresse courriel pour un suivi après le projet (rapport final, diffusion des résultats, etc.)?

Un énorme merci pour votre participation et d'avoir pris le temps ! Si ça vous intéresse je vous tiendrai informée des suites (rapport final, diffusion des résultats, etc.) 😊

Annexe D : Guides d'entretien pour entretiens semi-dirigés

a. (Entretiens individuels avec pères)

Bonjour! Comment ça va ? Merci beaucoup de prendre le temps pour ce projet!

Je vais faire une petite introduction pour me présenter et présenter un peu la période d'entretien qu'on va avoir. Comme vous l'avez lu, je suis au doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. Je suis à ma 3^e année, donc ce projet de thèse est le projet final de mon parcours de doctorat. C'est un projet qui me tient à cœur car avant même de commencer le doctorat, j'ai réalisé à quel point la profession de sage-femme et les services de sage-femme étaient méconnus encore; personnellement je ne connaissais pas ça du tout et ça m'a frappée. Alors j'ai commencé à faire des recherches et essayer de comprendre pourquoi et ça m'a donné envie d'en faire mon projet de thèse. Donc ce projet auquel vous participez maintenant vise à explorer les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec. Pour mieux dégager ces facteurs, je me concentre sur le point de vue des parents de la ville de Québec (et en périphérie) et je tiens des entretiens individuels avec mères et pères. Notre entretien devrait durer environ 30-45 minutes.

Avant de commencer, je dois m'assurer que vous consentez à participer à la recherche et à ce que les informations que vous allez fournir puissent être utilisées par la suite, toujours de façon anonyme (aucune info ne pourra être reliée à vous) ? Si vous m'avez déjà envoyé le formulaire de consentement, c'est parfait, sinon, il faudrait me l'envoyer tout de suite après cette rencontre.

Si vous consentez, consentez-vous également à ce que j'enregistre cet entretien ? Personne d'autre que moi n'aura accès au fichier audio. Ça me permettra par la suite de retranscrire cet entretien et de l'analyser plus précisément. Si vous consentez, je vais partir l'enregistrement. Si à n'importe quel moment pendant l'entretien vous voulez arrêter l'entretien ou que j'arrête l'enregistrement, n'hésitez pas à me le dire! Alors je partirais l'enregistrement et on pourrait commencer, si ça vous va !

Aussi, pour info, je vais parler souvent des soins maternels et périnataux. Juste pour clarifier, quand je parle des soins maternels je fais référence aux soins entourant la période de la maternité de façon générale, alors que pour les soins périnataux je fais plus spécifiquement référence aux soins octroyés environ entre la 22^e semaine d'aménorrhée (consultation prénatale du 4^e mois, soit habituellement la 2^e consultation prénatale) et le 7^e jour suivant l'accouchement.

Si vous avez des questions n'hésitez jamais à me les poser.

****Aussi si ce n'est pas déjà fait pourriez-vous me donner votre adresse courriel pour un suivi après le projet (rapport final, diffusion des résultats, etc.)?**

Légende

C	Chercheuse
P	Participante

C : Pour limiter l'étendue des réponses, respecter les délais de temps et aussi pour que la mémoire soit relativement fraîche (limiter les biais de mémoire), les questions qui suivent concernent surtout votre dernier accouchement (si vous en avez eu plusieurs), mais vous pouvez aussi me donner des éléments de contexte concernant d'autres grossesses et on peut faire des allers et retours avec d'autres grossesses aussi.

Tableau 6 : Grille pour les entretiens semi-dirigés avec les pères

Nom de l'activité	Entretien semi-dirigé second parent
Date	
Brève description	
Lieu de la rencontre	
Profil du participant (Total, occupation, âge, code postal [rural/urbain], statut marital, nombre d'enfants, identité culturelle, statut d'immigrant, niveau d'éducation)	

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
Caractéristiques individuelles	Pourriez-vous me parler un peu de vous : Âge Culture / religion Emploi / occupation / formation Congé parental Citoyenneté (Statut d'immigrant?) Statut civil	Comment se déroule le congé parental présentement (les semaines de paternité, etc.)? Êtes-vous satisfaits des conditions entourant le congé parental (durée, salaire, ententes avec employeurs, flexibilité, etc.) Y aurait-il quelque chose que vous changeriez? Citoyenneté (Statut d'immigrant?) Statut civil	
Type de suivi soins / accouchement	Quel type de suivi pour les soins de façon générale ?	Quel.le professionnel.le de santé ? Comment a entendu parler du/de la professionnel.le de santé? Pourquoi avoir choisi cette approche ? Aviez-vous des réticences concernant une approche parmi	Si oui, pourquoi avez-vous des réticences?

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
	<p>Quel type de suivi pour l'accouchement ? Le même ou des changements en cours de processus ?</p>	<p>les approches disponibles pour vous ?</p> <p>Pourquoi aviez-vous considéré ou n'aviez-vous pas considéré recourir aux services d'une sage-femme?</p> <p>Comment avez-vous vécu l'accouchement?</p> <p>Y a-t-il eu des changements par rapport aux décisions initiales en cours de route (changement de plan) ?</p>	<p>Qu'est-ce qui a fait finalement pencher votre décision vers l'approche que vous avez choisie?</p> <p>Si vous n'aviez pas considéré l'approche sage-femme précédemment, est-ce que vous considèreriez dans le futur si l'occasion se présentait (future grossesse..!)?</p> <p>Quelle était selon vous votre place pendant les suivis et l'accouchement?</p> <p>Si oui, comment / pourquoi?</p>
<p>Décisions parentales</p>	<p>Comment avez-vous pris la majorité de vos décisions en lien avec la grossesse et l'accouchement ?</p> <p>Sentiez-vous que vous aviez une place satisfaisante dans ces décisions?</p>	<p>Jugez-vous que les décisions étaient prises de façon partagée avec votre conjointe (mère du bébé)?</p> <p>Au sein du couple et lors des rencontres avec le/la professionnel.le de santé ?</p> <p>Quels outils vous ont permis de trouver votre place et bien</p>	

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
		<p>naviguer dans la prise de décisions?</p>	
<p>Influences diverses</p>	<p>Quelle est (ou quelles sont) votre source d'information ou d'influence la plus importante (père, mère, conjointe, ami(s), groupes de soutien, ressources documentaires, etc.) dans votre expérience parentale jusqu'à maintenant?</p> <p>Qu'est-ce qui a principalement influencé votre recours ou non à des services de sage-femme?</p>	<p>Par exemple : la famille, des amis, la belle-famille, l'avis de professionnel.le.s de santé?</p>	

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
Systeme de santé québécois (soins périnataux)	<p>Comment trouvez-vous l'offre de soins périnataux au Québec ?</p> <p>Comment décririez-vous les soins périnataux que vous avez reçus (vous ou votre conjointe)?</p> <p>Est-ce que les services de sage-femme vous ont été présentés par votre professionnel.le de santé ?</p>	<p>D'un point de vue de la qualité des soins, de l'accessibilité aux soins, de l'offre de soins en général?</p> <p>Êtes-vous satisfait de l'offre de soins périnataux offerts ?</p> <p>Avez-vous globalement apprécié ou non les soins ?</p> <p>Si oui, comment ?</p> <p>Si non, pourquoi selon vous ?</p>	<p>Diriez-vous que tous/toutes les professionnel.le.s de santé travaillant en périnatalité sont représentés dans le discours publique ?</p> <p>Diriez-vous que tous/toutes les professionnel.le.s de santé travaillant en périnatalité sont accessibles de façon égale?</p>
Ressources documentaires	<p>Quelles sont les principales ressources documentaires consultées pendant la grossesse et maintenant après l'accouchement?</p> <p>D'où proviennent la plupart de ces ressources (qui vous les a suggérées ou remises)?</p>	<p>Y a-t-il des ressources documentaires que vous avez consultées et qui vous ont été conseillées par un.e professionnel.le de santé?</p>	<p>Si oui, par quel.le professionnel.le de santé et quelles sont ces ressources?</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
<p>Questions générales</p>	<p>Aviez-vous des choses que vous trouvez inconfortables par rapport à la grossesse ou l'accouchement de façon générale ?</p> <p>Auriez-vous des commentaires/questions ou autres que vous aimeriez aborder avec moi aujourd'hui concernant le sujet à l'étude ou votre expérience parentale?</p>	<p>Si oui, est-ce que selon vous votre professionnel.le de santé y a bien répondu?</p> <p>De quelle façon votre professionnel.le de santé vous a-t-il permis d'exprimer vos inconforts ?</p>	

- b. (entretiens individuels avec les responsables de la formation sage-femme)

Bonjour! Comment allez-vous ? Merci beaucoup de prendre le temps pour ce projet!

Je vais prendre un petit moment pour me présenter, vous présenter un peu le contexte de ce projet et présenter un peu la période d'entretien qu'on va avoir. Comme vous l'avez lu, je suis au doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. Ce projet de thèse est un projet qui me tient à cœur car avant même de commencer le doctorat, j'ai réalisé à quel point la profession de sage-femme et les services de sage-femme étaient méconnus au Québec; personnellement je ne connaissais pas ça du tout et ça m'a frappée. Alors j'ai commencé à faire des recherches et essayer de comprendre pourquoi et ça m'a donné envie d'en faire mon projet de thèse. Entre-temps, je me suis aussi inscrite au baccalauréat en pratique sage-femme à l'UQTR; j'ai été acceptée et j'ai décidé finalement de ne pas suivre la formation et de réaliser plutôt un projet de thèse par rapport aux services de sage-femme au Québec. Donc ce projet auquel vous participez maintenant vise à explorer les facteurs qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec. Pour mieux dégager ces facteurs, je me concentre sur le point de vue des parents de la ville de Québec (et en périphérie de la ville de Québec) (donc je me concentre surtout sur 'la demande') et je tiens des entretiens individuels avec mères et pères principalement, puis je voulais aussi documenter plus précisément le contexte de l'offre de soins et partir à la source qui est selon moi à la fois au niveau de la formation et de l'OSFQ. C'est pour ça que je vous ai interpellée. Merci encore pour votre présence et votre participation. Notre entretien devrait durer environ 30-45 minutes.

Avant de commencer, je dois m'assurer que vous consentez à participer à la recherche et à ce que les informations que vous allez fournir puissent être utilisées par la suite, toujours de façon anonyme (aucune info ne pourra être reliée à vous) ? Si vous m'avez déjà envoyé le formulaire de consentement, c'est parfait, sinon, il faudrait si possible me l'envoyer tout de suite après cette rencontre.

Si vous consentez, consentez-vous également à ce que j'enregistre cet entretien ? Personne d'autre que moi n'aura accès au fichier audio. Ça me permettra par la suite de retranscrire cet entretien et de l'analyser plus précisément. Si vous consentez, je vais partir l'enregistrement. Si à n'importe quel moment pendant l'entretien vous voulez arrêter l'entretien ou que j'arrête l'enregistrement, n'hésitez pas à me le dire! Alors je partirais l'enregistrement et on pourrait commencer!

Si vous avez des questions n'hésitez jamais à me les poser.

Légende	
C	Chercheuse
P	Participante

Tableau 7 : Grille pour les entretiens semi-dirigés avec les responsables de la formation sage-femme (version préliminaire)

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Nom de l'activité	Entretien semi-dirigé responsable formation sage-femme
Date	
Brève description	
Lieu de la rencontre	
Profil du/de la participant.e (Total, occupation, âge, années d'expérience, poste occupé)	

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
Général	<p>Pourriez-vous me parler un peu de vous, de votre parcours, de votre emploi, peut-être ensuite aussi de vos principales motivations dans votre emploi présentement?</p> <p>Pourriez-vous me dire, selon vous, quel est l'état de la profession de sage-femme présentement au Québec ?</p> <p>Comment décririez-vous l'évolution de la profession de sage-femme depuis les dernières années (disons, depuis sa légalisation au Québec)?</p>	<p>Quelles sont les principaux enjeux rencontrés présentement quant à la profession (ça peut être large : la formation, l'offre de soins, etc.)</p> <p>Quels sont les principales avancées depuis les dernières années ?</p>	<p>Comment l'état de la profession peut-elle influencer l'offre de soins ainsi que l'utilisation (demande) des services d'une sage-femme?</p> <p>Comment l'évolution de la profession (et de la formation de la profession) peut-elle influencer l'offre de soins dans la province ainsi que</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
		<p>Quels ont été les principaux obstacles à la formation et à la pratique des sages-femmes ?</p> <p>Quels seraient selon vous les principales améliorations potentielles quant à l'utilisation des services de sage-femme?</p>	la demande donc l'utilisation des services d'une sage-femme?
Nombre limité de places	<p>Pourquoi selon vous limiter à 24 le nombre de places disponibles dans la formation au baccalauréat à chaque année?</p> <p>Croyez-vous qu'un tel choix influence les services (à la fois offre et demande) d'une sage-femme au Québec ?</p> <p>Si l'UQTR avait toutes les ressources suffisantes pour accepter plus de sages-femmes, à combien de candidates et candidats la formation pourrait-elle offrir?</p>	Sur quelle(s) principale(s) raison(s) ce choix repose-t-il?	<p>Y a-t-il des raisons financières relatives à l'Ordre ou au programme, autres?</p> <p>Est-ce principalement au niveau de l'UQTR ou de l'OSFQ, d'un niveau de santé publique, autre ?</p>
Lieu de formation	Pourriez-vous me dire pourquoi selon vous le choix s'est-il arrêté sur l'UQTR comme lieu unique de formation de sages-femmes au Québec?	Y avait-il des considérations de position géographique relatives à l'UQTR?	

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
	Pourquoi selon vous y a-t-il un unique lieu de formation de sages-femmes au Québec ?	Y a-t-il déjà eu des intérêts/initiatives pour développer d'autres lieux de formation?	Si oui, pourquoi est-ce que ça n'a pas porté fruit? Est-ce que dans le futur c'est une option qui est en train de se considérer ? D'ouvrir à d'autres lieux de formation?
Section réservée aux participant.e.s de l'UQTR			
Nombre de personnes graduant par année	Combien y a-t-il de personnes qui graduent par année au baccalauréat en pratique sage-femme? Quelles sont selon vous les causes principales de non-graduation ?	Y a-t-il un fort taux d'abandon?	Si oui / si non, pourquoi selon vous?
Choix de candidature	Rencontrez-vous des profils types de candidates et candidats pour la formation sage-femme? Sur quels critères reposent le choix des personnes retenues pour la formation?	Si oui, lesquels? Qu'est-ce qui est selon vous le critère (ou la qualité/compétence) le plus important pour compléter la formation? Qu'est-ce qui est selon vous le critères (ou qualité/compétence) le plus important pour être sage-femme?	
Point de vue sur mon sujet de thèse : Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation (demande) des services d'une sage-femme	Quels sont selon vous les facteurs principaux influençant l'utilisation des services d'une sage-femme par la population québécoise? Y a-t-il des raisons historiques ou autres selon	Croyez-vous que l'UQTR a une influence quelconque sur l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec?	Si oui/ si non, pourquoi et comment?

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
	<p>vous qui influencent l'utilisation des services d'une sage-femme par la population québécoise?</p> <p>Qu'est-ce qui serait à améliorer selon vous concernant l'utilisation des services d'une sage-femme par la population québécoise ?</p>	<p>Quels principaux outils devraient être mis en place pour permettre cette amélioration?</p>	
<p>Section réservée aux participant.e.s de l'OSFQ</p> <p><i>[En guise de préparation, mais aucune participante issue de l'OSFQ n'a été rencontrée dans le cadre de cette thèse.]</i></p>			
Financement de l'OSFQ	<p>Pourriez-vous me dire d'où proviennent principalement les fonds finançant les activités de l'OSFQ?</p>	<p>Quelle part du financement global de l'OSFQ correspond à un financement indépendant (non-gouvernemental)?</p> <p>Quelle part du financement global de l'OSFQ est un financement gouvernemental (ministère de la santé ou autres)?</p>	
Sensibilisation/messages destinés à la population	<p>Est-ce que selon vous la profession de sage-femme est suffisamment (et adéquatement) représentée selon vous dans les communications de santé publique destinées à la population?</p>	<p>Si oui / si non, Pourquoi?</p> <p>Est-ce que l'OSFQ possède l'autonomie nécessaire, selon vous, pour élaborer et distribuer des messages de sensibilisation par rapport à la profession de sage-femme à la population?</p>	<p>Si oui, comment cela se déroule-t-il?</p> <p>Si non, pourquoi et quelles seraient les potentielles solutions pour permettre cette autonomie?</p>

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
Défis principaux de l'OSFQ	Quels sont les défis principaux rencontrés par l'OSFQ?	Comment affectent-ils les conditions de pratique de la profession de sage-femme? Comment affectent-ils les perceptions de l'approche sage-femme au sein de la population?	Quelles seraient les solutions pour limiter ou au moins adresser ces défis?
Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme	Quels sont selon vous les facteurs principaux influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme par la population ?	Croyez-vous que l'OSFQ a une influence quelconque sur l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec? Croyez-vous que l'OSFQ a une influence sur l'offre des services d'une sage-femme au Québec?	Si oui / si non, pourquoi / comment? Si oui, comment ?
Section réservée aux membres du RSFQ			
Mission / rôle du RSFQ	Pourriez-vous me parler de la mission et du rôle du RSFQ?	En quoi le RSFQ contribue-t-il aux conditions de pratique et de formation des sages-femmes au Québec ? Quelles sont les priorités d'action du RSFQ ? Quels sont les obstacles auxquels le RSFQ est confronté ?	Quelle est la différence principale entre un Ordre professionnel et une Association professionnelle? Concernant l'offre de soins? Concernant l'utilisation des services d'une sage-femme ?

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Thème abordé	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de précision
Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme	Quels sont selon vous les facteurs principaux influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme par la population ?	Croyez-vous que l'OSFQ a une influence quelconque sur l'utilisation des services d'une sage-femme au Québec? Croyez-vous que l'OSFQ a une influence sur l'offre des services d'une sage-femme au Québec?	Si oui / si non, pourquoi / comment? Si oui, comment ?
Questions générales			
Auriez-vous des commentaires/questions ou autres que vous aimeriez aborder avec moi aujourd'hui concernant le sujet à l'étude ou votre expérience en tant qu'actrice dans la formation des sages-femmes au Québec?			

Connaissez-vous quelqu'un qui pourrait être intéressé à participer à l'étude, au niveau de l'UQTR ou de l'OSFQ?

Un énorme merci pour votre participation et d'avoir pris le temps ! Si ça vous intéresse je vous tiendrai informée des suites (rapport final, diffusion des résultats, etc.) ☺

Annexe E : Feuilles d'information

1. Entretiens individuels avec mères



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche : Dr. Sanni Yaya

Présentation de la chercheuse :

Mon nom est Maude, je suis Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. J'étudie la santé publique avec un intérêt particulier pour la santé des femmes et des mères. Mon intérêt pour cette recherche est l'organisation des soins maternels et la place de la profession de sage-femme dans le système de santé québécois.

Je m'intéresse particulièrement au point de vue des parents concernant leur utilisation des services et soins de santé maternelle (sage-femme ou autre). J'aimerais donc recruter des parents de 18 ans et plus de la ville de Québec, qui parlent français et qui sont intéressés à participer à une recherche.

Nature et objectifs de la recherche:

Bien que les objectifs motivant cette recherche soient multiples, l'objectif central est de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de services d'une sage-femme au Québec. Pour ce faire, cette étude explore le point de vue des parents de la ville de Québec par rapport à l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme. La question de recherche balisant cette étude est la suivante : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?*

Critères pour participer :

Pour participer, vous devez être âgées de plus de 18 ans, avoir déjà accouché d'un bébé vivant au moment de l'entrevue, parler français et être ouvertes à participer à une démarche d'investigation. Vous pouvez avoir accouché soit avec une sage-femme ou avec un.e autre professionnel.le de santé.

Si vous choisissez de participer :

Si vous décidez de participer, nous collaborerons ensemble et je réaliserai un entretien avec vous. L'heure, le moment et l'endroit pourra être déterminé entre vous et moi. L'entretien pourra se dérouler de façon virtuelle (Zoom) en fonction de la situation covid-19. L'entretien se déroulera entre vous et moi uniquement et vous aurez à répondre à quelques questions. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Avantages et inconvénients liés à votre participation :

Si vous acceptez de participer, il n'y aura aucune conséquence négative directe (physique, psychologique, professionnelle, sociale, économique, politique ou autre).

Les *avantages* de la participation au projet sont les suivants :

- La possibilité de réfléchir sur la maternité, la santé maternelle, l'accouchement.
- Un sentiment d'être entendu et pris en considération par la recherche en santé.
- Un sentiment de faire avancer la recherche autour de la profession de sage-femme et autour des soins maternels, spécifiquement au Québec.
- L'opportunité d'aider la recherche visant à améliorer l'offre de soins et services de santé maternelle au Québec
- Vous recevrez une copie du projet de thèse terminé.

Les *inconvénients* de la participation à cette collecte de données pourraient être les suivants :

- De l'énergie et du temps consacré à aider une chercheuse.
- Aborder des sujets sensibles qui peuvent soulever certaines émotions (reliées notamment au vécu de l'accouchement).

Les *risques* associés au projet de recherche :

- Il n'y a pas de risque direct engendré par la participation au projet. Les inconvénients possibles sont mentionnés plus haut.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet est complètement volontaire. Si vous choisissez d'y participer, vous demeurez libre de quitter la recherche en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à vous justifier d'une quelconque raison.

Confidentialité :

Tout ce que vous direz et ferez lors de cette période d'observation demeurera confidentiel et personne n'aura accès aux notes prises par la chercheuse à l'exception des membres de l'équipe de recherche, qui auront chacun signé un formulaire de confidentialité.

Dans l'éventualité où il y a des informations que vous ne souhaitez pas divulguer de façon publique, vous pourrez m'en informer et l'information demeurera confidentielle.

Durant la recherche:

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

- votre nom sera remplacé par un code;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et... (*ex : les enregistrements*), sera conservé dans un classeur sous clé;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par un mot de passe;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participant.e.s ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participant.e.s ne seront jamais communiqués;

Après la fin de la recherche :

- Les documents et les données seront conservés pour une durée indéterminée après la fin de la collecte des données. Toutefois, seules les données dénominalisées (anonymes) seront conservées pour une durée indéterminée. Les documents papier permettant d'identifier les participant.e.s pour pouvoir les contacter au besoin seront détruits un an et demi après la fin de la collecte des données, soit simplement pendant la durée raisonnable pendant laquelle je serai en rédaction finale de la thèse.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Plainte ou critique :

Toute plainte ou critique pourra être faite en téléphonant à l'investigateur principal (XXXX) ou encore directement au **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** :

Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387
Télec. : 613-562-5338
ethique@uottawa.ca

Intérêt à participer ?

Si vous êtes intéressée à participer à l'étude, vous pouvez me contacter directement sur mon cellulaire au (XXXX) ou encore sur mon courriel au (XXXX).

Au plaisir!

Maude

2. Feuille de recrutement via les réseaux sociaux



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheur principal : Maude Vézina, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Superviseur de thèse : Dr. Sanni Yaya, Université d'Ottawa

Hey hey! Bonjour tout le monde!

Dans le cadre de ma thèse de doctorat, j'entame la période de recrutement de participantes et participants qui pourront m'aider à répondre à cette question principale : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?*

Cette thèse porte sur la profession de sage-femme au Québec. Je souhaite identifier les facteurs qui influencent l'utilisation des services de sage-femme au Québec, pour éventuellement améliorer l'insertion de cette profession au sein du système de santé québécois. Pour cela, j'aimerais entendre le point de vue des parents de la ville de Québec sur le sujet !

Commençons par  les **mères !!**


Alors, **mamans** de la ville de Québec, je vous interpelle 😊 Olé!

Voici maintenant ce que vous devez savoir :

Pour participer, vous devez être

- âgées de plus de 18 ans
- avoir déjà accouché d'un bébé vivant au moment de l'entrevue
- parler français
- être ouvertes à participer à une démarche d'investigation.
- vous pouvez avoir accouché soit avec une sage-femme ou avec un.e autre professionnel.le de santé.

Quoi d'autre ?

 Les **pères** ou **tout parent** sont également encouragés à participer.

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

L'étude comportera un volet pour les mères biologiques, et un autre pour les pères (ou tout autre parent). Donc, mamans, répandez la bonne nouvelle auprès du père de votre enfant ou de votre conjoint/conjointe (ou tout autre parent de l'enfant) !

Si vous choisissez de participer :

Je réaliserai un entretien **individuel** avec vous, via Zoom (ou autre moyen virtuel préférable pour vous). Nous choisirons l'heure et le moment ensemble. L'entretien prendra environ **45 minutes**.

En participant, vous contribuerez à faire avancer l'état de la recherche en santé maternelle au Québec, autour de la profession de sage-femme. Vous pourrez également réfléchir à votre propre expérience d'accouchement et à votre expérience en tant que parent, et communiquer cette expérience en tout **anonymat**. Il n'y a aucun risque associé directement à la participation à la recherche. Vous serez peut-être uniquement encouragé.e à aborder des sujets potentiellement sensibles (grossesse, accouchement, suivi post-natal). Ceci dit, ça peut même faire du bien ! Si vous participez, vous pouvez vous retirer à tout moment, ayant également la possibilité de retirer les données recueillies auprès de vous. Simple, non ?

****Ces mêmes critères de participation se répètent pour le volet avec les pères (ou autre parent).****

Voilà, ça fait le tour ! Si vous souhaitez participer, écrivez-moi (soit via message privé messenger / courriel : **XXXX**).

En espérant grandement pouvoir collaborer avec vous prochainement, sur ce sujet si grand, qui touche chacun d'entre nous ☺.

Merci beaucoup pour votre temps
Maude

3. Entretiens semi-dirigés avec pères (ou tout autre second parent)



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche : Dr. Sanni Yaya

Présentation de la chercheuse :

Mon nom est Maude, je suis Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. J'étudie la santé publique avec un intérêt particulier pour la santé des femmes et des mères. Mon intérêt pour cette recherche est l'organisation des soins maternels et la place de la profession de sage-femme dans le système de santé québécois.

Je m'intéresse particulièrement au point de vue des parents concernant leur utilisation des services et soins de santé maternelle (sage-femme ou autre). J'aimerais donc recruter des parents de 18 ans et plus de la ville de Québec, qui parlent français et qui sont intéressés à participer à une recherche.

Nature et objectifs de la recherche:

Bien que les objectifs motivant cette recherche soient multiples, l'objectif central est de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de services d'une sage-femme au Québec. Pour ce faire, cette étude explore le point de vue des parents de la ville de Québec par rapport à l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme. La question de recherche balisant cette étude est la suivante : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?*

Critères pour participer :

Pour participer, vous devez être, soit un homme ou une femme, âgé.e.s de plus de 18 ans, avoir un enfant vivant au moment de l'entrevue, parler français et être ouvert.e.s à participer à une démarche d'investigation. Votre partenaire peut avoir accouché soit avec une sage-femme ou avec un.e autre professionnel.le de santé.

Conditions de participation :

Si vous décidez de participer, nous collaborerons ensemble et je réaliserai un entretien avec vous. L'heure, le moment et l'endroit pourra être déterminé entre vous et moi. L'entretien pourra se dérouler de façon virtuelle (Zoom) en fonction de la situation covid-19. L'entretien se déroulera

entre vous et moi uniquement et vous aurez à répondre à quelques questions. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Avantages et inconvénients liés à votre participation :

Si vous acceptez de participer, il n'y aura aucune conséquence négative directe (physique, psychologique, professionnelle, sociale, économique, politique ou autre).

Les *avantages* de la participation au projet sont les suivants :

- La possibilité de réfléchir sur la maternité, la santé maternelle, l'accouchement.
- Un sentiment d'être entendu et pris en considération par la recherche en santé.
- Un sentiment de faire avancer la recherche autour de la profession de sage-femme et autour des soins maternels, spécifiquement au Québec.
- L'opportunité d'aider la recherche visant à améliorer l'offre de soins et services de santé maternelle au Québec.
- Vous recevrez une copie du projet de thèse terminé.

Les *inconvénients* de la participation à cette collecte de données pourraient être les suivants :

- De l'énergie et du temps consacré à aider une chercheuse.
- Aborder des sujets sensibles qui peuvent soulever certaines émotions (reliées notamment au vécu de l'accouchement).

Les *risques* associés au projet de recherche :

- Il n'y a pas de risque direct engendré par la participation au projet. Les inconvénients possibles sont mentionnés plus haut.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet est complètement volontaire. Si vous choisissez d'y participer, vous demeurez libre de quitter la recherche en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à vous justifier d'une quelconque raison.

Confidentialité :

Tout ce que vous direz et ferez lors de cette période d'observation demeurera confidentiel et personne n'aura accès aux notes prises par la chercheuse à l'exception des membres de l'équipe de recherche, qui auront chacun signé un formulaire de confidentialité.

Dans l'éventualité où il y a des informations que vous ne souhaitez pas divulguer de façon publique, vous pourrez m'en informer et l'information demeurera confidentielle.

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un code;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et... (*ex : les enregistrements*), sera conservé dans un classeur sous clé ;

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par un mot de passe;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participant.e.s ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participant.e.s ne seront jamais communiqués;

Après la fin de la recherche :

- Les documents et les données seront conservées pour une durée indéterminée après la fin de la collecte des données. Toutefois, seules les données dénominalisées (anonymes) seront conservées pour une durée indéterminée. Les documents papier permettant d'identifier les participant.e.s pour pouvoir les contacter au besoin seront détruits un an et demi après la fin de la collecte des données, soit simplement pendant la durée raisonnable pendant laquelle je serai en rédaction finale de la thèse.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Plainte ou critique :

Toute plainte ou critique pourra être faite en téléphonant à l'investigateur principal (XXXX) ou encore directement au **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** :

Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387
Télec. : 613-562-5338
ethique@uottawa.ca

Intérêt à participer ?

Si vous êtes intéressée à participer à l'étude, vous pouvez me contacter directement sur mon cellulaire au (XXXX) ou encore sur mon courriel au (XXXX).

Au plaisir!
Maude

4. Entretiens semi-dirigés avec actrices/acteurs de la formation sage-femme



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche : Dr. Sanni Yaya

Présentation de la chercheuse :

Mon nom est Maude, je suis Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. J'étudie la santé publique avec un intérêt particulier pour la santé des femmes et des mères. Mon intérêt pour cette recherche est la place de la profession de sage-femme dans le système de santé québécois.

Je m'intéresse particulièrement au point de vue des parents ayant déjà eu un bébé concernant l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme, ainsi qu'à l'univers de pratique de la sage-femme. Pour ce faire, j'ai besoin de comprendre les conditions structurelles de la formation de sage-femme, pour comprendre davantage les diverses influences agissant sur la perception de l'offre de services de sage-femme.

Nature et objectifs de la recherche:

Bien que les objectifs motivant cette recherche soient multiples, l'objectif central est de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de services d'une sage-femme au Québec. Pour ce faire, cette étude explore les points de vue des parents de la ville de Québec par rapport à l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme. La question de recherche balisant cette étude est la suivante : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?* Même si je me concentre principalement sur le point de vue des parents pour répondre à cette question, j'aimerais également comprendre le contexte de la formation de la profession de sage-femme, afin de comprendre davantage les facteurs qui influencent l'offre de services de sage-femme (nombre de sages-femmes formées, contexte du programme de formation à Trois-rivières). Pour cela, j'aimerais recruter quelques personnes responsables de quelques aspects de la formation de sage-femme (soit des membres de l'OSFQ ou des administrateurs de la formation à Trois-Rivières).

Conditions de participation :

Si vous décidez de participer, nous collaborerons ensemble et je réaliserai un entretien avec vous. Le moment/lieu de l'entrevue pourra être déterminé entre vous et moi et l'entretien pourra se

dérouler de façon virtuelle (Zoom) en fonction de la situation covid-19. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Avantages et inconvénients liés à votre participation :

Si vous acceptez de participer, il n'y aura aucune conséquence négative directe (physique, psychologique, professionnelle, sociale, économique, politique ou autre).

Les *avantages* de la participation au projet sont les suivants :

- La possibilité de réfléchir sur votre pratique professionnelle, sur la maternité, la santé maternelle.
- Un sentiment d'être entendu et pris en considération par la recherche en santé.
- Un sentiment de faire avancer la recherche autour de la profession de sage-femme et autour des soins maternels, spécifiquement au Québec
- Vous recevrez une copie du projet de thèse terminé.

Les *inconvénients* de la participation à cette collecte de données pourraient être les suivants :

- De l'énergie et du temps consacré à aider une chercheuse.

Les *risques* associés au projet de recherche :

- Il n'y a pas de risque direct engendré par la participation au projet. Les inconvénients possibles sont mentionnés plus haut.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet est complètement volontaire. Si vous choisissez d'y participer, vous demeurez libre de quitter la recherche en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à vous justifier d'une quelconque raison.

Confidentialité :

Tout ce que vous direz et ferez lors de cette période d'observation demeurera confidentiel et personne n'aura accès aux notes prises par la chercheuse à l'exception des membres de l'équipe de recherche, qui auront chacun signé un formulaire de confidentialité.

Dans l'éventualité où il y a des informations que vous ne souhaitez pas divulguer de façon publique, vous pourrez m'en informer et l'information demeurera confidentielle.

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un code;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;
- tout le matériel papier de la recherche, incluant les formulaires de consentement et... (*ex : les enregistrements*), sera conservé dans un classeur sous clé ;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par un mot de passe;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participant.e.s ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;

Après la fin de la recherche :

- Les documents et les données seront conservées pour une durée indéterminée après la fin de la collecte des données. Toutefois, seules les données dénominalisées (anonymes) seront conservées pour une durée indéterminée. Les documents papier permettant d'identifier les participant.e.s pour pouvoir les contacter au besoin seront détruits un an et demi après la fin de la collecte des données, soit simplement pendant la durée raisonnable pendant laquelle je serai en rédaction finale de la thèse.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Plainte ou critique :

Toute plainte ou critique pourra être faite en téléphonant à l'investigateur principal (XXXX) ou encore directement au **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** :

Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387
Télec. : 613-562-5338
ethique@uottawa.ca

Intérêt à participer ?

Si vous êtes intéressé.e à participer à l'étude, vous pouvez me contacter directement sur mon cellulaire au (XXXX) ou encore sur mon courriel au (XXXX).

Au plaisir!
Maude

Annexe F : Formulaires de consentement

1. Entretiens individuels avec mères



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche (directeur de thèse) : Dr. Sanni Yaya

Professeur Titulaire
Développement international et mondialisation
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa sanni.yaya@uOttawa.ca
613.562.5800 (poste : 1940)

Présentation de la chercheuse :

Mon nom est Maude, je suis Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. J'étudie la santé publique avec un intérêt particulier pour la santé des femmes et des mères. Mon intérêt pour cette recherche est l'organisation des soins maternels et la place de la profession de sage-femme dans le système de santé québécois.

Je m'intéresse particulièrement au point de vue des parents concernant leur utilisation des services et soins de santé maternelle (sage-femme ou autre). J'aimerais donc recruter des parents de 18 ans et plus de la ville de Québec, qui parlent français et qui sont intéressés à participer à une recherche.

Nature et objectifs de la recherche:

Bien que les objectifs motivant cette recherche soient multiples, l'objectif central est de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de services d'une sage-femme au Québec. Pour ce faire, cette étude explore le point de vue des parents de la ville de Québec par rapport à l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme. La question de recherche balisant cette étude est la suivante : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?*

Conditions de participation :

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

Si vous décidez de participer, nous collaborerons ensemble et je réaliserai un entretien avec vous. L'heure, le moment et l'endroit pourra être déterminé entre vous et moi. L'entretien pourra se dérouler de façon virtuelle (Zoom) en fonction de la situation covid-19. L'entretien se déroulera entre vous et moi uniquement et vous aurez à répondre à quelques questions. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Avantages et inconvénients liés à votre participation :

Si vous acceptez de participer, il n'y aura aucune conséquence négative directe (physique, psychologique, professionnelle, sociale, économique, politique ou autre).

Les *avantages* de la participation au projet sont les suivants :

- La possibilité de réfléchir sur la maternité, la santé maternelle, l'accouchement.
- Un sentiment d'être entendu et pris en considération par la recherche en santé.
- Un sentiment de faire avancer la recherche autour de la profession de sage-femme et autour des soins maternels, spécifiquement au Québec.
- L'opportunité d'aider la recherche visant à améliorer l'offre de soins et services de santé maternelle au Québec
- Vous recevrez une copie du projet de thèse terminé.

Les *inconvénients* de la participation à cette collecte de données pourraient être les suivants :

- De l'énergie et du temps consacré à aider une chercheuse.
- Aborder des sujets sensibles qui peuvent soulever certaines émotions (reliées notamment au vécu de l'accouchement).

Les *risques* associés au projet de recherche :

- Il n'y a pas de risque direct engendré par la participation au projet. Les inconvénients possibles sont mentionnés plus haut.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet est complètement volontaire. Si vous choisissez d'y participer, vous demeurez libre de quitter la recherche en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à vous justifier d'une quelconque raison. Si vous choisissez de vous retirer, vous aurez également l'option de retirer toutes vos données de l'étude.

Confidentialité :

Tout ce que vous direz et ferez lors de cette période d'observation demeurera confidentiel et personne n'aura accès aux notes prises par la chercheuse à l'exception des membres de l'équipe de recherche, qui auront chacun signé un formulaire de confidentialité.

Dans l'éventualité où il y a des informations que vous ne souhaitez pas divulguer de façon publique, vous pourrez m'en informer et l'information demeurera confidentielle.

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un code;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et... (*ex : les enregistrements*), sera conservé dans un classeur sous clé;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par un mot de passe;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participant.e.s ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participant.e.s ne seront jamais communiqués;

Après la fin de la recherche :

- Les documents et les données seront conservées pour une durée indéterminée après la fin de la collecte des données. Toutefois, seules les données dénominalisées (anonymes) seront conservées pour une durée indéterminée. Les documents papier permettant d'identifier les participant.e.s pour pouvoir les contacter au besoin seront détruits un an et demi après la fin de la collecte des données, soit simplement pendant la durée raisonnable pendant laquelle je serai en rédaction finale de la thèse.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Plainte ou critique :

Toute plainte ou critique pourra être faite en téléphonant à l'investigateur principal (XXXX) ou encore directement au **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** :

Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387
Télec. : 613-562-5338
ethique@uottawa.ca

Intérêt à participer ?

Si vous êtes intéressée à participer à l'étude, vous pouvez me contacter directement sur mon cellulaire au (XXXX) ou encore sur mon courriel au (XXXX).

Au plaisir!
Maude

CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE

Je _____,

Consens librement de participer à la recherche *Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec : perceptions des mères et des pères* dans les conditions énoncées ci-haut.

_____ (Signature de la participante)

_____ (Date AAAA-MM-JJ)

Je consens à ce que l'entretien soit par moments enregistré (audio) Oui Non

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au/à la participant.e. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du/de la participant.e.

Signature de la chercheuse

Date

Merci beaucoup pour votre participation et pour votre temps. 😊

2. Entretiens semi-dirigés avec pères (ou tout autre second parent)



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche (directeur de thèse) : Dr. Sanni Yaya

Professeur Titulaire
Développement international et mondialisation
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa
sanni.yaya@uOttawa.ca
613.562.5800 (poste : 1940)

Présentation de la chercheuse :

Mon nom est Maude, je suis Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. J'étudie la santé publique avec un intérêt particulier pour la santé des femmes et des mères. Mon intérêt pour cette recherche est l'organisation des soins maternels et la place de la profession de sage-femme dans le système de santé québécois.

Je m'intéresse particulièrement au point de vue des parents concernant leur utilisation des services et soins de santé maternelle (sage-femme ou autre). J'aimerais donc recruter des parents de 18 ans et plus de la ville de Québec, qui parlent français et qui sont intéressés à participer à une recherche.

Nature et objectifs de la recherche:

Bien que les objectifs motivant cette recherche soient multiples, l'objectif central est de comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation de services d'une sage-femme au Québec. Pour ce faire, cette étude explore le point de vue des parents de la ville de Québec par rapport à l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme. La question de recherche de cette étude est la suivante : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?*

Conditions de participation :

Si vous décidez de participer, nous collaborerons ensemble et je réaliserai un entretien avec vous. L'heure, le moment et l'endroit pourra être déterminé entre vous et moi. L'entretien pourra se dérouler de façon virtuelle (Zoom) en fonction de la situation covid-19. L'entretien se déroulera

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

entre vous et moi uniquement et vous aurez à répondre à quelques questions. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Avantages et inconvénients liés à votre participation :

Si vous accepter de participer, il n'y aura aucune conséquence négative directe (physique, psychologique, professionnelle, sociale, économique, politique ou autre).

Les *avantages* de la participation au projet sont les suivants :

- La possibilité de réfléchir sur la maternité, la santé maternelle, l'accouchement.
- Un sentiment d'être entendu et pris en considération par la recherche en santé.
- Un sentiment de faire avancer la recherche autour de la profession de sage-femme et autour des soins maternels, spécifiquement au Québec.
- L'opportunité d'aider la recherche visant à améliorer l'offre de soins et services de santé maternelle au Québec.
- Vous recevrez une copie du projet de thèse terminé.

Les *inconvénients* de la participation à cette collecte de données pourraient être les suivants :

- De l'énergie et du temps consacré à aider une chercheuse.
- Aborder des sujets sensibles qui peuvent soulever certaines émotions (reliées notamment au vécu de l'accouchement).

Les *risques* associés au projet de recherche :

- Il n'y a pas de risque direct engendré par la participation au projet. Les inconvénients possibles sont mentionnés plus haut.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet est complètement volontaire. Si vous choisissez d'y participer, vous demeurez libre de quitter la recherche en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à vous justifier d'une quelconque raison. Si vous choisissez de vous retirer, vous aurez également l'option de retirer toutes vos données de l'étude.

Confidentialité :

Tout ce que vous direz et ferez lors de cette période d'observation demeurera confidentiel et personne n'aura accès aux notes prises par la chercheuse à l'exception des membres de l'équipe de recherche, qui auront chacun signé un formulaire de confidentialité.

Dans l'éventualité où il y a des informations que vous ne souhaitez pas divulguer de façon publique, vous pourrez m'en informer et l'information demeurera confidentielle.

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un code;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et... (*ex : les enregistrements*), sera conservé dans un classeur sous clé;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par un mot de passe;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participant.e.s ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participant.e.s ne seront jamais communiqués;

Après la fin de la recherche :

- Les documents et les données seront conservées pour une durée indéterminée après la fin de la collecte des données. Toutefois, seules les données dénominalisées (anonymes) seront conservées pour une durée indéterminée. Les documents papier permettant d'identifier les participant.e.s pour pouvoir les contacter au besoin seront détruits un an et demi après la fin de la collecte des données, soit simplement pendant la durée raisonnable pendant laquelle je serai en rédaction finale de la thèse.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Plainte ou critique :

Toute plainte ou critique pourra être faite en téléphonant à l'investigateur principal (XXXX) ou encore directement au **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** :

Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387
Télec. : 613-562-5338
ethique@uottawa.ca

Intérêt à participer ?

Si vous êtes intéressé.e à participer à l'étude, vous pouvez me contacter directement sur mon cellulaire au (XXXX) ou encore sur mon courriel au (XXXX).

Au plaisir!
Maude

CONSENTEMENT DU/DE LA PARTICIPANT.E

Je _____,

Consens librement de participer à la recherche *Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec : perceptions des mères et des pères* dans les conditions énoncées ci-haut.

_____ (Signature du/de la participant.e)

_____ (Date AAAA-MM-JJ)

Je consens à ce que l'entretien soit par moments enregistré (audio) Oui Non

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au/à la participant.e. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du/de la participant.e.

Signature de la chercheuse

Date

Merci beaucoup pour votre participation et pour votre temps.

3. Entretiens semi-dirigés avec responsables de la formation sage-femme



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche (directeur de thèse) : Dr. Sanni Yaya

Professeur Titulaire
Développement international et mondialisation
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa sanni.yaya@uOttawa.ca
613.562.5800 (poste : 1940)

Présentation de la chercheuse :

Mon nom est Maude, je suis Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. J'étudie la santé publique avec un intérêt particulier pour la santé des femmes et des mères. Mon intérêt pour cette recherche est la place de la profession de sage-femme dans le système de santé québécois.

Je m'intéresse particulièrement au point de vue des parents ayant déjà eu un bébé concernant l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme, ainsi qu'à l'univers de pratique de la sage-femme. Pour ce faire, j'ai besoin de comprendre les conditions structurelles de la formation de sage-femme, pour comprendre davantage les diverses influences agissant sur la perception de l'offre de services de sage-femme.

Nature et objectifs de la recherche:

L'objectif de l'étude est d'identifier les facteurs qui influencent l'utilisation de services d'une sage-femme au Québec. Pour ce faire, cette étude explore les points de vue des parents de la ville de Québec par rapport à l'utilisation – ou non – des services d'une sage-femme. La question de recherche balisant cette étude est la suivante : *quel est le point de vue des parents de la ville de Québec quant à leur utilisation ou non des services d'une sage-femme ?* Même si je me concentre principalement sur le point de vue des parents pour répondre à cette question, j'aimerais également comprendre le contexte de la formation de la profession de sage-femme, afin de comprendre davantage les facteurs qui influencent l'offre de services de sage-femme (nombre de sages-femmes formées, contexte du programme de formation à Trois-Rivières). Pour cela, j'aimerais recruter

Étude exploratoire de l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme dans la région de Québec : facteurs influençant les trajectoires de soins

quelques personnes responsables de quelques aspects de la formation de sage-femme (soit des membres de l'OSFQ ou des administrateurs de la formation à Trois-Rivières).

Conditions de participation :

Si vous décidez de participer, nous collaborerons ensemble et je réaliserai un entretien avec vous. L'heure, le moment et l'endroit pourra être déterminé entre vous et moi. L'entretien pourra se dérouler de façon virtuelle (Zoom) en fonction de la situation covid-19. La durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes.

Avantages et inconvénients liés à votre participation :

Si vous acceptez de participer, il n'y aura aucune conséquence négative directe (physique, psychologique, professionnelle, sociale, économique, politique ou autre).

Les *avantages* de la participation au projet sont les suivants :

- La possibilité de réfléchir sur votre pratique professionnelle, sur la maternité, la santé maternelle.
- Un sentiment d'être entendu et pris en considération par la recherche en santé.
- Un sentiment de faire avancer la recherche autour de la profession de sage-femme et autour des soins maternels, spécifiquement au Québec
- Vous recevrez une copie du projet de thèse terminé.

Les *inconvénients* de la participation à cette collecte de données pourraient être les suivants :

- De l'énergie et du temps consacré à aider une chercheuse ;
- Puisqu'il n'y a qu'un seul programme de formation de sage-femme au Québec et puisque les responsables de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) se connaissent entre elles/eux, il est difficile d'extraire la possibilité que les rôles et expertises de certain.e.s participant.e.s responsables de la formation sage-femme (professeurs, membres de l'administration et responsables de l'OSFQ) puissent être reconnus malgré l'anonymat de ces réponses. Pour limiter les inconvénients, les participant.e.s recruté.e.s pour cette section seront avertis du risque potentiel et l'anonymat sera bien entendu respectée. De plus, dans la présentation des résultats, la chercheuse évitera d'identifier les rôles et fonctions des participant.e.s et de les associer aux réponses.

Les *risques* associés au projet de recherche :

- Il n'y a pas de risque direct engendré par la participation au projet. Les inconvénients possibles sont mentionnés plus haut.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet est complètement volontaire. Si vous choisissez d'y participer, vous demeurez libre de quitter la recherche en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à vous justifier d'une quelconque raison. Si vous choisissez de vous retirer, vous aurez également l'option de retirer toutes vos données de l'étude.

Confidentialité :

Tout ce que vous direz et ferez lors de cette période d'observation demeurera confidentiel et personne n'aura accès aux notes prises par la chercheuse à l'exception des membres de l'équipe de recherche, qui auront chacun signé un formulaire de confidentialité.

Dans l'éventualité où il y a des informations que vous ne souhaitez pas divulguer de façon publique, vous pourrez m'en informer et l'information demeurera confidentielle.

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un code;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et... (*ex : les enregistrements*), sera conservé dans un classeur sous clé;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par un mot de passe;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participant.e.s ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;

Après la fin de la recherche :

- Les documents et les données seront conservées pour une durée indéterminée après la fin de la collecte des données. Toutefois, seules les données dénominalisées (anonymes) seront conservées pour une durée indéterminée. Les documents papier permettant d'identifier les participant.e.s pour pouvoir les contacter au besoin seront détruits un an et demi après la fin de la collecte des données, soit simplement pendant la durée raisonnable pendant laquelle je serai en rédaction finale de la thèse.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Plainte ou critique :

Toute plainte ou critique pourra être faite en téléphonant à l'investigateur principal (XXXX) ou encore directement au **Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche** :

Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5
Tél. : 613-562-5387
Télec. : 613-562-5338
ethique@uottawa.ca

Intérêt à participer ?

Si vous êtes intéressé.e à participer à l'étude, vous pouvez me contacter directement sur mon cellulaire au (XXXX) ou encore sur mon courriel au (XXXX).

Au plaisir!
Maude

CONSENTEMENT DU/DE LA PARTICIPANT.E

Je _____,

Consens librement de participer à la recherche *Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec : perceptions des mères et des pères* dans les conditions énoncées ci-haut.

_____ (Signature du/de la participant.e)

_____ (Date AAAA-MM-JJ)

Je consens à ce que l'entretien soit par moments enregistré (audio) Oui Non

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au/à la participant.e. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du/de la participant.e.

Signature de la chercheuse

Date

Merci beaucoup pour votre participation et pour votre temps.

Annexe G : Formulaire d'engagement à la confidentialité



TITRE DU PROJET

Facteurs influençant l'utilisation et la non-utilisation des services d'une sage-femme au Québec

Chercheuse principale : Maude Vézina, M.S.c, Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Directeur de recherche : Dr. Sanni Yaya

Engagement à la confidentialité :

Moi _____ (Nom du partenaire),

Je m'engage à ne pas divulguer les informations recueillies au cours de cette recherche, à l'exception des chercheurs participants déjà à la recherche. Je m'engage aussi à ce que tous les documents reliés à la recherche (que ce soit sous format papier, électronique ou autre) soient conservés sous clé dans le bureau du directeur de recherche (endroit exact à valider).

_____ (Signature du partenaire)

_____ (Date AAAA-MM-JJ)

Annexe H : Classification des participant.e.s**Tableau 8 : Classification des participant.e.s**

Pseudonymes des participant.e.s	Suivis avec S-F	Suivis avec autre.s professionnel.le.s	Durée de l'entretien
Mères (12 suivis sage-femme / 6 suivis autres)			
MA1		X	0 :47 :01
MS2	X		2 :00 :55
MS3	X		1 :18 :33
MS4	X		2 :03 :14
MA5		X	1 :14 :13
MA6		X	0 :49 :24
MA7		X	1 :29 :38
MS8	X		1 :18 :02
MA9		X	1 :59 :34
MS10	X		1 :23 :30
MS11	X		1 :39 :44
MS12	X		1 :17 :38
MS13	X		1 :38 :45
MA14		X	1 :28 :54
MS15	X		1 :32 :39
MS16	X		1 :13 :28
MS17	X		1 :53 :04
MS18	X		1 :04 :21
Pères (4 suivis sage-femme / 3 suivis autres)			
PS1	X		1 :07 :36
PA2		X	0 :56 :37
PS3	X		0 :52 :39
PS4	X		1 :29 :28
PS5	X		2 :03 :25
PA6		X	0 :57 :44
PA7		X	
Membres administratifs			
Pseudonymes des membres	Domaine de la formation de sages-femmes	Domaine de la représentation de la profession	Durée de l'entretien
R2	X		0 :54 :14
R1		X	1 :24 :41
27 participant.e.s / durée moyenne des entretiens : 1 :22 :58			

Annexe I : Détails des suivis de grossesse chez les participant.e.s**Tableau 9 : Détails des suivis de grossesse chez les participant.e.s**

Pseudonyme	Suivi sage-femme	Suivi médical [précisions]
Mères		
MA1		IPSPL -> Médecin de famille (spécialisé suivis de grossesse) -> gynécologue
MS2	X	
MS3	X	
MS4	X	
MA5		Médecin de famille (spécialisé suivis de grossesse) -> gynécologue
MA6		Médecin de famille -> gynécologue
MA7		Médecin de famille (trop débordée) -> IPSPL -> gynécologue
MS8	X	
MA9		Gynécologue/obstétricien.ne
MS10	X	
MS11	X	
MS12	X	
MS13	X	
MA14		Gynécologue/obstétricien.ne
MS15	X	
MS16	X	
MS17	X	
MS18	X	
Pères		
PS1	X	
PA2		Médecin de famille -> gynécologue
PS3	X	
PS4	X	
PS5	X	
PA6		Gynécologue/obstétricien.ne
PA7		Gynécologue/obstétricien.ne