

REMERCIEMENTS

Ce projet a été financé par le Fonds de partenariat d'immunisation de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles de l'ASPC.

Pour citer la synthèse des preuves :

Mattison, C. A., Bourret, K. M. Synthèse des preuves : considérations pour l'intégration des sages-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination dans les systèmes de santé au Canada. Mars 2023. Association canadienne des sages-femmes, Montréal, Québec.

Merci

Nous remercions infiniment toutes les sages-femmes qui ont participé aux entretiens avec les responsables des connaissances dans le cadre de ce projet. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous transmettre vos histoires et vos expériences en lien avec les soins prodigués par les sages-femmes pendant la pandémie de COVID-19. Vos voix ont permis d'alimenter les résultats de cette synthèse des preuves.

CONTENU

REMERCIEMENTS	1
MISE EN CONTEXTE	1
LES SAGES-FEMMES ET LES VACCINS	2
LA RÉTICENCE À LA VACCINATION	2
OBJECTIFS	1
APPROCHE	3
SYNTHÈSE DES DONNÉES DE RECHERCHE	3
REVUE PAR AUTORITÉ	3
ENTRETIENS AVEC DES INFORMATRICES ET INFORMATEURS CLÉS	4
RÉSULTATS	6
INTERSECTIONS DE POUVOIR ET DE PRIVILÈGE	6
SAGES-FEMMES ET FACTEURS INDIVIDUELS	8
ASSOCIATIONS DE SAGES-FEMMES	11
SYSTÈME EXTERNE	12
FORCES EXTERNES	20
CHANGEMENT LE PLUS SIGNIFICATIF	21
CONCLUSIONS	23
RÉFÉRENCES	24
ANNEXE A	27

Les sages-femmes et les vaccins

L'administration de vaccins par les sages-femmes dépend de la réglementation de la région donnée, qui varie selon les lieux au Canada et dans le monde. Une revue de la documentation a suggéré que beaucoup de pays n'ont pas de lignes directrices claires sur la vaccination par les sages-femmes, ce qui entraîne une confusion autour du champ d'exercice³. Au Canada, par exemple, le champ d'exercice des sages-femmes de la Colombie-Britannique comprend la prescription et/ou l'administration de vaccins prénataux comme le vaccin antigrippal saisonnier et le vaccin dcaT (la diphtérie, la coqueluche et le tétanos); de vaccins postnataux comme celui contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et contre la varicelle; l'administration d'immunoglobulines contre l'hépatite B; et le vaccin contre l'hépatite B⁴. Il est important de noter qu'il existe une grande variabilité au niveau des vaccins offerts par les sages-femmes, et que des discussions sont en cours sur leur rôle de vaccinatrices dans les systèmes de santé⁴.

Dans le cadre d'un précédent projet financé par le Fonds de partenariat d'immunisation de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), un cours en ligne bilingue d'une heure, en libre accès, a été créé pour fournir aux sages-femmes exerçant au Canada des renseignements fondés sur la science au sujet des vaccins et de l'immunisation pendant la grossesse et la période postpartum. Le cours en ligne [Communiquer l'information sur la vaccination : un cours à l'intention des sages-femmes](#) fournit les outils nécessaires pour favoriser des choix éclairés par la discussion au sujet de l'immunisation et des vaccins, sachant que l'acceptation de la vaccination et le taux de vaccination augmentent lorsque les professionnel-le-s de la santé parlent du rôle de l'immunisation pendant la période prénatale. Les objectifs du cours sont les suivants :

- Mettre en contexte et expliquer le rôle des sages-femmes en matière de sensibilisation à la vaccination et de programmes de vaccination;
- Structurer des discussions adaptées et fondées sur des preuves afin de favoriser des choix éclairés;
- Offrir des ressources permettant de répondre aux préoccupations et aux questions fréquentes de la clientèle au sujet de l'immunisation et des vaccins; et
- Intégrer les normes de pratique exemplaire à la prise en charge clinique de la vaccination par les sages-femmes⁵.

La réticence à la vaccination

Les causes de la réticence à la vaccination sont multiples : manque de confiance dans l'efficacité et la sécurité des vaccins, dans les systèmes de prestation des services de vaccination et dans les motivations profondes des personnes qui mettent en place les politiques de vaccination⁶. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière de nombreuses inégalités systémiques sur le plan du risque d'infection, de l'accès aux vaccins contre la COVID-19 et de l'accès aux mesures de soutien social et en santé. Par exemple, les populations racisées au Canada étaient exposées à un risque accru d'infection à la COVID-19 et ont connu des taux de mortalité élevés et des taux de vaccination plus faibles⁷. Les recherches menées au cours des premiers mois de disponibilité du vaccin contre la COVID-19 montrent que certains groupes au Canada étaient plus susceptibles de présenter une réticence à l'égard du vaccin contre la COVID-19⁶. Il s'agit notamment des Canadiennes et Canadiens noir-e-s, des peuples autochtones, des nouveaux arrivants et nouvelles arrivantes et des jeunes adultes⁶. Bon nombre de ces groupes étaient également plus susceptibles de rencontrer d'autres obstacles sociaux et structurels à l'accès aux vaccins⁶.

Pour ce qui est des sages-femmes et de la vaccination, certaines études suggèrent que les personnes qui n'ont pas eu de relation de confiance avec des professionnel-le-s de la santé pourraient avoir une plus grande confiance dans les sages-femmes, du fait de l'association de la profession au mouvement de l'accouchement naturel et de la santé intégrative de manière plus générale⁸. De récentes études commandées par l'ASPC ont indiqué que les sages-femmes peuvent rencontrer davantage de personnes réticentes à la vaccination que d'autres professionnel-le-s de la santé⁹. Comme elles établissent des relations de confiance avec les familles et les communautés, les sages-femmes apportent une contribution unique aux soins de proximité, ce qui les rend particulièrement aptes à fournir de l'information sur la vaccination et à sensibiliser les gens à ce sujet.

OBJECTIFS

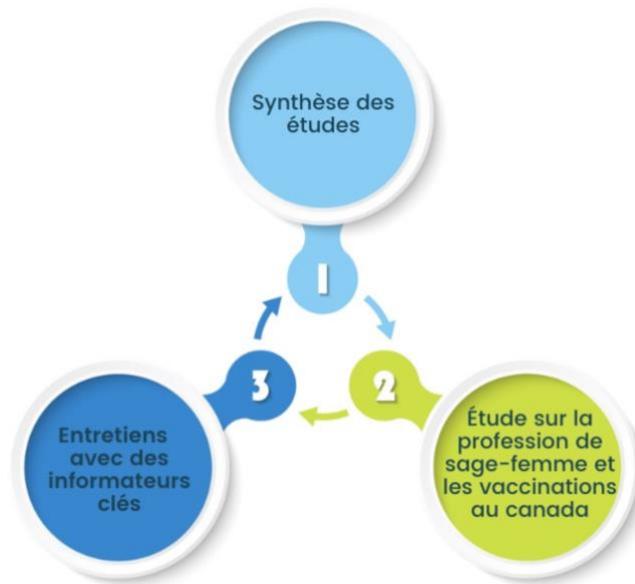
Il s'agit du troisième projet de l'ACSF financé par le Fonds de partenariat d'immunisation de l'ASPC. Son objectif principal est de favoriser la vaccination complète (4 doses) contre la COVID-19, surtout chez les personnes enceintes et les populations difficiles à joindre. Le gouvernement du Canada recommande la vaccination contre la COVID-19 (vaccin à ARNm contre la COVID-19 et doses de rappel) pendant la grossesse et l'allaitement, ce qui correspond aux résultats de recherche sur l'innocuité et l'efficacité du vaccin contre la COVID-19 pendant la grossesse^{10, 11}. On a observé que la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse réduisait la gravité de l'infection et le risque d'hospitalisation, y compris chez les nourrissons de moins de six mois^{10, 12}.

Les objectifs du projet sont les suivants :

- 1) Renforcer les capacités des professionnel·le·s de la santé en tant que vaccinateurs et promoteurs de la vaccination en leur offrant des outils fondés sur des données probantes sur l'importance des vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins;
- 2) Favoriser les activités d'éducation, de promotion et de sensibilisation liées à la COVID-19 dans la collectivité en produisant des informations adaptées et factuelles pour les personnes enceintes et en encourageant les mécanismes et initiatives qui réduisent et suppriment les obstacles à la vaccination; et
- 3) Renforcer les capacités de communication factuelle sur la vaccination en aidant les associations de sages-femmes au Canada à élaborer des stratégies de communication et de mobilisation de la population, et ce, afin de favoriser un dialogue sur les vaccins fondé sur des données probantes.

La présente synthèse des preuves entre dans le premier et le troisième objectif et constitue une ressource factuelle pour les professionnel·le·s de la santé, les associations de sages-femmes et les décideurs du système de santé qui vient préciser le rôle de vaccinatrices des sages-femmes dans les systèmes de santé canadiens. La synthèse des preuves est également un outil contribuant aux objectifs 2 (communautés de pratique) et 3 (élaboration de stratégies de communication par les associations de sages-femmes) du projet.

Elle a pour objectif de comprendre les obstacles qui entravent et les facteurs qui facilitent l'intégration des sages-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination dans les systèmes de santé au Canada (voir la figure 2 pour les sources d'éléments probants). Nous avons d'abord passé en revue la littérature évaluée par les pairs afin d'examiner le rôle des sages-femmes dans la vaccination, puis nous nous sommes attardées sur la littérature relative à la vaccination contre la COVID-19. Ensuite, nous avons réalisé une étude pancanadienne afin de comprendre l'état actuel de la profession de sage-femme sur le plan de la vaccination. Enfin, nous avons réalisé des entretiens avec des sages-femmes et d'autres intervenant·e·s du système de santé canadien afin d'ancrer les résultats dans la pratique, les valeurs, les besoins et les préférences du milieu. Lorsque cela était possible, nous avons activement recherché la participation et l'inclusion des sages-femmes racisées et autochtones.



APPROCHE

Synthèse des données de recherche

En octobre 2022, nous avons consulté les trois bases de données suivantes afin de repérer les données de recherche pertinentes (revues systématiques et études originales) : [MEDLINE](#) (base bibliographique de la National Library of Medicine des États-Unis); [Cochrane Library](#) (base de données probantes de haute qualité sur la santé); et [Health Systems Evidence](#) (base de données probantes sur les systèmes de santé). Nous avons effectué des recherches générales avec les mots-clés « midwi* » ET « vaccin* » dans Health Systems Evidence et Cochrane Library. Dans MEDLINE, nous avons affiné les recherches en utilisant des termes Medical Subject Headings (MeSH) et des mots-clés (en anglais) basés sur les concepts suivants : pratique sage-femme et vaccination. L'inclusion des résultats des recherches a été évaluée par deux membres de l'équipe de recherche. Les articles portant sur le rôle des sages-femmes en matière de vaccination ont été retenus.

Pour chaque article inclus dans la synthèse des preuves, nous avons documenté le type d'étude et tout constat lié aux dispositions réglementaires; aux aspects de gouvernance; aux aspects financiers; aux modes d'administration des vaccins; aux facteurs externes; et aux intersections de pouvoir et de privilège qui sous-tendent les faits (figure 3).

Revue par autorité

Nous avons passé en revue les ressources accessibles au public entre septembre et décembre 2022 afin d'obtenir une meilleure idée de la profession de sage-femme et de la vaccination dans les systèmes de santé du pays. La recherche sur les sites Web s'est penchée sur les aspects suivants :

- 1) Sites Web d'organisations nationales (p. ex. gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et Conseil canadien des ordres de sages-femmes);
- 2) Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et conseils autochtones de la santé;
- 3) Associations provinciales et territoriales de sages-femmes et NACM;
- 4) Lois et règlements provinciaux et territoriaux et des conseils autochtones de santé; et
- 5) Recherches ciblées sur Internet dans les médias (p. ex. articles et communiqués de presse).

Nous avons défini les autorités de deux façons : 1) les divers organismes de réglementation des sages-femmes au Canada; et 2) les diverses structures de gouvernance et territoires autochtones et la façon dont les soins de sages-femmes se situent dans ces systèmes autochtones. Nous reconnaissons que cette deuxième façon de recueillir et d'analyser les données est nouvelle pour nous, en tant que responsables des connaissances, et qu'elle sera donc probablement adaptée et modifiée au fil du temps et de notre compréhension des modes de gouvernance autochtone et de la façon dont la pratique sage-femme est considérée dans ces contextes. Il est important de noter que dans beaucoup de communautés autochtones, la pratique sage-femme est régie par la communauté et qu'il existe donc de nombreuses variations et nuances au sein même de ces catégories. Les instances qui réglementent la profession de sage-femme sont la Colombie-Britannique; l'Alberta; le Yukon; les Territoires du Nord-Ouest; la Saskatchewan; le Manitoba; l'Ontario; le Québec; la Nouvelle-Écosse; le Nouveau-Brunswick; Terre-Neuve-et-Labrador; et l'Île-du-Prince-Édouard. Les structures de gouvernance et les systèmes autochtones où travaillent des sages-femmes autochtones et sur lesquels nous avons cherché à obtenir

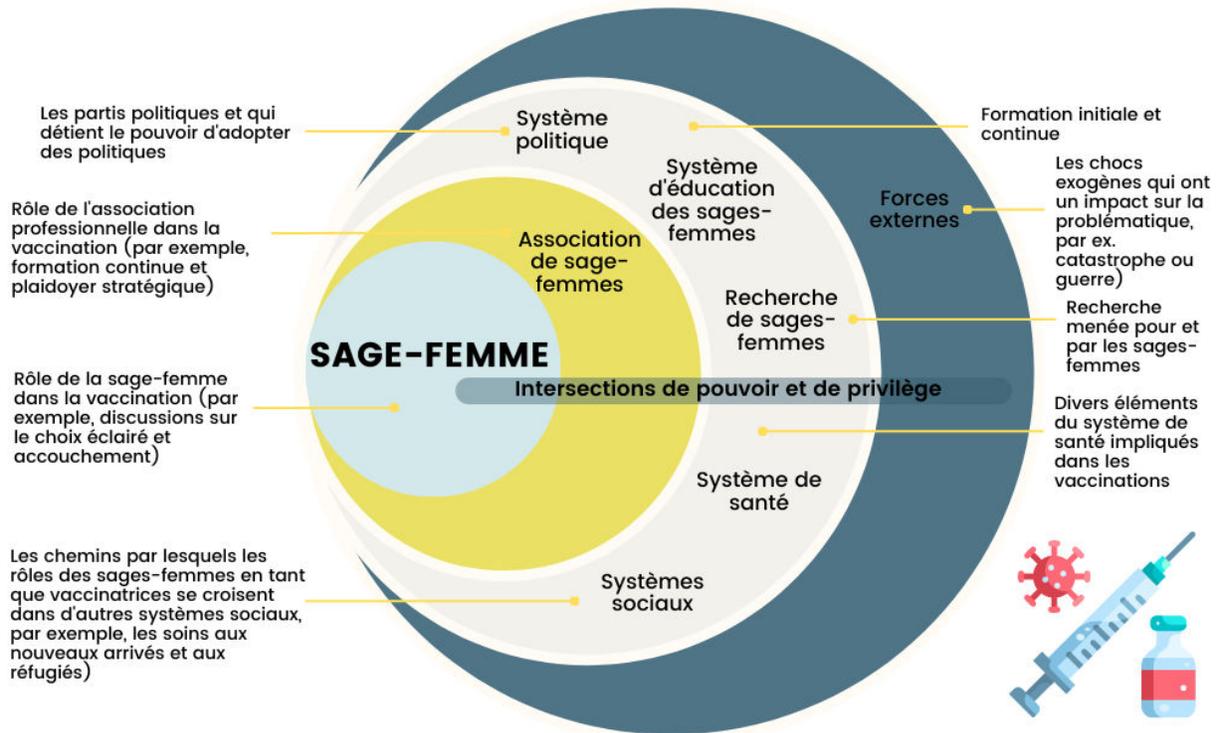
des informations sont les suivants : Nunavut (régions de Kivalliq et Kitikmeot); Nunavik; Innus du Labrador; communautés d'Eeyou Istchee (territoires cris dans ce que nous appelons le Québec); et programmes de sages-femmes autochtones de l'Ontario et leurs communautés (Tsi Nón:we Ionnakerátstha, sur le territoire des Six Nations de la rivière Grand, et Seventh Generation Midwives de Toronto). L'annexe A présente les résultats complets de l'analyse par autorité.

Entretiens avec des informatrices et informateurs clés

Entre septembre et décembre 2022, nous avons réalisé des entretiens informels semi-structurés avec des informatrices et informateurs clés de partout au pays afin de mieux comprendre les expériences des sages-femmes en matière de vaccination, surtout pendant la pandémie de COVID-19. Nous avons également demandé aux participant-e-s de nous donner leur avis sur les principaux obstacles et éléments facilitateurs rencontrés lors de la mise en place et de l'intégration des sages-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination dans les systèmes de santé canadiens. Au total, nous avons recueilli des données auprès de 39 personnes : sages-femmes, représentantes d'ordres professionnels, dirigeantes d'associations de sages-femmes et décideurs en santé publique.

La figure 3 présente le cadre que nous avons utilisé pour comprendre le rôle des sage-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination. Au centre de l'image se trouvent la sage-femme et le rôle qu'elle joue dans le déroulement de discussions éclairées sur les vaccins et l'immunisation et dans l'administration de vaccins. La couche suivante représente le rôle que peuvent occuper les associations professionnelles de sages-femmes dans la vaccination, en offrant par exemple des possibilités de formation continue et en adoptant une position stratégique (p. ex. énoncés de principe). La couche suivante comprend 1) le système politique : qui (partis politiques) détient le pouvoir décisionnel; 2) le système d'éducation des sages-femmes : formation sur la vaccination et formation des nouvelles sages-femmes; 3) la recherche en pratique sage-femme : études sur la vaccination réalisées par et pour les sages-femmes; 4) le système de santé : les divers éléments du système de santé impliqués dans la vaccination; et 5) les systèmes sociaux : les façons dont les rôles des sages-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination recourent d'autres systèmes sociaux, comme les soins aux personnes nouvellement arrivées au pays et réfugiées. Les forces externes sont des chocs extérieurs au rôle des sages-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination qui peuvent avoir un impact inattendu : récession économique, phénomènes météorologiques violents, guerre, etc. Chaque élément est caractérisé par l'intersection du pouvoir et du privilège, sachant que ces facteurs influencent l'accès aux ressources et la manière dont les individus ou groupes sont affectés par le problème.

Figure 3. Cadre illustrant le rôle des sages-femmes en tant que vaccinatrices



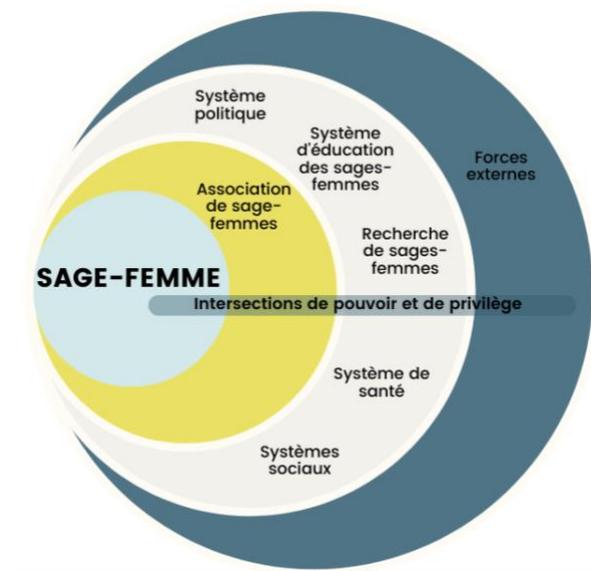
RÉSULTATS

Nos résultats sont présentés en fonction des principaux éléments de notre cadre illustrant le rôle des sages-femmes en tant que vaccinatrices (figure 3). Ils reposent sur 23 articles pertinents évalués par des pairs et issus de nos recherches dans les bases bibliographiques, 39 entretiens avec des informatrices et informateurs clés des systèmes de santé canadiens et un examen des ressources accessibles au public concernant le rôle des sages-femmes en matière de vaccination dans les systèmes de santé canadiens (voir l'annexe A pour les résultats complets de l'analyse par autorité).

Intersections de pouvoir et de privilège

Impacts du racisme et du colonialisme au Canada

Le pouvoir et le privilège recoupent chacun des éléments nécessaires à la compréhension du rôle des sages-femmes en tant que vaccinatrices (la sage-femme en tant qu'individu, le rôle des associations de sages-femmes, le système politique, le système d'éducation, le système de recherche, le système de santé, les systèmes sociaux et les forces externes). Nous amorçons la section des résultats de notre synthèse des preuves en reconnaissant d'abord les effets historiques et actuels du racisme et du colonialisme au Canada. Les antécédents et la situation actuelle de racisme systémique, l'expérimentation médicale et les mauvais traitements dans les soins de santé ont entraîné une méfiance à l'égard des professionnel·le·s de la santé et du système de santé en général, ce qui a un impact sur la vaccination et la considération des recommandations^{13, 14, 15}. Les systèmes d'oppression ont un effet négatif sur la santé.



Des études ont montré que les populations autochtones du Canada présentent un risque disproportionné de subir des effets néfastes de la COVID-19¹⁴. Les effets du racisme envers les Autochtones au niveau individuel (p. ex. refus de traitement dans le système de santé sur la base de l'identité autochtone) et au niveau structurel, par l'héritage politique (p. ex. ségrégation sociale par le système des pensionnats et la rafle des années soixante), sont importants.

De leur côté, les populations noires ont une profonde méfiance à l'égard du système de santé et de la science en raison de nombreux cas d'expérimentation médicale, de traitements sans consentement et de violences¹³. Les traumatismes intergénérationnels qui en découlent et les microagressions et violences subies au quotidien, telles que la coercition et la minimisation¹⁵, sont à l'origine de la réticence actuelle à la vaccination chez les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC)¹³. Pour améliorer le taux de vaccination, il est important que des professionnel·le·s de la santé issu·e·s de ces communautés émettent des recommandations¹⁵.

Impacts du genre sur la profession de sage-femme

Le métier de sage-femme est genré, et cette réalité a un effet sur la division du travail dans les systèmes de santé¹⁶. Par exemple, bon nombre de professionnel-le-s de la santé estimaient qu'au-delà de la dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance, les discussions sur les vaccins relevaient du personnel infirmier en soins primaires et d'autres professionnel-le-s de la santé qui s'occupent des femmes et des enfants après l'accouchement¹⁷. Pendant la pandémie de COVID-19, les sages-femmes ont été considérablement marginalisées par rapport à leurs collègues professionnel-le-s de la santé. Elles ont manqué de soutien financier, de reconnaissance en tant que travailleuses de première ligne et d'un accès à de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) essentiel à leur travail, et elles ont peiné à prendre des congés après une exposition à la COVID-19¹⁶. Les métiers de la santé qui sont genrés, comme la profession de sage-femme, affichent des taux plus élevés de précarité d'emploi, de marginalisation, de dévalorisation et de mauvais traitements¹⁶. La pandémie de COVID-19 a accentué ces inégalités et a mis en évidence le manque de reconnaissance et de soutien dont souffre la profession de sage-femme par rapport à d'autres professions de santé¹⁶.

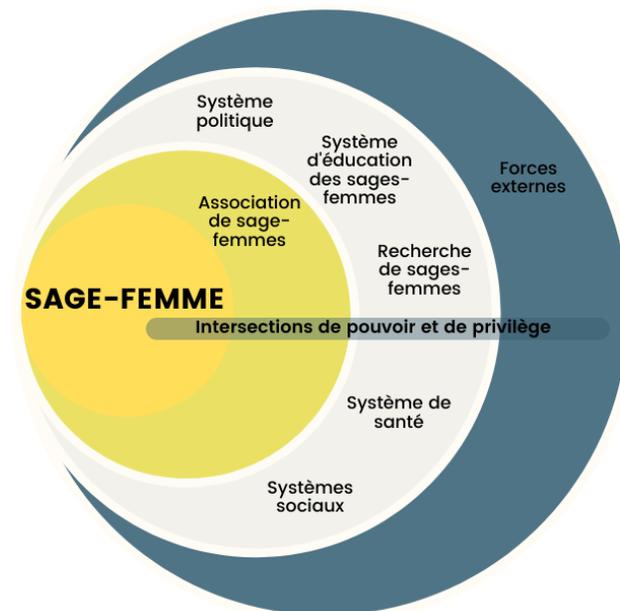
« Les soins de maternité et les questions de santé des femmes sont sérieusement dévalorisés. Une sage-femme a qualifié la situation d'« exemple le plus dégoûtant de misogynie ». Beaucoup de sages-femmes ont exprimé le souhait que les autres professions de la santé et les dirigeants reconnaissent leur valeur en tant que professionnelles de la santé¹⁶ ».

Le thème de l'accès à l'ÉPI essentiel pendant la pandémie est revenu souvent dans les réponses. Lors des premières vagues de la pandémie, lorsque la distribution d'ÉPI était limitée, beaucoup de sages-femmes ont reçu moins d'équipement que ce dont elles avaient besoin, et elles n'y ont eu accès que pour les accouchements à domicile¹⁶. Les sages-femmes ont donc dû trouver leur propre ÉPI, à leurs frais¹⁶. Les sages-femmes ont aussi été exclues de l'aide financière devant permettre aux professionnel-le-s de la santé de mettre en place des mesures de sécurité dans leur clinique¹⁶. Enfin, bien que la COVID-19 ait été classée comme un risque professionnel potentiel pour le personnel infirmier, ce qui aurait dû permettre l'accès à une couverture en cas d'exposition à la COVID-19, les sages-femmes ont indiqué avoir eu de la difficulté à utiliser ce processus pour bénéficier de prestations de maladie, malgré une exposition au virus¹⁶.

Sages-femmes et facteurs individuels

Dans toute la littérature, les sages-femmes étaient présentées comme une « solution » pour améliorer le taux de vaccination^{3,18}. Cependant, très peu d'articles abordaient la tension que cela crée, car il revient aux sages-femmes de trouver un équilibre entre leur philosophie du choix éclairé et les programmes de promotion des vaccins de la santé publique^{4,17,19,20}. Lorsqu'elles prodiguent des soins, et en particulier lorsqu'elles discutent de la vaccination, les sages-femmes ont comme priorité l'autonomie corporelle et le choix éclairé de leur clientèle^{4,20}. Cependant, l'objectif de la promotion des vaccins pourrait entraîner les personnes clientes à se faire vacciner²¹ plutôt qu'à faire un choix éclairé pour elles-mêmes. Les sages-femmes qui poussent la vaccination pourraient également mettre en péril la relation thérapeutique qu'elles entretiennent avec la personne⁴.

Lors des entretiens avec des informatrices et informateurs clés, les sages-femmes ont souligné l'importance de comprendre l'héritage du colonialisme et du racisme pour leur clientèle PANDC (p. ex. les impacts des stérilisations forcées). Une particularité importante des discussions qu'ont les sages-femmes avec leur clientèle pour favoriser des choix éclairés : l'approche tenant compte des traumatismes, une couche supplémentaire qui s'ajoute à ces discussions. Les sages-femmes nous ont donné des exemples de relations de confiance établies avec leur clientèle et la communauté grâce aux soins tenant compte des traumatismes, qui encouragent la clientèle à recourir à des soins médicaux lorsque nécessaire. Également, beaucoup de sages-femmes ont indiqué aider leur clientèle à naviguer dans le système. Les sages-femmes ont mentionné avoir servi d'intermédiaire pour leur clientèle, lors des confinements de la COVID-19, entre les différents services sociaux et de santé afin de répondre aux besoins : coordination des soins avec la santé publique, coordination avec les services sociaux comme l'aide au logement, services d'interprétation et de traduction, etc.



De façon constante dans la littérature, il a été démontré que les sages-femmes fournissaient des soins individualisés et axés sur la personne et permettaient un choix éclairé lorsqu'il s'agissait de discuter de vaccination et de fournir de l'information à ce sujet^{3,19,20,22,23}. Elles considéraient que leur rôle consistait à fournir de l'information factuelle et détaillée, notamment sur les bénéfices, les risques et les autres options³, et voyaient souvent cette approche comme plus importante que la décision elle-même¹⁹. La décision d'une personne cliente était influencée par une recommandation explicite ou par l'absence de recommandation, ainsi que par son niveau de confiance à l'égard de sa sage-femme^{15,24,22}.

Les valeurs à la base du choix éclairé et le droit des personnes clientes de prendre leurs propres décisions de santé n'étaient pas toujours représentés dans la grande communauté des professionnel-le-s de la santé¹⁹. L'analyse documentaire fait état d'une préoccupation selon laquelle les sages-femmes seraient soumises à une surveillance accrue de leurs activités, surtout lorsqu'elles ont des discussions

pour favoriser un choix éclairé et lorsqu'elles accompagnent des personnes dans des décisions qui vont à l'encontre des recommandations de santé publique²³. Pour mieux intégrer les compétences des sages-femmes aux soins de santé primaires, il est nécessaire que les autres professionnel-le-s de la santé reconnaissent la capacité des sages-femmes à conseiller efficacement leur clientèle sur la vaccination³.

Nous avons relevé de nombreux exemples de sages-femmes répondant aux besoins individuels de leur clientèle et aux besoins de leur communauté en matière de COVID-19. Dans les régions où les sages-femmes ne pouvaient pas administrer les vaccins contre la COVID-19, nous avons entendu parler des différentes façons dont elles ont coopéré avec la santé publique pour garantir un accès à leur clientèle. Nous avons entendu des exemples de sages-femmes qui ont tiré parti de la confiance accordée par leur communauté pour fournir de l'information vitale sur la COVID-19 (p. ex. collaboration avec les aîné-e-s dans les communautés autochtones et les évêques dans les communautés amish).

Les sages-femmes ont souvent décrit dans leur entretien un sentiment de devoir répondre à la crise de la COVID-19 et un désir de participer aux campagnes de vaccination à grande échelle. Elles considéraient que leurs compétences en tant que professionnelles de la santé qualifiées étaient particulièrement utiles pour l'administration des vaccins. Nous avons entendu un grand nombre d'histoires aux deux extrêmes – autant des sages-femmes dont la participation aux campagnes de vaccination a été refusée dans leur région que des sages-femmes qui ont été intégrées aux efforts de vaccination contre la COVID-19 et appréciées pour leur contribution. Dans les régions où les sages-femmes ont pris part aux efforts, les témoignages positifs sur leur excellence clinique dans ce rôle ont été nombreux. Parmi les exemples, citons leurs évaluations favorables par les patient-e-s lors des campagnes de vaccination des hôpitaux et leur aptitude à vacciner les populations pédiatriques.

En recherchant des ressources accessibles au public, nous avons trouvé beaucoup d'exemples illustrant la façon dont les sages-femmes ont répondu aux besoins de leur communauté en matière de vaccination contre la COVID-19 (figure 4). Seventh Generation Midwives, de Toronto, a créé un programme de vaccination à domicile pour les personnes autochtones, les personnes avec qui elles sont en contact étroit et les membres de leur foyer. À l'été 2021, un pow-wow a été organisé à l'Université de Toronto pour encourager les Premières Nations, les Inuit-e-s et les Métis-e-s à se faire vacciner dans un cadre adapté à leur culture. Seventh Generation Midwives Toronto a participé à la vaccination.

Figure 4. Exemples accessibles au public de sages-femmes administrant les vaccins contre la COVID-19

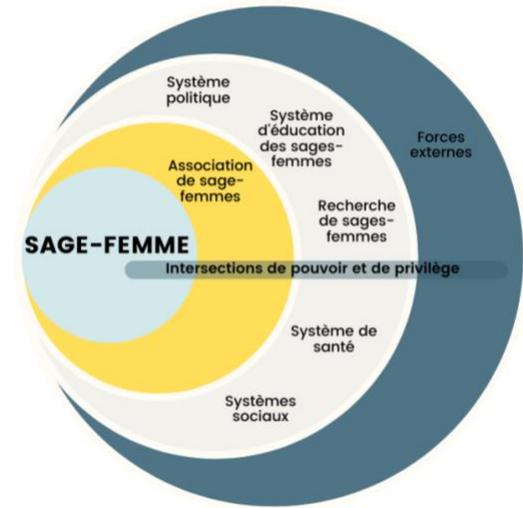


Associations de sages-femmes

Même si la littérature évaluée par les pairs ne contenait pas de données sur le rôle des associations de sages-femmes dans la vaccination, les données provenant des entretiens avec des informatrices et informateurs clés et les revues par autorité ont permis de dégager plusieurs éléments. Nous avons trouvé plusieurs exemples d'associations canadiennes de sages-femmes ayant joué un important rôle d'éducation pendant la pandémie en synthétisant l'information et en offrant du soutien à leurs membres.

Le plaidoyer stratégique est une importante fonction des associations de sages-femmes, qui font preuve d'un leadership fort et s'engagent dans le dialogue politique et la prise de décisions en santé publique²⁵. Nous avons trouvé beaucoup d'exemples d'associations canadiennes de sages-femmes qui, pendant la pandémie, ont revendiqué la mise en place d'un environnement de travail sécuritaire et adapté pour leurs membres. Quelques exemples de leurs revendications stratégiques :

- la fourniture d'ÉPI essentiel pour le travail;
- la promotion des accouchements à la maison comme option plus sécuritaire pour la clientèle des sages-femmes; et
- la reconnaissance des sages-femmes en tant que travailleuses essentielles de première ligne, ce qui inclut l'admissibilité aux mesures incitatives gouvernementales pour les travailleuses essentielles et travailleurs essentiels de la santé.



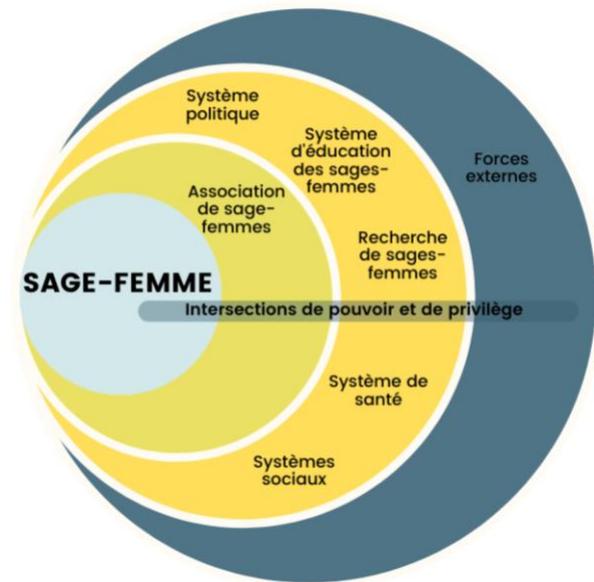
Les associations de sages-femmes considèrent que la lutte à l'épuisement professionnel et aux maladies chroniques est une priorité pour l'effectif de sages-femmes. Ces enjeux ne sont pas nouveaux pour la profession, mais ils ont été exacerbés pendant la pandémie^{26, 27}. Pour les associations, il est urgent de comprendre et de régler les impacts du racisme et du colonialisme sur l'épuisement professionnel et les maladies chroniques.

Quant aux entraves au rôle des associations de sages-femmes entourant la vaccination, nous avons constaté que dans les régions où les sages-femmes n'étaient pas obligées d'en devenir membre, les associations de sages-femmes étaient limitées dans leurs efforts de défense des intérêts en raison du manque de cohésion et d'information de leurs membres. Certaines associations ont également dû gérer la réticence à l'égard de la vaccination de certaines de leurs membres. Elles ont dû se pencher sur des questions relatives aux sages-femmes non vaccinées et à la vaccination obligatoire dans les hôpitaux, y compris les politiques en matière de congés et de licenciement.

Système externe

Système politique

Bien que nous n'ayons pas relevé de thèmes liés aux systèmes politiques dans la littérature évaluée par les pairs, il est pertinent de comprendre qui détient le pouvoir de prendre des décisions en lien avec la lutte à la COVID-19, de même que les impacts des politiques de santé passées et actuelles sur les rôles des sages-femmes en tant que vaccinatrices. Le système politique croise le pouvoir et le privilège, car l'héritage politique a renforcé le racisme systémique, et les cas récents de mauvais traitements dans les soins de santé ont entraîné une méfiance à l'égard des professionnel-le-s de la santé et des décisions du système de santé de manière plus générale. La méfiance à l'égard des partis politiques au pouvoir et de leurs décisions pendant la pandémie a été liée aux mouvements de désinformation sur les vaccins et a eu une incidence sur le taux de vaccination et le respect des recommandations de santé publique^{13, 14, 15}. Un rapport récent publié par le Conseil des académies canadiennes estime que la désinformation entourant la COVID-19 au Canada aurait été associée à 2 800 décès et aurait coûté 300 millions de dollars en coût d'hospitalisation sur une période de neuf mois de pandémie²⁸.



Lors des entretiens avec des informatrices et informateurs clés, nous avons appris que les sages-femmes du Canada n'étaient le plus souvent pas reconnues par les décideurs de la santé aux niveaux provincial, territorial et local comme des professionnelles de santé de première ligne essentielles. Cet obstacle est probablement lié à l'héritage politique fédéral : dans la classification des professions du Conseil du Trésor du Canada, les sages-femmes ne sont pas reconnues comme des professionnelles prodiguant des soins de santé primaires. En raison de cette omission, les sages-femmes ont manqué de ressources essentielles (ÉPI, etc.), n'ont pas reçu d'incitatifs financiers de la part du gouvernement et n'ont pas bénéficié de congés de maladie provisoires. Cette lacune a privé les sages-femmes d'un minimum de soutien pour gérer la prestation de soins de santé primaires essentiels. Nous avons ainsi constaté que la COVID-19 a accentué la précarité de la profession de sage-femme dans toutes les régions du Canada, ce qui a eu pour effet d'amplifier les défis entourant l'épuisement professionnel et la stabilité de la main-d'œuvre.

Système d'éducation des sages-femmes

Le document Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'International Confederation of Midwives présente les connaissances, aptitudes et comportements professionnels minimaux suivants en matière de vaccination :

- prégrossesse et soins prénataux – évaluer le statut vaccinal, fournir des conseils et mettre à jour le statut de manière appropriée; et

- soins continus prodigués aux femmes et aux nouveau-nés – posséder des connaissances liées aux protocoles et lignes directrices pour les immunisations au cours de la petite enfance, et posséder les capacités techniques et les comportements pour administrer les vaccins et effectuer les tests de dépistage comme indiqué²⁹.

Comme mentionné dans l'introduction de la présente synthèse des preuves, dans le cadre d'un précédent projet financé par le Fonds de partenariat d'immunisation de l'ASPC, un cours en ligne bilingue d'une heure, en libre accès, a été créé pour fournir aux sages-femmes exerçant au Canada une formation fondée sur la science au sujet des vaccins et de l'immunisation pendant la grossesse et la période postnatale. Le cours en ligne [Communiquer l'information sur la vaccination : un cours à l'intention des sages-femmes](#) fournit les outils nécessaires pour favoriser des choix éclairés par la discussion au sujet de l'immunisation et des vaccins.

Une étude évaluée par des pairs réalisée en Australie a révélé que les sages-femmes avaient différents niveaux de confiance entourant l'administration de vaccins¹⁹. Deux types de confiance ont été recensés : la confiance à l'égard des vaccins; et la confiance en ses propres capacités d'offrir des conseils sur la vaccination, ses connaissances en la matière et ses compétences en counseling²³. Beaucoup de sages-femmes dans cette étude ont signalé un manque de confiance par rapport au fait de prodiguer des conseils¹⁹ et ne se sentaient pas préparées à répondre aux questions et aux inquiétudes de la clientèle²³.

Nous avons recensé trois études portant sur les endroits vers lesquels les sages-femmes se tournent pour obtenir de l'information et de la formation sur les vaccins^{13, 17, 19}. Les sages-femmes ont déclaré avoir consulté des brochures publiées par les ministères de la Santé et disponibles dans les hôpitaux où elles travaillent, des dépliants de fabricants de vaccins, des manuels d'orientation pour le nouveau personnel ou les diplômés récents, des applications, des sources en ligne, des bulletins publiés par le gouvernement et des infolettres professionnelles^{13, 17, 19}.

Lors de nos entrevues avec des informatrices et informateurs clés, nous avons entendu des exemples positifs d'étudiantes sages-femmes qui se sont impliquées pendant la pandémie de COVID-19 en administrant des vaccins et en travaillant dans les hôpitaux. Pour ce qui est des obstacles à la formation sur l'administration du vaccin contre la COVID-19, de nombreuses régions exigeaient la réussite du [Programme de formation sur les compétences en matière d'immunisation](#) (EPIC) avant de pouvoir procéder. Les sages-femmes ont signalé que des motifs financiers et d'investissement en temps constituaient un frein à l'obtention de la formation nécessaire.

Il est important de souligner la suppression pendant la pandémie du programme d'enseignement de la profession de sage-femme de l'Université Laurentienne, qui était le seul programme bilingue en Ontario. La perte de ce programme a eu des répercussions immédiates sur la prestation de services de sage-femme adaptés à la culture et engendrera une pénurie à long terme de soins de sages-femmes dans les communautés nordiques et éloignées de l'Ontario.

Recherche en pratique sage-femme

Sept des 23 articles pertinents évalués par des pairs (30 %) comportaient des sages-femmes canadiennes dans l'équipe de recherche, et tous ces articles, sauf un, portaient sur le contexte canadien.

- Pringle W, Greyson D, Graham JE, Dube E, Mitchell H, Trottier ME, *et al.* [Suitable but requiring support: How the midwifery model of care offers opportunities to counsel the vaccine hesitant pregnant population](#). *Vaccine*. 2022;40(38):5594-600.
- Bettinger JA, Rubincam C, Greyson D, Weissinger S, Naus M. [Exploring vaccination practices of midwives in British Columbia](#). *Birth*. 2021;48(3):428-37.
- Memmott C, Smith J, Korzuchowski A, Tan H-L, Oveisi N, Hawkins K, *et al.* [‘Forgotten as first line providers’: The experiences of midwives during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada](#). *Midwifery*. 2022;113:103437.
- Pringle W, Greyson D, Graham JE, Berman R, Dube E, Bettinger JA. ["Ultimately, the choice is theirs": Informed choice vaccine conversations and Canadian midwives](#). *Birth*. 2022.
- Mattison C, Bourret K, Hebert E, Leshabari S, Kabeya A, Achiga P, *et al.* [Health systems factors impacting the integration of midwifery: an evidence-informed framework on strengthening midwifery associations](#). *BMJ Global Health*. 2021;6(6):e004850.
- Stoll K, Gallagher J. [A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives](#). *Women and Birth*. 2019;32(4):e441-e9.
- Gilbert NL, Guay M, Kokaua J, Levesque I, Castillo E, Poliquin V. [Pertussis Vaccination in Canadian Pregnant Women, 2018-2019](#). *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(7):762-8.

Système de santé

Gouvernance

La gouvernance du système de santé englobe toute une gamme d'éléments, des lois et règlements à la gouvernance opérationnelle, en passant par les instances dirigeantes sur le terrain, comme les associations de sages-femmes. Notre examen des ressources accessibles au public a révélé que toutes les provinces et tous les territoires du Canada se sont dotés d'une législation autorisant les sages-femmes à administrer des vaccins, y compris celui contre la COVID-19 (tableau 1). Il s'agit soit de législation existante sur les normes de soins de la profession de sage-femme, qui n'est pas précise et permet donc aux sages-femmes d'administrer n'importe quel vaccin; soit de communautés autochtones autonomes où la norme de la profession inclut tous les vaccins; soit d'une législation temporaire plus précise des autorités provinciales ou territoriales autorisant les sages-femmes à administrer les vaccins contre la COVID-19. Parmi les exemples d'ordonnances temporaires, citons l'ordonnance temporaire de la Colombie-Britannique ou l'ordonnance en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* du Manitoba.

Les législations facilitaient l'intégration des sages-femmes en tant que vaccinatrices contre la COVID-19 à divers degrés et de façons différentes. Par exemple, dans certaines régions, la législation permettait aux sages-femmes d'administrer des vaccins contre la COVID-19 si elles avaient reçu une autorisation (Alberta et Ontario et certains groupes de pratique sage-femme autochtone en Ontario). Dans d'autres contextes, les sages-femmes pouvaient administrer des vaccins contre la COVID-19 à leur clientèle (Nouvelle-Écosse) ou aux personnes relevant de leur champ d'exercice (Colombie-Britannique). La majorité des contextes permettaient aux sages-femmes d'administrer les vaccins contre la COVID-19 à toute personne nécessitant le vaccin (Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nunavik, Québec, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest, Saskatchewan, communautés d'Eeyou Istchee, Terre-Neuve-et-Labrador et Colombie-Britannique).

Bien qu'aucune législation n'empêche les sages-femmes d'administrer des vaccins, nous avons constaté que le principal obstacle est le manque de compréhension et d'application de la législation en vigueur.

Si le pouvoir d'administrer un vaccin est largement autorisé et appuyé par la législation, la pharmacopée des sages-femmes varie d'une région à l'autre³. Les informatrices clés sages-femmes ont mentionné de nombreux défis liés à la nature statique de la pharmacopée des sages-femmes, qui les empêche de répondre aux épidémies, aux pandémies et aux besoins individuels des personnes clientes. Exemples des restrictions entourant la pharmacopée des sages-femmes en Ontario : difficultés à demander une électrophorèse de l'hémoglobine ou un test de dépistage du virus Zika, entre autres.

La pratique sage-femme administrée par les communautés Autochtones a su réagir rapidement aux crises sanitaires et, surtout, répondre aux besoins immédiats des communautés pendant la pandémie de COVID-19. Lors de nos entretiens avec les informatrices et informateurs clés, nous avons recueilli des exemples de la gestion de la pratique sage-femme par les communautés autochtones. Le financement de la profession est reçu directement du fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux et sert à financer les soins dans les communautés. Un exemple tiré de nos entretiens concerne les neuf communautés de la Nation crie d'Eeyou Istchee, qui relèvent du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la baie James. Les sages-femmes ont participé à l'administration des vaccins contre la COVID-19 et le taux de vaccination sur le territoire était très élevé, de l'ordre de 95 %. La mise en place de campagnes de vaccination accessibles dans les communautés a fait l'objet de beaucoup de réflexion (p. ex. stations de vaccination à l'extérieur des épiceries). Le respect des aîné·e·s et la considération à leur égard sont également des facteurs qui ont motivé les membres de la communauté à se faire vacciner contre la COVID-19.

Tableau 1. Rôle de vaccinatrices des sages-femmes par autorité

														Systèmes de santé autochtones					
		AB	BC	MA	NB	NL	NS	NT	ON	PE	SK	YT*	QC	SF autoch. ON	Six Nations	Eeyou Istchee	NU	Nunavik	Territoire innu*
Gouvernance de la vaccination	Vaccination des personnes de soutien ou des client-e-s ne faisant pas partie de la norme de soins				✓											✓			
	Vaccins à la clientèle	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Vaccin contre COVID-19	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓		✓			
	Directives médicales ou ordonnances	✓		✓					✓					✓					
Administration des vaccins par les sages-femmes	Vaccination des personnes de soutien ou des client-e-s ne faisant pas partie de la norme de soins				✓														
	Vaccins à la clientèle	✓	✓	✓	✓				✓	INC	✓		✓	✓	INC	✓	✓		
	Vaccin COVID-19 clientèle		✓						✓	INC				✓		✓			
	Vaccin COVID-19 aux personnes de soutien et aux membres de la famille		✓						✓					✓		✓			
	Vaccin COVID-19 – cliniques de vaccination à grande échelle		✓	✓					✓	INC			✓	✓		✓	✓*		
	Ententes avec la santé publique	✓		✓	✓	✓		✓	✓		✓			✓		✓	✓	✓	
Rémunération de la vaccination	Dans le cadre de l'emploi	✓		✓	✓	✓	✓				✓						✓		
	Travail autonome		✓						✓				✓						
	Mode de financement différent ou autochtone								✓					✓	✓	✓		✓	✓
	Vaccination des personnes de soutien ou des client-e-s ne faisant pas partie de la norme de soins				✓														
	Vaccins à la clientèle	✓		✓	✓			✓			✓					✓	✓		
	Vaccin COVID-19 clientèle															✓			
	Vaccin COVID-19 aux personnes de soutien et aux membres de la famille															✓			
	Vaccin COVID-19 – cliniques de vaccination à grande échelle		✓	✓					✓					✓					
Formation continue requise pour l'administration des vaccins contre la COVID-19 ou d'autres vaccins		✓	✓					✓									✓		

INC – inconnu

* Il n'y a actuellement aucun service de sage-femme sur le territoire innu et au Yukon.

Aspects financiers

Les ententes de financement de la profession de sage-femme varient d'une région à l'autre au Canada. La majorité des provinces et territoires règlementent et financent les soins des sages-femmes par le biais du système d'assurance maladie public, mais la structure et le champ d'exercice varient^{3, 4, 14, 16, 20, 23}. Pour ce qui est de l'administration des vaccins contre la COVID-19, les modèles d'emploi des sages-femmes (privé, travailleuse autonome ou salariée) sont un élément important à prendre en compte, car ils ont une incidence sur les ententes financières entourant l'administration des vaccins.

La vaccination des enfants est une intervention efficiente qui permet de protéger les enfants et l'ensemble de la communauté contre les maladies évitables par la vaccination²² et elle relève de la responsabilité des systèmes de santé provinciaux et territoriaux⁴. Le taux de vaccination dépendait quelque peu de la gratuité du vaccin, qui variait selon la province/le territoire et selon le vaccin^{4, 22, 30}. Par exemple, dans les provinces qui offraient gratuitement le vaccin contre la coqueluche, le taux de vaccination était plus élevé que dans les provinces où il était payant³⁰.

Lors des entretiens avec les informatrices et informateurs clés, nous avons constaté que les sages-femmes qui participaient aux campagnes de vaccination à grande échelle étaient très bien rémunérées. Dans les nombreux exemples que nous avons entendus, les sages-femmes travaillaient comme vaccinatrices en dehors de leurs heures de travail. Le fait de travailler pour des campagnes de vaccination à grande échelle a été décrit comme une expérience de service à la communauté valorisante et rémunératrice, en raison des incitatifs monétaires. Les obstacles à la participation des sages-femmes aux campagnes de vaccination à grande échelle étaient liés à la formulation des contrats. Nous avons entendu parler de problèmes de formulation dans quelques régions, où l'on réutilisait des contrats créés pour le personnel infirmier ou les médecins au lieu de créer une version propre aux sages-femmes. Un autre obstacle entendu était propre au système de santé québécois : certaines sages-femmes ont pu se consacrer exclusivement à l'administration de vaccins contre la COVID-19, ce qui a créé des ruptures de service et forcé les cliniques de sages-femmes à tenter de pallier la perte de personnel.

Prestation des services de sages-femmes

Selon la littérature, dans les régions où la profession de sage-femme était plus officialisée et intégrée au système de santé, les sages-femmes bénéficiaient d'un plus grand soutien pour la vaccination²⁰. Si nous voulons encourager le rôle de vaccinatrices des sages-femmes dans les systèmes de santé au Canada, il est essentiel que les sages-femmes participent à la prise de décision afin d'assurer une intégration adéquate³. Par le passé, les sages-femmes ont été tenues à l'écart des décisions politiques concernant les soins de santé primaires. Surtout, elles ont été absentes de la recherche sur les vaccins et de l'administration et de la promotion des vaccins au Canada²³.

La demande pour les sages-femmes est déjà supérieure à leur disponibilité sans ajouter une pression supplémentaire avec d'autres tâches ou engagements nécessitant du temps, comme l'administration de vaccins contre la COVID-19¹⁴. Les sages-femmes et les établissements de santé ont fait état d'un manque de temps^{3, 31} et de personnel pour administrer des vaccins¹⁷. Les sages-femmes ont l'impression que de plus en plus de tâches sont ajoutées aux soins qu'elles doivent prodiguer, sans rémunération supplémentaire ni temps alloué en plus^{3, 19}. Ce temps est passé à l'acquisition et à l'entreposage des vaccins et à la gestion de l'inventaire, sans compter l'allongement de la durée des rendez-vous et les heures supplémentaires pour remplir les dossiers de vaccination et les rapports exigés par les provinces et territoires³.

Lors des entretiens avec des informatrices et informateurs clés, nous avons constaté que pendant la COVID-19, les sages-femmes ont pu se concentrer davantage sur les services dans la collectivité offerts par les groupes de sages-femmes, en maison de naissance ou au domicile de la clientèle, ce qui a permis de réduire leur exposition à l'hôpital et à d'autres environnements à haut risque. Les sages-femmes interrogées ont évoqué l'administration de vaccins contre la COVID-19 dans divers contextes : campagnes à grande échelle, hôpitaux, visites à domicile, communautés accessibles par voie aérienne, communautés (en dehors des installations), maisons de naissance et locaux de leurs cliniques.

La recherche a montré que le fait d'offrir davantage de services de vaccination dans la communauté pouvait favoriser le taux de vaccination, car certaines personnes recherchent les soins d'une sage-femme précisément pour éviter les hôpitaux et les cliniques¹⁴. Les résultats des études ont également montré que la clientèle était plus susceptible de se faire vacciner contre la grippe si le vaccin lui était proposé à l'endroit où elle obtient ses soins de grossesse plutôt qu'ailleurs³². L'administration de vaccins par des sages-femmes lors des rendez-vous courants s'est avérée être une stratégie efficace pour augmenter le taux de vaccination pendant la grossesse, car le vaccin était facilement accessible et pratique¹⁸. Le fait de proposer la vaccination dans le cadre prénatal était fortement associé à une augmentation de la vaccination³³. La littérature a montré que le principe de la continuité des soins du modèle de pratique sage-femme permettait de meilleures conversations sur la vaccination grâce à la relation thérapeutique établie et à la possibilité de poursuivre les conversations lors des rendez-vous suivants¹⁹.

La littérature et les entretiens avec des informatrices et informateurs clés ont également permis d'identifier plusieurs contraintes logistiques et structurelles qui empêchent les sages-femmes d'administrer des vaccins. La COVID-19 a provoqué une augmentation soudaine et radicale de la charge de travail des sages-femmes et une hausse de la demande pour les accouchements à domicile¹⁶. Le temps a été régulièrement évoqué comme un problème⁴, les sages-femmes n'ayant pas assez de temps pour effectuer leurs rendez-vous réguliers et pour avoir des conversations approfondies sur la vaccination et répondre aux questions de leur clientèle^{17, 19, 34}. Le manque d'espace et d'équipement, comme des réfrigérateurs pour les vaccins, a également été un obstacle important¹⁷.

Les informatrices et informateurs clés ont souligné un certain nombre d'obstacles à la fourniture des vaccins contre la COVID-19. La fiabilité de la réfrigération était la principale source d'inquiétude. L'ouragan Fiona en 2022 a été cité en exemple : des pannes de courant prolongées ont nui à l'entreposage des vaccins en Nouvelle-Écosse, soulignant la nécessité de systèmes de secours. La chaîne logistique et l'approvisionnement en vaccins étaient d'autres exemples fréquemment cités par les personnes interrogées. Les sages-femmes ont très souvent évoqué les difficultés à obtenir le vaccin dcaT (tétanos, diphtérie et coqueluche) pour leur clientèle par rapport au vaccin contre la COVID-19. Nous avons entendu un large éventail de difficultés logistiques auxquelles les sages-femmes ont été confrontées, qu'il s'agisse des relations avec les pharmacies communautaires, des commandes auprès des pharmacies d'hôpitaux, des déplacements physiques à différents endroits pour se procurer les vaccins ou de la planification de l'administration des vaccins.

La désinformation a représenté un obstacle important lors de la pandémie de COVID-19. Des recherches ont montré qu'un quart des participants à l'étude consultaient des ressources en ligne et que la propagation de fausses informations et la désinformation en ligne étaient des facteurs déterminants de l'hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19³⁵. L'Internet est si communément utilisé comme

source d'information pour les soins de santé que cela représente un réel défi pour les professionnel-le-s de la santé, qui doivent expliquer à leur clientèle comment trouver des informations fiables et juger de la qualité de ces informations et de leurs sources¹⁹. La source d'information peut avoir un impact direct sur la perception qu'ont les gens des vaccins : une étude réalisée en Turquie a montré qu'un quart des femmes enceintes qui consultaient des forums sur la grossesse démontraient une réticence à l'égard de la vaccination²¹.

Systemes sociaux

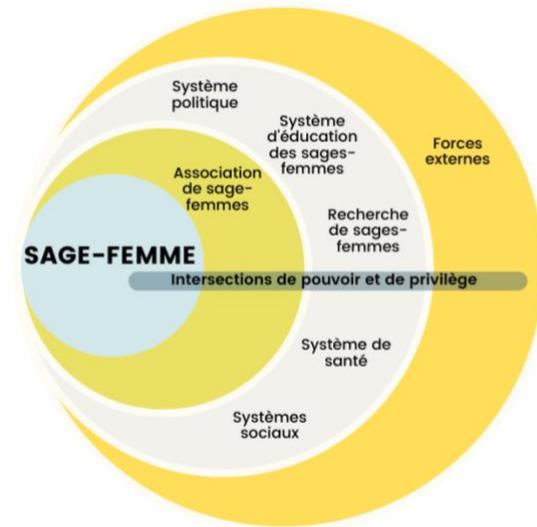
Les informatrices clés sages-femmes ont évoqué des moments où, pendant les confinements, qui impliquaient des interruptions des services sociaux et de santé, elles étaient souvent les seules professionnelles de la santé à fournir du soutien à leur clientèle. Les périodes prolongées de confinement imposées par le gouvernement signifiaient que les sages-femmes devaient souvent répondre aux besoins en santé, et particulièrement en santé mentale, de leur clientèle.

Dans le cadre des entretiens avec des informatrices et informateurs clés, nous avons également appris que les sages-femmes sont souvent le lien entre les services de santé et les services sociaux pour leur clientèle. Elles font souvent le pont entre le système de santé et le système des services sociaux et jouent le rôle indispensable de navigatrices pour leur clientèle. Quelques exemples recueillis lors des entretiens : accompagnement dans le système pour les nouveaux arrivants et nouvelles arrivantes et les personnes non assurées, organisation de services de traduction d'information sur la grossesse et organisation d'aide au logement. Un exemple donné par une informatrice clé pratiquant à Toronto concerne le premier cas de COVID-19 chez une personne enceinte, qui présentait aussi la particularité de ne pas avoir de logement. La sage-femme a coordonné les soins de sa cliente avec la clinique, l'hôpital et la santé publique de Toronto, et a communiqué avec l'administration des refuges, du soutien et du logement de la Ville de Toronto afin de mettre en place un protocole d'hébergement et d'isolement après l'accouchement.

Même pendant les crises mondiales, comme la pandémie de COVID-19, la clientèle continue d'avoir des besoins de santé et des besoins socioculturels. Un rapport de la régie de la santé des Premières Nations et des services périnataux de la Colombie-Britannique portant sur la sécurité culturelle pendant la COVID-19 a identifié des ressources adaptées à la culture, comme des cérémonies de purification en ligne, des cérémonies pendant les périodes de distanciation sociale et des doulas autochtones¹⁴. Le fait d'impliquer les leaders communautaires locaux dans la sensibilisation à la vaccination, la promotion des vaccins et dans les cliniques a permis d'accroître la crédibilité des programmes de vaccination¹⁵. Les tantes, les aîné-e-s, les enseignant-e-s, les leaders religieux, les organisateurs et organisatrices communautaires et autres bénévoles contribuent à ce que les membres de la communauté se sentent culturellement et physiquement en sécurité en optant pour la vaccination¹⁵.

Forces externes

Les forces externes sont des chocs qui se produisent à l'extérieur de la problématique et qui peuvent avoir un impact inattendu et entraîner des perturbations importantes. Les récessions économiques, les phénomènes météorologiques violents ou la guerre, par exemple, peuvent tous avoir un impact sur la prestation des services de santé dans les systèmes. La pandémie de COVID-19 est un exemple de force externe. Les enseignements tirés de cette synthèse des preuves peuvent être appliqués pour permettre aux sages-femmes de non seulement faire face à cette pandémie, mais aussi de se préparer aux prochaines crises sanitaires.



Nous reconnaissons également qu'une combinaison de nombreuses forces externes pendant la pandémie

de COVID-19 a entraîné des traumatismes individuels et collectifs. En voici quelques exemples :

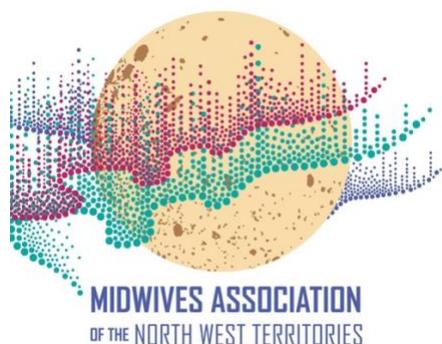
- La découverte de plus de 2 000 tombes anonymes dans les anciens pensionnats;
- Le mouvement *Black Lives Matter*, en réponse à la violence envers les communautés noires qui subsiste encore aujourd'hui;
- Les actes de racisme et de violence envers les personnes asiatiques;
- La guerre au Tigré et la guerre en Ukraine menée par la Russie; et
- L'instabilité géopolitique.

CHANGEMENT LE PLUS SIGNIFICATIF

Pour la première fois, l'ACSF a accordé des microsubventions à des cliniques et des associations de sages-femmes partout au Canada. Il s'agit d'un nouveau mécanisme pour l'ACSF, que le projet a rendu possible dans le cadre de l'objectif 2 (favoriser les activités d'éducation, de promotion et de sensibilisation liées à la COVID-19 dans la collectivité) et de l'objectif 3 (renforcer les capacités de communication factuelle sur la vaccination en aidant les associations de sages-femmes au Canada).

Pour la dernière étape de ce projet, nous avons utilisé l'approche du changement le plus significatif (*Most Significant Change* en anglais) pour présenter des histoires propres aux associations de sages-femmes (objectif 3) afin de mieux comprendre comment les microsubventions reçues les ont aidées à mettre en place des stratégies de communication sur la vaccination basées sur des données probantes dans leur système de santé respectif. L'approche du changement le plus significatif consiste à recueillir et à diffuser des récits de changement et à souligner leur importance³⁶.

Si nous nous concentrons sur les associations de sages-femmes, c'est parce que nos recherches antérieures nous ont montré qu'elles sont des moteurs importants de la profession dans les systèmes de santé²⁵. Il a été démontré que la création d'associations de sages-femmes fortes est nécessaire pour promouvoir le statut de la profession, améliorer l'équité entre les genres et améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale²⁵. En soutenant les associations de sages-femmes par le biais de microsubventions permettant d'investir dans des stratégies de communication sur la COVID-19 fondées sur des données probantes, nous les aidons à jouer un rôle de premier plan dans la réponse du fédéral à la pandémie. Voici les principaux impacts des microsubventions rapportés par les quatre associations bénéficiaires.



Impacts des microsubventions

- Avant de recevoir la microsubvention, l'association n'avait pas de site Web officiel et comptait sur les médias sociaux (Facebook et Instagram) comme principal outil de communication.
- Son site Web s'adresse à quatre publics principaux : 1) les membres de l'association; 2) le public (y compris, mais sans s'y limiter, les nouveaux immigrants, les personnes PANDC, le spectre 2SLGBTQI+, les personnes aux capacités diverses et les francophones); 3) les professionnel-le-s de la santé; et 4) les décideurs du système de santé.
- Le site Internet permet la diffusion d'informations fondées sur des données probantes et rend plus accessibles les recommandations pour la COVID-19.
 - Avant de concevoir le site Web, l'association a fait circuler un sondage pour recueillir des informations précises auprès de la communauté afin de comprendre pourquoi certaines personnes n'avaient pas reçu les quatre doses.
- La portée du nouveau site Web de l'association dépasse les limites du territoire et bénéficie à d'autres communautés du Nord, y compris le Nunavut et le Yukon.

Association des sages-femmes de l'Île-du-Prince-Édouard

- [Les services de sages-femmes](#) sont en train d'être développés et mis en place à l'Î.-P.-É.
- Les sages-femmes autorisées de la province peuvent administrer des vaccins à leur clientèle dans le cadre de leurs soins courant.
- La microsubvention a permis de concevoir un site Web pour l'association, de même qu'une image de marque, ce qui permet d'accroître les capacités de communication avec la clientèle, les personnes enceintes et les nouveaux parents, le grand public, les agences gouvernementales et la profession de sage-femme.
- Effets escomptés : meilleure connaissance du rôle, des responsabilités et du champ d'exercice des sages-femmes agréées de l'Î.-P.-É., dont de l'information sur leur rôle de vaccinatrices et de promotrices de la vaccination.



Impacts des microsubventions

- Dans le cadre de la microsubvention, l'association a créé sur son site Web une ressource comportant des données probantes, les recommandations de santé publique et des outils pour favoriser le choix éclairé des personnes enceintes concernant la vaccination.
- Cette initiative résulte des commentaires des sages-femmes adressés au conseil d'administration lors de l'assemblée générale annuelle de l'association en septembre 2022.
 - Les sages-femmes ont indiqué au conseil qu'elles avaient besoin de plus de soutien pour mener des discussions fondées sur des données probantes avec leur clientèle, en particulier au sujet de la COVID-19.

Ces nouvelles ressources permettront au grand public et aux membres de l'association de tout le Québec d'avoir des discussions respectueuses et fondées sur des données probantes concernant la vaccination pendant la grossesse, et elles aideront les sages-femmes dans leur rôle de professionnelles de première ligne.

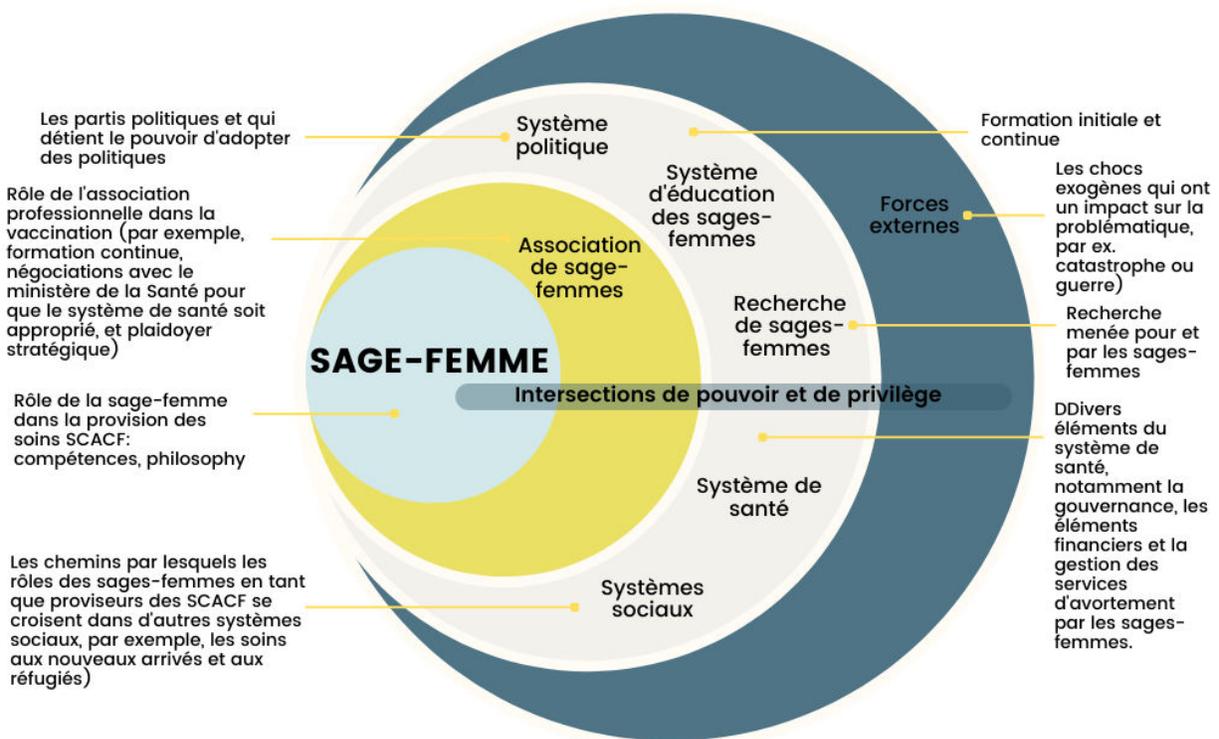


- La microsubvention a permis de produire du matériel pour les médias sociaux destinés à trois grands groupes : 1) les sages-femmes; 2) la clientèle des sages-femmes; et 3) les pouvoirs publics, par l'implication des sages-femmes, de leur clientèle et d'intervenant-e-s.
- Bien que l'association ait produit un large éventail de ressources factuelles pour aider les sages-femmes à comprendre les mesures de santé publique relatives à la COVID-19, elle n'a pas eu la capacité de créer des outils plus attractifs sur les médias sociaux afin d'inciter les sages-femmes et leur clientèle à plaider en faveur de l'élimination des obstacles réglementaires ou de créer davantage de contenu pour mieux rejoindre certaines communautés qui affichent des taux de vaccination contre la COVID-19 moins élevés que la moyenne.
- Dans le cadre des activités du projet de microsubvention, l'association a :
 - évalué la littérature existante et les ressources de l'AOM portant sur les avantages des vaccins contre la COVID-19 pour la clientèle des sages-femmes selon une perspective d'analyse comparative entre les genres plus, et ce, dans le but de créer une stratégie de médias sociaux pour orienter les communications vers les nouveaux arrivants, les Autochtones, les personnes du spectre 2SLGBTQI+ et les communautés racisées;
 - élaboré des messages clés pour le gouvernement avec des arguments solides en faveur de l'équité en matière de santé afin d'éliminer les obstacles qui empêchent les sages-femmes d'offrir une plus vaste gamme de vaccins;
 - créé du contenu pour les médias sociaux et payé pour augmenter la visibilité d'outils s'adressant aux sages-femmes et aux parties prenantes du milieu; et évalué les résultats des deux campagnes (sensibilisation et promotion) et formulé des recommandations pour les activités futures de l'Association of Ontario Midwives

CONCLUSIONS

Les sages-femmes sont des professionnelles de santé de première ligne essentielles. La profession est tout indiquée pour contribuer à la vaccination des personnes enceintes, en particulier chez les populations qui peuvent être réticentes à se faire vacciner, car les sages-femmes favorisent le choix éclairé par la discussion et établissent des relations de confiance avec leur clientèle et, de façon plus générale, avec leur communauté. Si nous voulons encourager le rôle de vaccinatrices des sages-femmes dans les systèmes de santé au Canada, il est essentiel que les sages-femmes participent à la prise de décision afin d'assurer une intégration adéquate³. Par le passé, les sages-femmes ont été tenues à l'écart des décisions politiques concernant les soins de santé primaires. Surtout, elles ont été absentes de la recherche sur les vaccins et de l'administration et de la promotion des vaccins au Canada²³. Les principales considérations pour l'intégration des sages-femmes en tant que vaccinatrices sont présentées dans la figure récapitulative ci-dessous (figure 5).

Figure 5. Considérations pour l'intégration des sages-femmes en tant que prestataires des soins de vaccination dans les systèmes de santé au Canada



RÉFÉRENCES

1. ACSF. Qu'est-ce qu'une sage-femme? Montréal, Association canadienne des sages-femmes, 2022 [Accessible à : <https://canadianmidwives.org/fr/pratique-sage-femme/>].
2. ICM. Définition internationale de la sage-femme. Pays-Bas, International Confederation of Midwives, 2005 [Accessible à : https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2019/07/cd2011_001-v2017-fre-definition-de-la-sage-femme.pdf].
3. Pringle W, Greyson D, Graham JE, Dube E, Mitchell H, Trottier ME, *et al.* Suitable but requiring support: How the midwifery model of care offers opportunities to counsel the vaccine hesitant pregnant population. *Vaccine*. 2022;40(38):5594-600.
4. Bettinger JA, Rubincam C, Greyson D, Weissinger S, Naus M. Exploring vaccination practices of midwives in British Columbia. *Birth*. 2021;48(3):428-37.
5. UBC. Communiquer l'information sur la vaccination : un cours à l'intention des sages-femmes. Vancouver, Université de Colombie-Britannique, 2022 [Accessible à : <https://ubccpd.ca/learn/learning-activities/course?eventtemplate=171-midwifery-immunization-communication-communiquer-linformation-sur-la-vaccination-un-cours-à-lintention-des-sagesfemmes>].
6. Gouvernement du Canada. Vaincre l'hésitation face à la vaccination dans le contexte de la COVID-19 : À l'intention des fournisseurs de soins de santé. Ottawa, gouvernement du Canada, 2021 [Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/vaccins/vaincre-hesitation-vaccination.html>].
7. Gouvernement du Canada. Collecte de données fondées sur la race pour la COVID-19 au Canada. Ottawa, gouvernement du Canada, 2021 [Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2021-47/numero-7-8-juillet-aout-2021/covid-19-collecte-donnees-race-canada.html>].
8. Sangster SL, Bayly MK. Anarchists, naturalists, hippies, and artists: beliefs about midwifery care and those who choose it. *Can J Midwifery Res Pract*. 2016;15(2):38-46.
9. Agence de la santé publique du Canada. Sondage des opinions et expériences des fournisseurs de soins de santé sur la réticence face à la vaccination. Ottawa, gouvernement du Canada, 2022 [Accessible à : <https://open.canada.ca/data/fr/dataset/115a2261-492b-4d94-8d34-8419e02570c2>].
10. Gouvernement du Canada. Vaccination et grossesse : COVID-19. Ottawa, gouvernement du Canada, 2022 [Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation-vaccins/vaccination-grossesse-covid-19.html>].
11. Gouvernement du Canada. Vaccin contre la COVID-19 : Guide canadien d'immunisation. Ottawa, gouvernement du Canada, 2022 [Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-26-vaccin-contre-covid-19.html>].

12. Sadarangani M, Soe P, Shulha HP, Valiquette L, Vanderkooi OG, Kellner JD, *et al.* Safety of COVID-19 vaccines in pregnancy: a Canadian National Vaccine Safety (CANVAS) network cohort study. *The Lancet Infectious Diseases.* 2022;22(11):1553-64.
13. Odejinmi F, Mallick R, Neophytou C, Mondeh K, Hall M, Scrivener C, *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy: a midwifery survey into attitudes towards the COVID-19 vaccine. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1219.
14. Rudrum S. Pregnancy during the global COVID-19 pandemic: canadian experiences of care. *Frontiers in Sociology.* 2021;6:611324.
15. Tharpe NL, McDaniel L. Using a harm reduction model to reduce barriers to vaccine administration. *J Midwifery Womens Health.* 2021;66(3):308-21.
16. Memmott C, Smith J, Korzuchowski A, Tan H-L, Oveisi N, Hawkins K, *et al.* 'Forgotten as first line providers': The experiences of midwives during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada. *Midwifery.* 2022;113:103437.
17. Kaufman J, Attwell K, Hauck Y, Omer SB, Danchin M. Vaccine discussions in pregnancy: interviews with midwives to inform design of an intervention to promote uptake of maternal and childhood vaccines. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(11):2534-43.
18. Bisset KA, Paterson P. Strategies for increasing uptake of vaccination in pregnancy in high-income countries: A systematic review. *Vaccine.* 2018;36(20):2751-9.
19. Frawley JE, McKenzie K, Cummins A, Sinclair L, Wardle J, Hall H. Midwives' role in the provision of maternal and childhood immunisation information. *Women Birth.* 2020;33(2):145-52.
20. Attwell K, Wiley KE, Waddington C, Leask J, Snelling T. Midwives' attitudes, beliefs and concerns about childhood vaccination: A review of the global literature. *Vaccine.* 2018;36(44):6531-9.
21. Gencer H, Ozkan S, Vardar O, Sercekus P. The effects of the COVID 19 pandemic on vaccine decisions in pregnant women. *Women Birth.* 2022;35(3):317-23.
22. Dhungana M, Hoben M, O'Brien C, MacDonald SE. Immunization status of children at kindergarten entry in Alberta, Canada. *Can J Public Health.* 2022.
23. Pringle W, Greyson D, Graham JE, Berman R, Dube E, Bettinger JA. "Ultimately, the choice is theirs": Informed choice vaccine conversations and Canadian midwives. *Birth.* 2022.
24. Arreciado Maranon A, Fernandez-Cano MI, Montero-Pons L, Feijoo-Cid M, Reyes-Lacalle A, Cabedo-Ferreiro RM, *et al.* Understanding factors that influence the decision to be vaccinated against influenza and pertussis in pregnancy: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2022;31(11-12):1531-46.
25. Mattison C, Bourret K, Hebert E, Leshabari S, Kabeya A, Achiga P, *et al.* Health systems factors impacting the integration of midwifery: an evidence-informed framework on strengthening midwifery associations. *BMJ Global Health.* 2021;6(6):e004850.
26. Albendin-Garcia L, Suleiman-Martos N, Canadas-De la Fuente GA, Ramirez-Baena L, Gomez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. *Journal of Midwifery and Women's Health.* 2021;66(1):24-44.

27. Stoll K, Gallagher J. A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and Birth*. 2019;32(4):e441-e9.
28. CBC. COVID-19 misinformation cost at least 2,800 lives and \$300M, new report says Toronto. Canadian Broadcasting Corporation, 2023 [Accessible à : <https://www.cbc.ca/news/politics/cost-of-covid-19-misinformation-study-1.6726356>].
29. ICM. Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme. Pays-Bas, International Confederation of Midwives, 2019 [Accessible à : <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-fr-screens--28-oct-2019-final.pdf>].
30. Gilbert NL, Guay M, Kokaua J, Levesque I, Castillo E, Poliquin V. Pertussis vaccination in Canadian pregnant women, 2018-2019. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(7):762-8.
31. Regan AK, Hauck Y, Nicolaou L, Engelbrecht D, Butt J, Mak DB, *et al*. Midwives' knowledge, attitudes and learning needs regarding antenatal vaccination. *Midwifery*. 2018;62:199-204.
32. Krishnaswamy S, Wallace EM, Buttery J, Giles ML. Strategies to implement maternal vaccination: A comparison between standing orders for midwife delivery, a hospital based maternal immunisation service and primary care. *Vaccine*. 2018;36(13):1796-800.
33. Mohammed H, McMillan M, Roberts CT, Marshall HS. A systematic review of interventions to improve uptake of pertussis vaccination in pregnancy. *PLoS One*. 2019;14(3):e0214538.
34. Qiu X, Bailey H, Thorne C. Barriers and facilitators associated with vaccine acceptance and uptake among pregnant women in high income countries: A mini-review. *Front Immunol*. 2021;12:626717.
35. Husain F, Powys VR, White E, Jones R, Goldsmith LP, Heath PT, *et al*. COVID-19 vaccination uptake in 441 socially and ethnically diverse pregnant women. *PLoS One*. 2022;17(8):e0271834.
36. BetterEvaluation. Most significant change. Global Evaluation Initiative, 2023 [Accessible à : <https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/approaches/most-significant-change>].

