



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Consultations particulières dans le cadre de
l'étude du projet de loi 4 — Loi sur la pratique
des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes (3)

Le vendredi 8 décembre 1989 — No 4

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Association des hôpitaux du Québec .	CAS-177
Conseil des affaires sociales	CAS-188
Naissance-Renaissance	CAS-195
Fédération des femmes du Québec	CAS-203
Confédération des syndicats nationaux	CAS-209

Intervenants

Mme Pauline Marois, présidente
M. Jean A. Joly, président suppléant

M. Marc-Yvan Côté
M. Denis Lazure
Mme Cécile Vermette
M. Henri-François Gautrin
Mme Denise Carrier-Perreault
Mme Violette Trépanier
M. André Boulerice

- * M. Henri Favre, Association des hôpitaux du Québec
- * M. Paul Landry, idem
- * Mme Gyslaine Desrosiers, idem
- * M. Carol A. Kelly, idem
- * M. Pierre Bourbonnais, idem
- * Mme Mireille Lajoie, idem
- * Mme Madeleine Blanchet, Conseil des affaires sociales
- * Mme Solange Fernet-Gervais, idem
- * Mme Hélène Valentini, idem
- * Mme Marie-Claude Desjardins, Naissance-Renaissance
- * Mme Marie-Claude Martel, idem
- * Mme Renée Delarosbil, idem
- * Mme Charlotte Thibault, Fédération des femmes du Québec
- * Mme Paula McKeown, idem
- * Mme Monique Simard, Confédération des syndicats nationaux
- * M. Claude Saint-Georges, idem
- * M. Jacques Guérette, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Abonnement: 250 \$ par année pour les débats des commissions parlementaires
70 \$ par année pour les débats de la Chambre
Chaque exemplaire: 1,00 \$ - Index: 10 \$
(La transcription des débats des commissions parlementaires est aussi disponible sur microfiches au coût annuel de 150 \$)

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1060, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 28
Québec, (Québec)
G1R 5E6 tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le vendredi 8 décembre 1989

Consultations particulières dans le cadre de l'étude du projet de loi 4

(Onze heures cinquante-six minutes)

La Présidente (Mme Marois): À l'ordre, s'il vous plaît! Si les membres de la commission veulent bien prendre place, nous allons reprendre nos travaux. Nous en avons maintenant reçu l'ordre de la Chambre. Notre vice-président, le député de Fabre, y a contribué et je l'en remercie au nom des groupes qui, souvent, attendent depuis un bon moment.

Alors, il est prévu que, ce matin, nous entendions... Ah pardon! Mme la secrétaire de la commission me mentionne qu'il y a des remplacements ce matin.

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente, en effet. M. Marcil, député de Salaberry-Soulanges, sera remplacé par M. MacMillan de Papineau; M. Tremblay, de Rimouski, par M. Parent, de Sauvé; M. Trudel, de Rouyn-Noranda-Témiscamingue par M. Lazure, de La Prairie.

La Présidente (Mme Marois): Je vous remercie, Mme la secrétaire. Nous devrions entendre, ce matin, deux groupes: d'abord, l'Association des hôpitaux du Québec et, ensuite, le Conseil des affaires sociales. Il est midi, on devait terminer à 13 heures. Est-ce que, M. le ministre, on peut prolonger un peu, d'une demi-heure, jusqu'à 13 h 30? À ce moment-là, ça permettrait de donner environ 45 minutes à chaque groupe. Les autres groupes ont eu autour d'une heure, certains ont pris moins de temps, mais je crois qu'en 45 minutes on devrait être capable d'avoir le temps d'entendre chaque mémoire et d'interroger les personnes qui sont sûrement présentes pour le défendre. Je vais donc demander à l'Association des hôpitaux de prendre place, s'il vous plaît.

Bienvenue. Je vais demander au président, M. Favre, de nous présenter les personnes qui l'accompagnent et de procéder à la présentation du mémoire proprement dit. Habituellement, c'est une quinzaine de minutes tout au plus pour la présentation du mémoire. Si ça devait déborder, évidemment, c'est autant de temps de moins pour nous pour vous poser des questions. Ça va?

Association des hôpitaux du Québec

M. Favre (Henri): Oui, madame. Merci, Mme la Présidente. La délégation comprend - je commence par la droite - M. Pierre Bourbonnais, conseiller juridique; Mme Gyslaine Desrosiers, directrice des programmes de santé et des services sociaux; partant de la droite ici, M. Carol Kelly, directeur des programmes d'assurances à l'Association des hôpitaux; le Dr Mireille Lajoie, chef du Département de santé commu-

nautaire du centre hospitalier Sainte-Marie de Trois-Rivières et présidente du comité de coordination des DSC de la province et, à ma droite immédiate, le Dr Paul Landry, vice-président, programmes et recherche à l'Association des hôpitaux.

Nous avons soumis un mémoire, Mme la Présidente, et nous avons un texte nouveau qui circule parce qu'il y a certains faits nouveaux que nous désirons porter à l'attention de la commission parlementaire, en particulier en ce qui concerne les assurances.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Je crois que les membres de la commission ont déjà en main ce texte nouveau, 5-R. Ça va? Parfait.

M. Favre: Parfait.

La Présidente (Mme Marois): Allez-y, M. le président.

M. Favre: Depuis 1985, l'Association des hôpitaux du Québec, qui représente plus de 200 hôpitaux de vocations diverses, a contribué aux consultations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les orientations à privilégier en périnatalité. Récemment encore, les départements de santé communautaire furent impliqués dans la production de quatre avis sur des sujets prioritaires en périnatalité. Si l'on ajoute à cela le fait que les accouchements au Québec ont lieu presque exclusivement dans les hôpitaux, l'Association des hôpitaux est en droit de se définir comme un intervenant majeur dans l'évolution du dossier de la pratique des sages-femmes.

L'AHQ a considéré avec sérieux le projet de loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. Ayant consulté ses instances hospitalières ainsi que celles des départements de santé communautaire, l'AHQ, tout en tenant compte du contexte organisationnel des hôpitaux, a développé une position sur ce projet de loi qui est susceptible d'apporter des éléments de solution aux objectifs poursuivis par le Québec en matière de périnatalité.

C'est dans cet esprit de collaboration que nous présentons aux membres de la commission notre mémoire qui est constitué de deux parties. La première porte une réflexion de fond sur les aspects suivants: la pertinence des projets-pilotes, la responsabilité civile professionnelle, la pratique de la sage-femme et son admissibilité, les conditions de reconnaissance des projets-pilotes et les modalités organisationnelles. La seconde partie du mémoire reprend dans son ensemble le projet de loi et propose des modifications au texte. Je me réfère ici au document

d'origine, le document jaune.

Avant même d'analyser le projet de loi comme tel, une question préalable s'impose. En effet, quelle est la pertinence de projets-pilotes permettant la pratique de sages-femmes au Québec? En 1987, l'Association des hôpitaux a émis des réserves sérieuses sur le document de consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux qui proposait la création d'une corporation professionnelle à exercice exclusif de sages-femmes. Les conclusions de ce rapport nous apparaissaient prématurées tant au niveau du cadre juridique proposé que de la pertinence du moyen privilégié comme tel.

En effet, la reconnaissance d'une nouvelle profession ne nous semblait pas répondre à une pertinence socio-sanitaire démontrée dans l'organisation des soins de santé au Québec. Nous déplorions également le fait qu'en mettant beaucoup d'emphase sur le moyen des sages-femmes comme si c'était la panacée universelle, toute la gamme des autres moyens requis, voire même plus évidents pour l'atteinte des objectifs en périnatalité, étaient plus ou moins relégués dans l'ombre. À titre d'exemple, pour favoriser le suivi des femmes et des familles plus à risque sur le plan social et, donc, susceptibles d'engendrer des bébés de petit poids ou prématurés, un moyen élémentaire serait le développement d'un mécanisme de référence obligatoire entre les cabinets privés et les CLSC.

Sur le plan de l'analyse coûts-bénéfices, nous avons insisté auprès du ministère pour qu'il poursuive avec plus de rigueur ses études. Notamment, il nous apparaissait important de consolider les efforts déjà entrepris, particulièrement au niveau du développement en CLSC de programmes de périnatalité axés sur des cibles plus à risque et au niveau de l'aménagement des unités d'obstétrique en milieu hospitalier.

Toujours dans ce rapport du ministère, en 1987, concernant la question du cadre juridique, la possibilité d'augmenter le champ de pratique des infirmières en périnatalité nous apparaissait avoir été rejetée trop rapidement. D'une manière générale, nous mettons le ministère en garde en lui soulignant que toute proposition concernant les sages-femmes serait vouée à l'échec si elle ne tenait pas compte du contexte québécois sur les plans organisationnel, culturel et professionnel. En effet, l'expérience de plusieurs décennies des pays de la Communauté européenne ne peut être en soi un gage de succès dans notre contexte.

Depuis cette consultation, le ministère a pris la position de reconnaître la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes et soumet maintenant un projet de loi allant dans ce sens. Devant l'impasse idéologique dans ce dossier et le fait que l'introduction d'une nouvelle intervenante soit loin de faire l'una-

nimité, la proposition de projets-pilotes peut être considérée comme une sage décision qui ne doit pas s'avérer être une façon élégante de faire avaler la pilule en douceur aux opposants.

C'est pourquoi la position de l'AHQ est très ferme. Nous endossons le principe de projets-pilotes sur la pratique des sages-femmes strictement dans le cadre d'une approche de recherche évaluative, c'est-à-dire de projets-pilotes balisés prévoyant un protocole d'évaluation sérieux. Les projets-pilotes doivent permettre d'apporter un éclairage nouveau ou, tout au moins, une documentation sur les impacts de telles expériences sur les objectifs visés en périnatalité. L'évaluation des projets-pilotes devra porter sur des indicateurs de santé, telle la réduction de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance, sur le niveau des interventions obstétricales et sur des indicateurs de qualité de vie individuelle et familiale, telle la satisfaction des femmes. De plus, parmi les projets-pilotes, certains devraient s'adresser spécifiquement aux femmes et aux familles les plus à risque sur le plan social.

L'AHQ recommande également un processus formel et éclairé d'évaluation de l'ensemble des projets-pilotes, à savoir: la mise sur pied d'un comité provincial d'évaluation, formé de représentants des organismes pertinents, tel que nous le proposons dans notre mémoire. Ce comité devrait faire rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux et à celui responsable de l'application des lois professionnelles.

Un dernier élément concernant la pertinence des projets-pilotes retient notre attention. C'est le fait que les établissements hospitaliers soient les seuls, en vertu du projet de loi, à pouvoir proposer des projets. L'AHQ considère qu'il y a là une confusion entre le lieu souhaitable de l'accouchement et l'habilité d'un établissement à pouvoir être le maître d'oeuvre d'un projet-pilote. Considérant qu'un des caractères propres à la pratique des sages-femmes est la continuité de services du prénatal au postnatal, considérant également l'implication actuelle des CLSC dans des programmes en périnatalité, l'AHQ recommande que les CLSC puissent proposer des projets-pilotes après avoir négocié une entente avec un centre hospitalier concernant les accouchements.

Enfin, sur un plan pratique, l'appui de l'AHQ concernant les projets-pilotes est conditionnel au financement complet des projets par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À cet effet, le ministère devra également prévoir les fonds suffisants en regard de la couverture du risque encouru en matière de responsabilité civile par les établissements intéressés par des projets-pilotes. Cette question importante du nouveau risque à couvrir se situe au cœur des préoccupations de l'AHQ. En effet, l'Association serait irresponsable de favoriser l'implantation de

projets-pilotes dans les centres hospitaliers sans connaître précisément son impact en matière de responsabilité civile qui leur incombe, notamment en regard des coûts additionnels que ces projets risquent d'engendrer pour l'ensemble de nos membres.

Notre intention n'est nullement ici de mettre en cause la compétence des sages-femmes qui pourraient être reconnues admissibles à la pratique dans le cadre de la loi, mais bien de souligner que la pratique de l'accouchement et de l'ensemble des interventions qu'elle implique représente un risque de poursuite, du point de vue des assureurs, en responsabilité civile professionnelle pour l'ensemble des intervenants de la santé appelés à assister la future mère.

Dans le secteur de la santé, les réclamations les plus onéreuses, tant au point de vue des frais de défense que des paiements d'indemnité, sont celles provenant de complications durant les grossesses et les accouchements. Le projet de loi 4 ne précise pas si la sage-femme constituera un intervenant paramédical indépendant engageant sa seule responsabilité dans le cadre d'un nouveau type de contrat de soins ou si elle sera préposée d'un établissement, ce qui engagerait la responsabilité civile de ce dernier.

Dans l'hypothèse où les sages-femmes seraient préposées d'établissement, nous sommes en mesure d'apporter aujourd'hui des précisions qui ne sont pas contenues dans notre mémoire, qui fut rédigé en août dernier. L'éventualité que les sages-femmes soient des préposées des centres hospitaliers ne signifie pas pour autant qu'elles seraient automatiquement couvertes par les assureurs en matière de responsabilité civile et professionnelle. En effet, en vertu des articles 2485, 2486, 2487 et 2488 du Code civil, le preneur de même que l'assuré sont tenus de déclarer toutes les circonstances qui leur sont connues et qui sont de nature à influencer de façon importante la tarification et l'acceptation du risque par l'assureur. Faute de quoi, ce dernier peut invoquer la nullité du contrat.

C'est pourquoi l'AHQ devrait informer l'assureur excédentaire de l'arrivée des sages-femmes en tant que préposées, même en vertu de projets-pilotes. Le programme de gestion en responsabilité civile et professionnelle de l'AHQ a été mis en place pour gérer une franchise collective pour les établissements membres. Nous ne pouvons pas accepter de nouveaux risques sans que l'assureur excédentaire n'accepte de les couvrir d'abord. C'est la raison pour laquelle nous avons déjà fait une demande à l'assureur, qui devra nous indiquer l'impact que le projet des sages-femmes pourrait avoir sur la prime de l'assurance excédentaire.

Quant à la gestion de la franchise, l'actuaire, dans son rapport de 1989, nous avisait que l'étude des risques ne tenait pas compte de développements exceptionnels dans l'environne-

ment hospitalier. Après vérification auprès de ce dernier, il nous a confirmé que le projet des sages-femmes était un développement exceptionnel dont il faut tenir compte dans l'évaluation des risques. Nous obtiendrons, d'ici à la fin de décembre, une étude actuarielle complémentaire analysant l'impact du projet des sages-femmes sur l'augmentation du fonds de réserve pour couvrir les réclamations. On peut envisager que l'ordre de grandeur de cette augmentation du fonds serait de quelques millions de dollars récurrents chaque année.

Revenons maintenant au texte du projet de loi, aux aspects qui concernent la pratique des sages-femmes et son admissibilité. Nous reconnaissons la pertinence de l'article 3 du projet de loi qui suspend, dans le cadre des projets-pilotes, l'application de la Loi médicale et de la Loi sur les infirmières et infirmiers pour les sages-femmes. En effet, cet article, associé à la définition du champ de pratique prévu à l'article 2, détermine un cadre juridique suffisamment large et propice à des expériences-pilotes. Ce champ de pratique s'inspire, de toute évidence, de celui reconnu par les pays membres de la Communauté européenne.

Ces dispositions favoriseront l'émergence de projets-pilotes variés et adaptés aux besoins du milieu, sans contrainte a priori de champ de pratique réservé. Ainsi, les projets-pilotes seront véritablement l'occasion d'apprécier la pertinence du champ d'exercice avant même de créer une nouvelle corporation. Les particularités locales des différents projets-pilotes, quant aux actes médicaux et infirmiers qui seront posés, permettront d'évaluer l'ouverture des milieux à un champ d'exercice potentiellement large et la capacité d'intégration des sages-femmes aux équipes de professionnels oeuvrant déjà en périnatalité.

Concernant le mécanisme prévu au projet de loi pour reconnaître l'admissibilité d'une personne à la pratique de sage-femme dans le cadre des projets-pilotes, il nous apparaît que le comité proposé n'offre pas toutes les garanties de crédibilité. Cette procédure transitoire de reconnaissance de compétences ne devrait en aucun temps inspirer le moindre doute à la population à l'effet que quiconque puisse s'improviser sage-femme.

C'est pourquoi nous recommandons qu'il s'ajoute au comité déjà prévu un médecin et une infirmière supplémentaires ainsi qu'une personne issue du milieu universitaire. Nous recommandons également que les médecins et les infirmières membres de ce comité présentent des qualifications cliniques spécifiques, à savoir, pour les médecins, un spécialiste en obstétrique et l'autre en pédiatrie et, pour les infirmières, une clinique dans un domaine connexe à l'obstétrique ou à la périnatalité et l'autre qualifiée et oeuvrant en santé communautaire.

Les trois sages-femmes seraient nommées par les ministres concernés après consultation des organismes représentatifs des sages-femmes au Québec. Les deux médecins devraient être désignés par la Corporation des médecins du Québec et les deux infirmières, par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Quant à la personne issue du milieu universitaire, elle devrait être nommée par les ministres concernés.

L'AHQ endosse complètement l'article 6 qui spécifie que seule une sage-femme reconnue admissible pourrait participer à un projet-pilote. Toutefois, nous recommandons d'ajouter qu'un établissement ne pourra être contraint de faire participer à un projet-pilote une sage-femme par ailleurs reconnue admissible.

La critique fondamentale que l'AHQ adresse au projet de loi concerne les conditions de reconnaissance des projets-pilotes et les modalités organisationnelles. Nous remettons en cause autant le principe d'imposer un cadre organisationnel unique que les modalités qui sont proposées. Les modalités organisationnelles d'encadrement et de soutien d'un projet-pilote sont des éléments inhérents à l'expérimentation et doivent être issues d'un consensus établi localement dans l'établissement intéressé par un projet-pilote. D'ailleurs, le consensus local sur les modalités d'organisation et de suivi du projet nous apparaît une condition si importante que c'est lui qui va déterminer, d'une part, la volonté même d'initier un projet-pilote et, d'autre part, les chances de succès de ce dernier. De toute évidence, l'efficacité même de la pratique des sages-femmes repose sur la complémentarité et le travail d'équipe avec les autres professionnels, principalement les médecins et les infirmières. Donc, on peut difficilement envisager reconnaître les sages-femmes au Québec sans un minimum de collaboration de ces professionnelles.

Actuellement, nos consultations nous permettent de croire que le cadre organisationnel proposé par le projet de loi va décourager toute velléité du milieu hospitalier d'élaborer un projet-pilote. Le fait de proposer un cadre organisationnel unique fait dévier le débat vers une dimension non essentielle à l'émergence de projets-pilotes et suscite inutilement des résistances. L'objet des projets-pilotes n'est pas de tester un cadre organisationnel particulier, mais de valider l'impact d'une pratique de sage-femme eu égard aux objectifs poursuivis en périnatalité et de démontrer la possibilité d'un partage de responsabilités entre les médecins, les sages-femmes et les infirmières, en vue d'une plus grande efficacité d'intervention.

En conséquence, l'AHQ recommande l'abolition des articles touchant les modalités structurelles et organisationnelles - article 4.2, articles 11 à 22 - et propose, en contrepartie, un ensemble de conditions précises en vertu desquelles serait approuvé tout projet présenté par

un établissement de santé. Ainsi, parmi les conditions d'approbation d'un projet-pilote, il y aurait l'obligation pour l'établissement de préciser les mécanismes prévus localement pour assurer la supervision du projet, le rattachement administratif, l'évaluation et le contrôle de la pratique d'une sage-femme dans le cadre du projet-pilote. L'ensemble des autres conditions d'approbation des projets-pilotes est plus amplement développé à l'article 4 que nous proposons comme modification à la loi dans la deuxième partie du mémoire.

(12 h 15)

Afin d'éviter des disparités importantes sur le plan des prévisions budgétaires relatives à un projet-pilote, l'AHQ recommande que les ministres responsables des projets-pilotes déterminent le statut d'emploi et la rémunération applicable aux sages-femmes. Par ailleurs, l'AHQ supporte la proposition du projet de loi à l'effet que les sages-femmes fassent partie du conseil consultatif du personnel clinique du centre hospitalier, le cas échéant.

En conclusion, l'Association des hôpitaux du Québec souscrit à des projets-pilotes sur la pratique des sages-femmes pour autant qu'ils s'inscrivent dans un cadre d'évaluation défini et rigoureux, qu'ils favorisent la souplesse locale des modalités organisationnelles et que la question de l'assurance-responsabilité civile professionnelle soit résolue adéquatement, sans affecter l'ensemble du programme actuel d'assurance en milieu hospitalier.

Voilà, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le président. Je vous suivais et je réfléchissais en même temps à ce que vous proposiez. Oui, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Je veux remercier M. Favre, ainsi que ceux qui l'accompagnent, et leur dire, d'entrée de jeu, que je trouve rafraîchissant d'avoir un mémoire comme celui-là ce matin, dans le difficile exercice que nous faisons d'entendre ce qui est blanc et ce qui est noir et de tenter d'en arriver à un juste milieu acceptable pour qu'effectivement on puisse avoir des projets-pilotes qui puissent faire l'expérience, puisque c'est une expérience. Quand on parle de projet-pilote, c'est d'abord et avant tout une expérience. Je le prends comme tel, c'est une contribution très très intéressante, une ouverture d'esprit qui permet de faire un bout de chemin additionnel et, compte tenu de l'expérience que vous avez à travers tous les centres hospitaliers et de tout l'éventail aussi des professions qui ont à exercer dans chacun de vos milieux, ça me paraît être un document du milieu qui est très intéressant. Je tenais à vous le dire, d'entrée de jeu. C'est pour nous rafraîchissant d'entendre ça ce matin.

Je trouve que ça démarre bien la journée.

Je voudrais peut-être, dans un premier temps, refaire le constat que tout le monde fait et que vous faites aussi, pour ne jamais l'oublier. Cela **m'apparaît** extrêmement important. Malgré l'excellence de notre bilan à travers le Québec, surtout comparé à d'autres provinces et à d'autres pays, nous avons un bon bilan, mais nous avons aussi des faiblesses, comme des bébés de petit poids que l'on retrouve, de manière plus évidente, dans les milieux isolés, les milieux défavorisés et aussi chez les mères jeunes adoléscentes. En tout cas, c'est ce qui se dégage d'à peu près toutes les conversations qu'on a pu avoir, c'est dans les documents, mais c'est toujours bon de se le répéter, parce que c'est effectivement vers ces clientèles qu'on doit orienter notre action et tenter de régler une partie des problèmes qui subsistent.

On a entendu hier - hier soir aussi, c'était rafraîchissant parce que, pour la première fois, le corps médical est venu nous dire qu'effectivement il y avait de la place pour de l'amélioration dans la relation plus humaine du contact avec la mère ou avec la cellule familiale qui s'apprête à vivre ce que certains qualifient d'acte naturel, d'autres d'acte médical. C'est déjà une bonne partie du débat et je trouve très heureux que la commission puisse permettre ce genre de débat.

Ma première question va être la suivante. Vous nous dites qu'il faut, sur le plan de l'encadrement, au milieu local le soin de régir une bonne partie du fonctionnement du projet-pilote. Je trouve ça louable. Un projet-pilote ou une expérience de cette envergure, dans huit endroits différents, ne peut pas fonctionner à partir de la même organisation. Les principes d'évaluation et d'encadrement sont importants, mais on doit laisser une certaine souplesse. Est-ce qu'il n'y a pas quand même un minimum à donner à la fois aux sages-femmes et au corps médical et qui serait les deux points suivants - je l'ai dit hier, je le répète - premièrement, l'autonomie des sages-femmes et, deuxièmement, un support médical nécessaire? Lorsque je vous ai entendu parler de la relation, vous avez dit: Bien, on n'est pas si égoïste que ça, on ne les veut pas uniquement en centre hospitalier. C'est plausible aussi dans un CLSC pour autant qu'il ait une relation directe avec un centre hospitalier au cas où des événements malheureux surviendraient. J'ai compris que vous ne parlez pas uniquement pour votre chaire, mais qu'il y a de la place pour d'autres dans cette expérience de projets-pilotes.

Est-ce que l'autonomie de la sage-femme et le support médical ne sont pas deux conditions minimales pour s'assurer qu'on puisse avoir véritablement des projets-pilotes et être capables de mesurer toute la valeur positive ou négative de l'expérience?

M. Favre: Mme la Présidente, je demanderais au Dr Landry de bien vouloir répondre au ministre.

La Présidente (Mme Marois): Certainement.

M. Landry (Paul): Très brièvement, Mme la ministre. Je m'excuse, Mme la Présidente. Il s'agit de deux valeurs essentielles, je pense, pour toute profession et pour tout projet-pilote. D'une part, l'autonomie d'une profession est ce qui la caractérise. Donc, il faut très certainement trouver moyen de donner à un **intervenant**, si on veut réellement qu'il agisse comme un professionnel, la possibilité d'exercer son autonomie. D'autre part - et je pense que notre mémoire est assez explicite **là-dessus** - on ne saurait avoir des projets-pilotes sécuritaires et réalisables, compte tenu du fonctionnement de notre réseau, sans avoir un support de la part des médecins.

Je pense que c'est souvent une question de degré et on a fait la preuve dans nos hôpitaux qu'il y a moyen d'avoir des professionnels de différents types, des infirmières, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux qui, tout en gardant leur autonomie professionnelle, travaillent en équipe avec des médecins. Finalement, cette dynamique de l'équipe prend un certain temps souvent à se créer, mais il n'est ni impensable ni impossible de définir des conditions qui vont favoriser un tel rapprochement et le travail d'équipe au niveau des hôpitaux à l'intérieur des projets-pilotes. Les moyens peuvent être multiples. Il s'agit, je pense, dès le départ - et dans les différents projets les hôpitaux y verront - de respecter un petit peu les susceptibilités des différents intervenants. Il y a moyen d'enlever une partie des irritants pour la profession médicale de voir arriver un nouvel intervenant, pourvu que ça se fasse en douce. Je pense que les sages-femmes ont l'habitude d'utiliser des médecines douces ou des approches douces pour l'accouchement. Alors, avec le temps, dans les milieux qui vont accepter d'embarquer dans des projets-pilotes, il y a moyen de repasser les différences et d'en arriver à un travail d'équipe. Ça ne me semble pas du tout impossible. Ça ne sera pas facile. De fait, l'avantage d'un projet-pilote, c'est qu'on n'impose pas une formule mur à mur à tous les hôpitaux, ce sont des hôpitaux qui, volontairement, vont choisir de s'embarquer dans ces projets-là. Et je pense que ces éléments-là, si on se donne le temps de le faire, sont garants de succès.

La Présidente (Mme Marois): Merci.

M. Favre: Mme la Présidente, Mme Desrosiers voudrait ajouter un complément.

Mme Desrosiers (Gyslain): En fait, l'essentiel de notre proposition est à l'effet que, si on évite de proposer un cadre organisationnel préétabli, la concertation préalable entre les sages-femmes et les médecins d'un centre hospitalier, ne serait-ce que pour arriver à s'entendre et à présenter un projet-pilote à partir d'une grille, d'un devis d'éléments qu'on propose en modification à l'article 4, fera déjà foi de cette collaboration éventuelle. Par ailleurs, pour fins de garantie et peut-être du point de vue gouvernemental à l'effet que ces projets-pilotes favorisent éventuellement une autonomie acceptable pour les sages-femmes, nous proposons, à l'article 7, qu'au niveau de l'approbation comme telle des projets l'autonomie soit le premier critère et que le deuxième critère soit la continuité du suivi prénatal et postnatal. Ce qui veut dire que, de façon pratique, à la suite de la concertation entre sages-femmes et médecins et de l'approbation d'un conseil d'administration, par exemple, d'un hôpital, cet établissement-là soumettrait un projet. Si, par hasard ou par malheur, les éléments du projet ne sont pas satisfaisants sur le plan de l'autonomie, le comité provincial que nous proposons comme mesure d'encadrement de l'ensemble de l'opération pourrait, à la limite, refuser ce projet-pilote là. C'est le mécanisme qu'on propose.

M. Côté (Charlesbourg): Je fais un bon bout de chemin avec vous et je trouve que la proposition a beaucoup de sens. Mais je me dis: est-ce qu'il n'y a pas quand même un minimum à mettre dans la loi pour bien s'assurer que ça puisse fonctionner? Est-ce que, par exemple, l'un des moyens ne serait pas le privilège d'admission?

M. Landry: Mme la Présidente, cette question-là, je pense, est centrale et fondamentale à l'ensemble du débat. Comme vous savez, l'organisation hospitalière actuellement repose sur ce privilège d'admission et de congé. Donner son congé à un patient est aussi confié en exclusivité aux médecins. C'est une réalité qui est d'une extrême importance, parce que, comme vous le savez, un hôpital, c'est essentiellement un ensemble de lits. L'utilisation que l'on fait des lits a des impacts majeurs sur l'ensemble des coûts et sur l'organisation de l'hôpital. Alors, l'introduction du droit d'admission pour les sages-femmes, si cette commission et le gouvernement retiennent cette proposition, est un changement majeur dans l'organisation des services hospitaliers. C'est une option que vous pourriez conserver, mais il y en a d'autres.

Il y a deux autres options qui peuvent se présenter. La première serait celle, qui est peut-être un peu difficile, d'une admission conjointe et, encore là, cela pourrait faciliter la concertation qu'on souhaitait ou qu'on cherchait à établir

dans la première partie de la question du ministre tantôt. On pourrait avoir un mécanisme qui permettrait à une femme, qui est enceinte, d'être admise conjointement. Elle le serait au nom de son médecin traitant, mais elle serait suivie par une sage-femme qui pourrait procéder à l'accouchement et, au besoin, si par hasard il y avait une complication, faire appel au médecin traitant. Le problème que ça pose, c'est celui de la responsabilité conjointe du médecin, mais je pense qu'il y a plusieurs médecins qui seraient certainement prêts, quand la relation de confiance sera établie avec les sages-femmes, à accepter de partager cette responsabilité. Encore là, cela va prendre du temps, il va falloir que les médecins développent une confiance envers les sages-femmes. C'est sûr que ce serait plus facile si les sages-femmes étaient d'emblée des infirmières, parce que les médecins sont habitués de travailler avec des infirmières en milieu hospitalier et que la relation de confiance existe déjà entre eux. Il y a beaucoup d'infirmières qui, déjà, travaillent avec les médecins en milieu obstétrique.

Il y a une deuxième modalité. Ce n'est pas à nous de décider, on vous les livre à titre d'hypothèses. La deuxième modalité pourrait être celle d'une admission qui est faite par le DSP, le directeur des services professionnels. Une admission purement administrative éviterait de donner un droit d'admission à un nouvel intervenant, parce que cela, c'est réellement une brèche dans l'organisation hospitalière. Cela voudrait dire qu'à la limite, un peu plus tard, vous pourriez donner des privilèges d'admission à des psychologues, à des physiothérapeutes, à toute une série d'autres professionnels. À ce moment-là, le contrôle sur l'utilisation des lits deviendrait beaucoup plus difficile, parce que cela changerait le jeu et les rapports de pouvoir, enfin les rapports qui existent entre les différents intervenants.

Alors, il y a ces trois hypothèses-là. Vous donnez un privilège d'admission ou il y aurait un mécanisme d'admission conjointe comme cela existe dans certains hôpitaux. Il y a des hôpitaux où ce sont les généralistes qui admettent et le patient est suivi conjointement par le cardiologue, surtout par le cardiologue, mais le généraliste ou le médecin de famille est toujours là. Souvent il va faire une visite de courtoisie à son patient durant son hospitalisation.

La troisième hypothèse qui est plus administrative, plus prudente, ferait que le DSP admettrait d'emblée ces parturientes-là qui seraient par la suite suivies et traitées par une sage-femme. C'est une autre hypothèse.

La Présidente (Mme Marois): M. le ministre, brièvement, parce que ce serait à l'autre côté à poser des questions. Vous pourriez revenir par là suite.

M. Côté (Charlesbourg): C'est dommage, mais il vont faire partie des gens que je consulterai au mois de janvier très tôt, de manière privilégiée, pour finaliser, parce que je pense qu'on fait du chemin très intéressant ce matin. Évidemment, vous avez soulevé le problème de la responsabilité et vous l'avez évoqué tantôt de manière très sensée dans votre mémoire. Effectivement, je ne m'en souviens pas, mais je pense que c'est la Fédération des CLSC qui a déposé un document disant qu'il y aurait des possibilités de couverture d'assurances qui vont un peu à rencontre de ce que vous nous dites ce matin. Cela coûterait entre 500 \$ et 700 \$ pour chacune des sages-femmes, sur la foi d'une lettre déposée par une firme de courtage assez sérieuse. Alors, il y a un écart quand même assez important et j'aimerais vous entendre là-dessus. (12 h 30)

M. Favre: Bon, Mme la Présidente, nous administrons, à l'AHQ, un programme d'assurances au nom des hôpitaux. C'est une entreprise qui se chiffre par millions, une entreprise éminemment considérable et, je dirais, éminemment professionnelle. Il y a des aspects ici que nous, les profanes... On n'entre pas dans des considérations tout à fait spécialisées. Mais nous avons avec nous M. Kelly, qui est le directeur des programmes d'assurances. Il pourrait, en quelques mots, je pense, avant de répondre spécifiquement à la question posée, peut-être juste en quelques mots, dire ce qu'est ce programme d'assurances et comment est-ce qu'il fonctionne pour qu'on le comprenne. C'est une chose que, généralement, on ignore.

La Présidente (Mme Marois): Bien sûr, et ça éclairera les membres de la commission parce que cette question est revenue à quelques reprises, puis là on a différentes hypothèses devant nous. Allez-y, M. Kelly.

M. Kelly (Carol A.): Mme la Présidente, en 1986, le 1er avril 1986, alors qu'on venait de subir, dans l'industrie de l'assurance, toutes sortes d'anomalies ou de cycles, les hôpitaux se sont retrouvés sans être capables de s'assurer en ce qui concerne la responsabilité professionnelle. Il n'y avait aucun assureur, ni au Canada, ni au États-Unis, ni en Europe, qui voulait assurer les hôpitaux. Alors, en collaboration avec le ministère, nous avons mis sur pied une formule, formule qui consiste à ce que les hôpitaux acceptent une franchise importante par réclamation en matière de responsabilités.

Le programme a débuté avec une franchise de 2 000 000 \$ par réclamation. L'AHQ n'est pas un assureur. L'AHQ a un mandat des centres hospitaliers pour gérer cette franchise-là. La loi sur les services de santé exige que les établissements soient assurés par une police d'assurance de responsabilités civiles et professionnelles.

Donc, la façon dont nous procédons, c'est que nous avons un assureur qui couvre l'excédent, c'est-à-dire que l'AHQ gère la franchise de 3 000 000 \$ et l'assureur couvre 3 000 000 \$ excédentaires. Ce qui veut dire que les centres hospitaliers sont assurés présentement pour 6 000 000 \$ par réclamation: 3 000 000 \$ payables en vertu du fonds. Le fonds qui a été créé, étant donné que l'AHQ n'est pas un assureur et que nous ne devons pas aller à l'encontre de la Loi sur les assurances, est mis en place par le ministère parce que, comme vous le savez, si plusieurs personnes, au Québec, décident de se regrouper ensemble pour gérer une franchise d'assurances, ils deviennent assureurs et sont soumis à la Loi sur les assurances. Donc, pour éviter ça, c'est le ministère qui fait de l'auto-assurance, jusqu'à 3 000 000 \$, pour chacun des centres hospitaliers. Alors, ce fonds-là est constitué chaque année, au moyen d'une subvention. La subvention est transmise à l'AHQ et ce fonds-là est déposé, est placé en attendant qu'on puisse payer les réclamations. Les réclamations sont toutes rapportées au programme des assurances à l'AHQ qui gère entièrement le fonds et qui gère toutes les réclamations incluant, les réclamations ou les montants qui peuvent excéder les 3 000 000 \$ de franchise par réclamation. Autrement dit, l'assureur nous a donné tous les pouvoirs de le faire. Et c'est de cette façon que le programme fonctionne à l'heure actuelle.

Seulement pour vous donner une petite idée, en fait de statistiques, jusqu'au 31 mars dernier, nous avons eu, en responsabilités professionnelles, 620 réclamations. Nous avons des réserves établies pour 15 000 000 \$. Et en plus de ça, nous avons 45 réclamations concernant les accouchements ou en salle de travail. Pour ces 45 réclamations-là, nous avons 7 000 000 \$ de réserve à l'heure actuelle. Les réclamations en salle de travail ou lors d'un accouchement ne sont pas fréquentes, sauf que c'est le genre de réclamations qui coûtent cher. Sur les 7 000 000 \$ que nous avons à l'heure actuelle, on considère que, soit par manque d'un équipement, soit par une négligence ou quelque chose de ce genre-là, nous sommes responsables, que notre pourcentage de responsabilité pourrait s'établir à 50 % parce que, dans la majorité des cas, le centre hospitalier est poursuivi conjointement avec le médecin.

Tenant compte de tous ces facteurs, il faut évaluer l'impact financier de l'arrivée des sages-femmes en milieu hospitalier. Comme on l'indique dans le document et contrairement à un autre document qui a été déposé, l'assureur ne peut pas dire tout simplement: Je vais augmenter ma prime et je vais couvrir ce nouveau risque-là. En vertu des articles cités dans notre mémoire, l'assureur n'est pas obligé d'accepter un nouveau risque, surtout si le risque n'est pas connu. Pour l'assureur, lui, ce n'est pas compliqué, c'est: Est-

ce que je vais être obligé de payer quelque chose en bout de ligne? Et si je suis obligé de payer quelque chose, ce sera combien et ça vaut tant en primes. C'est purement mécanique et financier.

Donc, nous avons déjà entrepris les démarches en ce qui concerne l'assureur de l'excédentaire parce que, dans notre programme, on ne peut pas couvrir le nouveau risque si l'assureur de la somme excédentaire ne le couvre pas. Nous avons entrepris des démarches avec l'assureur de l'excédentaire. Notre assureur malheureusement, n'est pas un assureur québécois ni un assureur canadien parce qu'il n'y en a pas qui veulent couvrir les hôpitaux. Donc, c'est un assureur américain. À l'heure actuelle, aux États-Unis, la prime par sage-femme est de 20 000 \$ par année. Étant donné que nous avons une franchise de 3 000 000 \$, l'impact va être beaucoup moins fort vis-à-vis de l'assureur de l'excédentaire. Mais ce qui est important pour l'AHQ, c'est d'évaluer, par des études **actuarielles**, quel sera l'impact financier, combien nous aurons à payer de réclamations, disons, d'ici quelques années ou combien par année, et quel sera l'impact financier pour le réseau, finalement, de ce nouveau risque-là. Nous avons commandé des études actuarielles. On ne peut pas prendre ce qui existe ici à l'heure actuelle; on n'a pas de chiffres.

Donc, nos actuaire vont aller chercher des chiffres aux États-Unis et en Europe, ils vont faire des simulations et nous allons tenir compte du contexte québécois, aussi bien légal que social et nous allons simuler, pour plusieurs années, l'impact financier que cela pourrait avoir dans la franchise gérée par les centres hospitaliers.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. On vous remercie de ces éclairages. M. le député de La Prairie, s'il vous plaît.

M. Lazure: Merci, Mme la Présidente. Je veux remercier l'AHQ et la féliciter aussi pour l'excellence de sa présentation. Je peux vous assurer, Mme la Présidente, qu'il n'y a pas eu de consultation ces jours derniers entre l'AHQ et moi. Nous sommes, sur quelques sujets, sur la même longueur d'onde, en particulier en ce qui concerne le modèle organisationnel.

Comme l'AHQ, Je répète que j'ai la conviction profonde que des projets-pilotes qu'on voudrait implanter dans un hôpital ou un CLSC, quant à ça, et qui ne seraient pas acceptés par le consensus du personnel de l'institution, médecins et infirmières notamment, mais l'ensemble du personnel, seraient voués à l'échec. Moi, je pense qu'avec ce mémoire le ministre a un excellent instrument pour bonifier, améliorer le projet de loi. Je crois que le modèle unique de l'organisation - j'en ai parlé un peu hier - est à rejeter. Je pense qu'il faut retenir la suggestion

fort intéressante faite par l'AHQ qui demande l'abolition des articles qui touchent les modalités structurelles et **organisationnelles** et proposent, en contrepartie, un ensemble de conditions précises en vertu desquelles serait approuvé tout projet présenté par un établissement de santé.

Je pense que c'est une piste très intéressante. Ça permettrait aux sages-femmes qui entreraient dans un hôpital ou dans un CLSC d'éviter ce qui était en train de se créer dans notre société, soit un climat de tension, pour ne pas dire plus, entre médecins d'un côté et sages-femmes de l'autre côté. Pour les sages-femmes qui iraient pratiquer dans un tel climat, évidemment, ce serait invivable.

Je pense qu'il faut retenir que l'hôpital ou le CLSC où il y aurait une expérience-pilote devrait avoir la motivation de recevoir cette expérience-pilote, devrait pouvoir négocier avec un comité central, un comité consultatif central, peu importe comment on l'appelle, comme le mémoire le dit ici, les conditions précises en vertu desquelles serait approuvé un projet-pilote, laissant place, de cette façon, à une certaine flexibilité entre un projet qui se déroulerait dans un hôpital et un projet qui se déroulerait dans un CLSC ou ailleurs. Et, même entre deux hôpitaux, les conditions pourraient être différentes.

Je pense que le mémoire, je le trouve particulièrement bien fait et particulièrement pertinent, surtout qu'il correspond à peu près à 100 % à la position que j'exprimais hier sur certains points. Je pense que, s'il y a un groupement qui peut contribuer à améliorer le climat actuel par rapport aux sages-femmes... Parce qu'il ne faut pas se faire d'illusions! Il y a un climat de tension entre les sages-femmes, d'une part, et les médecins, d'autre part. Il ne faut pas faire le jeu de l'autruche et nier qu'il existe. Il existe. Si on veut que les sages-femmes fonctionnent de façon normale, comme tout autre professionnel dans un hôpital, durant cette expérience-pilote, il faut absolument que ce climat soit changé, et les propositions de l'AHQ, je pense, constituent un très bon instrument.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le député. Mme la députée de Marie-Victorin.

Mme Vermette: Oui. En fait, pour aller un petit peu dans la même veine que mon collègue, je suis d'accord avec cette ouverture d'esprit dans le sens qu'on dit qu'il faut établir un consensus. Je pense que c'est important d'établir ce consensus. Maintenant, tantôt, on parlait de garantie d'esprit de collaboration. Là, il n'y en a pas. On n'a aucune garantie, ni, d'une part, des médecins ni, d'autre part, des infirmières. On sait que ce qui est mis en cause, actuellement, c'est la pratique des sages-femmes. Même dans votre **mémoire**, en tout premier lieu, vous faites

mention que ce n'est pas nécessairement en établissant une nouvelle structure qu'on va régler le problème de la périnatalité.

Donc, où est-elle, cette garantie, d'une part? Est-ce que le fait que ce sera à l'intérieur d'un hôpital, où il y aura davantage de médecins et d'infirmières qui participeront justement aux prises de décisions en ce qui concerne le cadre bien défini de la pratique, sera une meilleure garantie de collaboration, à votre avis? Et, comment pourrait-on en arriver à cette garantie de collaboration? D'autre part, vous n'avez pas touché du tout le volet des plaintes parce qu'il a été souvent... Oui? O.K. Il a été souvent dit que les plaintes devront être acheminées à l'AHQ, en ce qui concerne une "malpratique" où il arrive des séquelles. Cela a été dit, en tout cas dans d'autres mémoires, en fait, parce qu'on cherchait à savoir où devront être acheminées ces plaintes et qui devront évaluer, finalement, ces plaintes.

Ce qui me fait un peu peur c'est que, lors de certaines expériences s'il arrive des cas, malheureusement, des cas dramatiques, pour X nombre de raisons, finalement, on évoque que les projets-pilotes sont dangereux ou que la pratique de sages-femmes peut être dangereuse. Et ça me fait peur car, si les mentalités ne sont pas propices à recevoir justement les sages-femmes et, plus particulièrement, le monde médical aussi, on les pointera toujours du doigt, on les aura beaucoup à l'oeil et, finalement, on sera plus "tatillonneux" sur leur pratique et sur les résultats de la pratique.

Une voix: Mme la Présidente!

La Présidente (Mme Marois): Oui?

Une voix: Est-ce que Mme Desrosiers peut répondre brièvement?

La Présidente (Mme Marois): Certainement. Je voudrais juste indiquer à tout le monde qu'on a évidemment terminé notre temps mais qu'on va prendre encore un petit moment. Il s'agit d'essayer de se ramasser un petit peu, tout simplement, mais de prendre le temps quand même, de bien donner l'information à laquelle vous tenez.

(12 h 45)

Mme Desrosiers: Mme la Présidente, j'aimerais signaler qu'avant même que le projet de loi soit déposé, dans les dernières années, on connaît quelques hôpitaux qui avaient déjà commencé à négocier avec des sages-femmes. Il y a même un hôpital de la région de Québec qui était très avancé dans l'élaboration d'un éventuel projet-pilote. On en connaît également un à Montréal et quelques autres commençaient à s'y intéresser. Donc, avant même que le projet soit déposé, il y avait déjà des intentions ou des intérêts indéniables de certains départements de

gynécologie-obstétrique.

Évidemment, avec les manifestations actuelles des organisations médicales, je ne sais pas si ces intentions-là vont se poursuivre, mais toujours est-il qu'elles existaient. Des sages-femmes avaient réussi à communiquer avec des départements et avaient déjà élaboré des ébauches de projets-pilotes fort substantielles. Ce qui veut dire qu'a priori on pense qu'il y a une concertation possible, tout au moins afin d'en arriver à élaborer un projet-pilote.

Donc, ce qu'on suggère, c'est qu'il y ait des garanties de volontariat de projets-pilotes. Et cette garantie-là c'est, éventuellement, pour favoriser l'émergence de ces intérêts, de ne pas leur proposer de modalités organisationnelles a priori. Mais je répète ce qu'on disait tantôt, c'est que, si vous voulez vous donner des garanties, en termes de champ de pratique, ou d'autonomie, ou de type de projet, ces garanties ne devraient pas être au niveau des garanties organisationnelles, mais au chapitre des modalités d'approbation des projets-pilotes. Advenant qu'il y ait foule, émergence de 20 établissements voulant des projets-pilotes - je caricature - le...

La Présidente (Mme Marois): Pourquoi pas?

Mme Desrosiers: ...comité provincial d'évaluation et de suivi des projets-pilotes qu'on suggère pourrait évaluer, au mérite, les projets présentés et les conditions organisationnelles dans lesquelles ils désirent opérer pour savoir si c'est satisfaisant sur le plan des garanties d'autonomie de pratique, sur le plan de la continuité du suivi, etc. C'est ce qu'on suggère. Concernant les mécanismes de plaintes, peut-être ici que notre avis juridique pourrait vous dire qu'on fait des suggestions fort précises dans notre mémoire là-dessus, parce qu'il doit y avoir, évidemment, des contrôles de qualité de la pratique.

M. Bourbonnais (Pierre): En fait, c'est un petit peu ce qui surprend dans le projet de loi 4, quand on connaît les mécanismes autant en ce qui concerne le système des hôpitaux qu'en matière de régime professionnel, ce peu d'attention qui leur est accordé dans le cadre du projet de loi 4. Il me semble, bien qu'on ne le souhaite pas, qu'une loi qui viendrait régir la pratique des sages-femmes, même dans le cadre d'un projet-pilote, devrait toucher, normaliser cette question. Nous suggérons une approche dans notre mémoire. Mais notre message est à l'effet qu'il devrait y avoir des dispositions précises qui permettraient d'intervenir, pour l'établissement, lorsqu'il y a des conduites qui ne sont pas acceptables pour une sage-femme.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Oui, madame.

Mme Lajoie (Mireille): J'aimerais peut-être rajouter, par rapport à la garantie future du maintien du travail de la sage-femme, qu'il faut peut-être se rappeler et ne pas oublier que la nature du travail de la sage-femme doit être différent de la nature du travail de l'obstétricien. C'est la définition même du travail de sage-femme. Elle doit s'adresser à une personne non seulement pendant l'accouchement, mais, surtout et avant tout, avant l'accouchement et après l'accouchement. Je pense que si on est capable d'illustrer la capacité d'une **sage-femme** d'intervenir auprès de clientèles plus défavorisées, parce que c'est habituellement vers cette **clientèle-là** qu'on dirige nos actions si on veut diminuer les bébés de petit poids et les risques reliés à des maternités qui sont moins assurées, on va pouvoir démontrer que le travail même de la sage-femme, il est distinct.

Il n'est pas en compétition avec le travail de l'obstétricien, mais il s'adresse à des clientèles peut-être différentes et dans un objectif différent. Alors, je pense que si on arrive à le démontrer, la garantie va être là.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Dr Lajoie. Ça va? Oui, M. le député de Fabre.

M. Joly: Brièvement, Mme la Présidente. Je brûle d'envie de poser une petite question. En fait, dans l'ensemble, on semble supporter, de par le contenu du mémoire, l'idée qu'on aille de l'avant avec un projet de loi, du moins c'est ce que votre association, disons, démontre. Sauf que, dans une partie de votre mémoire, il y a une petite douche d'eau froide qui est jetée en ce qui concerne la responsabilité civile et professionnelle où on lance un chiffre de 2 500 000 \$ de prime d'assurance. Si on regarde le projet comme tel, on dit que ce sera établi dans huit endroits différents et qu'il y aura une possibilité, peut-être, d'une cinquantaine de sages-femmes. Partant de là, avec la capacité maximum qu'une sage-femme a, de par la qualité des soins qu'elles nous ont démontrée, soins qu'elles donnaient et qu'elles donneraient autant avant, pendant et après, on arrive à une capacité maximum de 2500 enfants qui naîtront par le biais du concours des sages-femmes. Si on prend un montant de 2 500 000 \$ et qu'on divise ça par 2500 enfants, on en arrive à une prime de **1000 \$** par enfant au chapitre du risque.

Je pense qu'on a été excessivement prudents ou qu'on a démontré une peur démesurée pour en arriver à dire que, comparativement aux États-Unis où on dit qu'on demande 20 000 \$ de prime, c'est rendu qu'on demande aux sages-femmes du Québec 50 000 \$ de prime, parce que c'est 50 enfants multipliés par 1000 \$. Mon raisonnement, ce qui m'amène à vous soumettre ces chiffres, c'est que je me demande s'il n'y a pas eu une peur démesurée ou si c'était volontaire d'en

arriver à donner un chiffre de 2 500 000 \$.

La Présidente (Mme Marois): Oui, s'il vous plaît.

M. Kelly: Mme la Présidente, tout d'abord, tel qu'indiqué dans notre mémoire, nous sommes en train de faire faire les études actuarielles. La seule chose que je vais ajouter ici, c'est qu'à ce chapitre si on a seulement *une* réclamation par année pour un enfant à la naissance, par exemple, qui devient **quadriplégique**, bien, c'est une réclamation qui, vérifiée par la jurisprudence, vaut 2 400 000 \$. Qu'il s'agisse d'un enfant, d'une réclamation par année comme ça, et...

M. Joly: Je ne suis pas contre ça. Je ne voudrais pas qu'on règle la réclamation avant qu'elle arrive.

M. Kelly: D'accord.

M. Joly: Je voudrais qu'on s'entende sur ce que ça coûte vraiment comme risque, à savoir: Est-ce que chez nous, au Québec, ça sera 50 000 \$ par sage-femme pendant qu'aux États-Unis c'est 20 000 \$, d'après ce que vous dites, même si elles sont assistées par des médecins, alors qu'on sait qu'ici au niveau professionnel, ça **coûte** en moyenne entre 10 000 \$ et 13 000 \$ pour les spécialistes? Donc, il y a des choses qui sont reflétées et qui, à mon sens, auraient peut-être dû être vraiment investiguées avant d'être extrapolées.

La Présidente (Mme Marois): Je crois que Mme Desrosiers veut donner un complément.

Mme Desrosiers: Je voudrais **peut-être** faire des petits correctifs, Mme la Présidente. En fait, ce qu'on a exprimé ce n'est pas notre inquiétude à nous. Nous, l'Association des hôpitaux, si on supporte l'idée de projets-pilotes c'est qu'on a confiance qu'éventuellement ils pourraient faire une démonstration favorable. Ce qu'on a dit, c'est qu'indépendamment même de l'arrivée de projets de sages-femmes, on a eu, par le passé, des difficultés à avoir des assureurs intéressés. Donc, ce qu'on vous exprime, c'est l'inquiétude qu'on connaît des assureurs, et ce qu'on vous a exprimé, ce sont deux mécanismes différents. En fait, il faut prévoir des fonds pour couvrir les réclamations éventuelles et c'est ce fonds qui se chiffre par millions, éventuellement. C'est une réserve actuarielle qui est à prévoir. Si le gouvernement désirait ne pas la mettre maintenant et dire: La journée où il y en aura une on la paiera... Mais, en fait, ce qu'on dit, c'est que les millions ne sont pas au chapitre de la prime, ils sont au chapitre des réserves actuarielles pour la gestion de notre franchise.

L'autre élément concernant la prime qui

sera exigée par l'assureur de l'excédentaire, on n'en connaît pas l'importance exacte. On vous a donné un exemple de la prime qui est en vigueur aux États-Unis et, encore là, ce sont des mécanismes. L'évaluation des risques par les assureurs ne met pas en cause la compétence des sages-femmes, aucunement. Strictement en termes de statistiques concernant les poursuites éventuelles, selon l'expérience acquise actuellement en Amérique du Nord concernant des poursuites éventuelles pour un bébé qui aurait des problèmes à la naissance, ce sont des réclamations qui se chiffrent par millions, c'est tout. En fait, nous, le principe est que, comme employeur, on serait éventuellement obligé de les couvrir dans le cas où elles seraient nos employés. Ce n'est pas une inquiétude qu'on veut exagérer ou une douche froide, aucunement. On voulait simplement sensibiliser la commission à cet aspect qui doit tout simplement être pris en compte.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Oui, M. le président.

M. Favre: Mme la Présidente, puis-je ajouter qu'on dit bien souvent que "plaie d'argent n'est pas mortelle". Il faudrait donc que le projet ou les projets-pilotes ne soient pas mis à mort à la suite de constatations qui sont un peu inquiétantes, il est vrai. Mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que les assureurs, lorsqu'ils voient arriver des projets-pilotes, s'interrogent sur les risques. Ils se disent: Pourquoi fait-on des projets-pilotes? C'est peut-être parce qu'on n'a pas toutes les garanties, au départ. J'ai l'impression que c'est quand même un peu la réalité que nous vivons aujourd'hui. Les assureurs, Mme la Présidente, sont là, vous le savez, pour faire certains profits.

La Présidente (Mme Marois): C'est la règle du jeu, semble-t-il.

M. Favre: Donc, nous sommes obligés de dialoguer avec eux, et ce n'est pas facile. On a expliqué le climat dans lequel l'association a construit un climat de confiance et disons qu'on est obligés de tenir compte de cette réalité.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Ça va. Peut-être que mon collègue...

M. Gauthrin: Moi, je voudrais profiter...

La Présidente (Mme Marois): Oui, très brièvement, si vous me le permettez.

M. Gauthrin: Très brièvement, je voudrais profiter du fait que le président de l'Association

des hôpitaux est un ancien doyen de la Faculté des études supérieures pour poser une question sur la formation des sages-femmes. Autrement dit, comment voyez-vous la formation des sages-femmes par rapport à la formation en sciences infirmières? Est-ce que c'est une spécialisation de deuxième cycle des sciences infirmières? Est-ce que c'est au niveau du premier cycle pour vous? Est-ce que ce serait plus au niveau de la formation en Faculté de médecine? Je voudrais avoir vos commentaires sur la formation des sages-femmes telle que vous la verriez, vous, comme directeur et, bien sûr, ancien doyen de la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal.

M. Favre: Mme la Présidente, on me demande ici de quitter mon chapeau, de le virer de 60 degrés pour revenir à l'université à laquelle j'appartiens, évidemment. Bon, cette question est abordée souvent et, moi, je dirais, en fait, que justement les projets-pilotes sont là pour nous éclairer. On n'a pas véritablement, disons, d'idées extrêmement précises. D'autre part, je pense que, lorsqu'on se sera fait une idée, il faudra que les universités... Il y a une chose, je pense, qui est claire, c'est qu'il faudra que ce soit de niveau universitaire.

M. Gauthrin: Premier cycle ou deuxième cycle?

M. Favre: Oh! Commençons par le premier cycle et on verra par la suite si, disons, c'est de deuxième cycle. Il faut faire attention; l'inflation nous est commune au Québec. Si c'est déjà de niveau universitaire, avec une bonne préparation dans les cégeps, comme ça se fait pour un programme en santé, avec par la suite, disons, des internats ou des contrôles professionnels une fois qu'une corporation sera érigée, je dirais qu'on aurait là les éléments. Mais c'est prématuré pour le moment de dire exactement comment ça va se faire, parce qu'il y a deux éléments. D'abord, il y a les universités; ensuite, il y a les corporations professionnelles. Les ordres professionnels sont là pour surveiller l'arrivée à la pratique professionnelle et surveiller la pratique professionnelle. On ne peut donc pas anticiper et décider a priori que ça devrait se faire comme ci, comme ça, comme ça. Mais c'est l'expérience-pilote, Mme la Présidente, qui devrait nous aider, nous guider afin de voir clair dans ce dossier.

La Présidente (Mme Marois): Merci d'avoir mis cet autre chapeau. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier. Comme vous voyez, on a débordé, mais c'est parce que c'est assurément très intéressant. C'est une très bonne contribution et on se

revera très tôt, au début du **mois** de janvier, pour achever la rédaction de ce que sera le projet de loi.

La Présidente (Mme Marois): On vous remercie d'être venus.

J'inviterais maintenant, sans plus de préambule, le Conseil des affaires sociales, s'il vous **plaît**, à prendre place, les représentants du conseil.

Je vous préviens dès maintenant, pendant que le changement se fait, que c'est un nouveau mémoire pour le Conseil des affaires sociales. J'imagine que vous l'avez **par-devers** vous, le 22 M.

Alors, si les membres de la commission veulent bien reprendre leur siège, s'il vous **plaît**. Comme nous avons pris un peu de retard, sans vous brusquer, j'aimerais que l'on puisse procéder.

Alors, Mme la présidente, si vous voulez nous présenter les personnes qui vous accompagnent et ensuite procéder à la présentation de votre mémoire.
(13 heures)

Conseil des affaires sociales

Mme Blanchet (Madeleine): Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, **Mmes** et MM. les députés, j'aimerais vous présenter les personnes qui vont représenter le Conseil des affaires sociales.

À ma droite, Mme Solange Fernet-Gervais. Mme Fernet-Gervais est membre du Conseil des affaires sociales depuis de nombreuses années. Elle a oeuvré principalement dans les milieux du bénévolat et a été présidente d'associations féminines aussi prestigieuses que l'ACFAS au moment où l'ACFAS examinait la question des sages-femmes. Elle est mère de sept enfants et grand-mère de onze petits-enfants, dont un certain nombre ont été accouchées par des sages-femmes.

À ma gauche, Hélène Valentini, qui est agente de recherche au Conseil des affaires sociales. Hélène a préparé avec le Conseil l'avis que le Conseil avait fait antérieurement et elle a préparé également la matière que nous allons vous présenter aujourd'hui, bien entendu, avec le reste du Conseil des affaires sociales. Hélène aussi a eu deux enfants, dont un tout récemment. Dans les deux cas, l'accouchement a été fait par une sage-femme. Alors, vous voyez que vous avez ici de quoi poser des questions **peut-être** d'ordre tout à fait pragmatique sur la pratique des sages-femmes.

Sans plus tarder, vous avez devant vous un mémoire qui a déjà été présenté le 6 décembre par le Conseil des affaires sociales. Mais, si vous permettez, je vais le résumer et je vais tenter de rester tout à fait dans les limites qui nous

sont allouées.

Les travaux de cette commission se déroulent au moment où toute la société québécoise s'inquiète de son avenir démographique, devant le faible taux de natalité qui la caractérise. Il est donc de toute première importance que les couples qui attendent actuellement un enfant ou qui planifient la venue d'un enfant puissent vivre l'expérience de la maternité dans un climat de sérénité et l'accouchement dans la joie. Or, l'accent mis au cours des dernières années sur la notion du risque de la maternité et de l'accouchement produit l'effet suivant: celui de créer chez les femmes enceintes un climat de crainte et même d'angoisse. Vous comprendrez avec moi que cette notion de risque offre peu de chances d'encourager les couples à mettre au monde un grand nombre d'enfants.

Ainsi, une recherche récente de la sociologue Anne Quéniart, de l'Université de Québec à Montréal, montre que le sentiment dominant chez les femmes enceintes est un sentiment d'anxiété vis-à-vis de la maternité et de l'accouchement et encore plus vis-à-vis de l'état de leur enfant. C'est dans ce climat d'idées, ce courant d'idées axé sur le risque et l'interventionnisme... Est-on vraiment en train d'oublier que le processus de l'enfantement, après tout, est parfaitement normal, physiologique et que ça n'est certainement pas une maladie?

La sage-femme, c'est là son intérêt, c'est celle qui incarne cette conception positive de la maternité. La maternité réussie, c'est beaucoup plus qu'un enfant et une mère qui survivent à l'accouchement. C'est aussi l'occasion d'un épanouissement lié à la participation active de la mère à l'acte de la naissance. Ce que les femmes qui ont été accompagnées par une sage-femme tout au long de leur grossesse et de leur accouchement et de leur suite de couches ont surtout apprécié chez cette professionnelle, c'est sa disponibilité, le temps qu'elle consacre à expliquer le processus de l'accouchement, à assister la future mère, du début des contractions jusqu'à la naissance du bébé. Pendant le travail, elles ont aimé, disent-elles, le réalisme, la prudence et le sérieux de ces sages-femmes. Si elles avaient un autre enfant, elles souhaiteraient de nouveau être accompagnées d'une sage-femme et de nouveau être maîtres d'oeuvre de la naissance de leur enfant. Donc, aide et support par opposition à contrôle et intervention.

Le Conseil est fermement convaincu que les progrès futurs que fera le Québec dans le domaine périnatal dépendront essentiellement de la prise en compte des aspects sociaux et psychologiques de la maternité, tout autant que ses aspects biologiques et médicaux. En 1973, le ministère de la Santé et des Services sociaux se fixait comme objectif d'une part de diminuer de moitié les mortalités périnatales et d'autre part de ramener le pourcentage de naissances avant

terme et d'enfants de faible poids au niveau de celui de la Suède, c'est-à-dire à 4 %. Quinze ans plus tard, l'objectif de la diminution de la mortalité était atteint: d'un taux de 17,9 % en 1970, le taux est passé à 8,2 % en 1988, alors que pour les naissances avant terme et les enfants de faible poids, l'objectif est loin d'être atteint. En 1970, le pourcentage de ces naissances était de 8,3 % et il s'élève encore à 6,9 % en 1988. En nombre absolu, il s'agit de 6000 nouveau-nés et c'est ça qui nous préoccupe le plus.

Ces problèmes de prématurité et de faible poids - le ministre l'a évoqué - demeurent très élevés. Nous sommes au quinzième rang des pays de même niveau socio-économique que le nôtre pour cet indicateur et les naissances à moins de 2000 grammes, qui sont celles qui contribuent le plus à la morbidité et à la mortalité périnatale, n'ont pas diminué de façon sensible depuis 1979. On sait que certains quartiers défavorisés de Montréal ont un taux de bébés de petit poids à la naissance supérieur à celui de plusieurs pays du tiers monde: Pointe-Saint-Charles, 12,9 %; Centre-sud, 11,5 %; Saint-Henri, 10,9 %, et ceci, en dépit de l'excellence des services spécialisés et malgré l'accès universel à ces services. On doit constater l'impuissance du réseau des services de santé et des services sociaux à rejoindre les clientèles d'adolescentes et de femmes issues de milieux défavorisés.

Selon le Dispensaire diététique de Montréal, il s'agit de 25 000 Québécoises issues de milieux à faibles revenus qui deviennent mères chaque année et près de 4000 d'entre elles sont des adolescentes. Pour ces femmes, la nécessité d'une approche globale ne fait aucun doute: elles ont besoin d'aide, de soutien psychologique, de suppléments alimentaires même, tout autant que des examens habituels de la surveillance médicale. C'est ici, nous semble-t-il, que la sage-femme pourra jouer un rôle primordial en assurant la continuité des soins et en apportant l'aide psychologique et sociale dont elles ont besoin. Les sages-femmes entreront dans les familles, dans les maisons, tout comme le médecin le faisait auparavant.

Les services de sages-femmes toucheront des femmes vivant des conditions socio-économiques diverses, mais c'est aussi auprès des femmes issues des milieux défavorisés que le rôle de ces professionnelles sera important. C'est pourquoi le rapport sera très apprécié dans les équipes multidisciplinaires comme on en retrouve dans les CLSC. Ces équipes pourront alors déployer avec encore plus d'efficacité leurs efforts pour rejoindre les adolescentes et les femmes enceintes qui échappaient jusqu'à maintenant aux rencontres prénatales.

C'est aussi au moment de la naissance que le soutien accordé par la sage-femme est particulièrement apprécié des femmes. La présence constante, je le répète, de la sage-femme depuis

le début des contractions jusqu'à la fin de l'accouchement, ses conseils et son art permettent à celles qui ont choisi d'accoucher naturellement, sans aucune intervention, de recevoir le soutien nécessaire pour traverser sans encombre cette étape cruciale de la vie d'une femme.

Au cours des dernières années, les restrictions budgétaires ont réduit le personnel affecté à la surveillance des femmes en travail. Cette surveillance est assurée souvent par des appareils de monitoring du coeur foetal qui sont reliés à un poste de contrôle où se trouvent une ou plusieurs infirmières. Si certaines femmes peuvent se trouver rassurées par l'usage de cet appareil, on ne peut pas affirmer que cette façon de faire soit idéale lorsque la grossesse est absolument normale et qu'aucune complication n'est prévue. Cette façon de voir du risque présumé est tellement omniprésente que les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent de nos jours sans complication représentent actuellement des exceptions.

Les membres de cette commission ont pris connaissance des taux élevés d'interventions au Québec. Peut-être ne savent-ils pas que ces taux varient considérablement selon les régions, sans que l'état de santé des femmes ne soit en cause. Ainsi, en moins de dix ans, le pourcentage d'accouchements présentant des complications a considérablement augmenté, passant de 72,3 % à 83 %. Cette situation ne peut s'expliquer, comme on l'a déjà proposé, par une plus forte proportion de naissances chez les femmes de 35 ans et plus, parce que pendant ces années-là le pourcentage n'a augmenté que de 5 %. Par ailleurs, en ce qui concerne les différentes formes d'anesthésies administrées lors de l'accouchement, près de neuf femmes sur dix accouchent sous anesthésie générale, épidurale ou locale. Bien que l'anesthésie générale soit en légère régression, l'anesthésie épidurale est en progression constante.

En 1986-1987, une femme sur quatre a donné naissance sous épidurale et l'épidurale est utilisée, pour un accouchement sur deux dans les régions de Québec et de l'Estrie, cette forme d'anesthésie étant pratiquement inconnue dans d'autres régions telles que l'Outaouais, Laurentides-Lanaudière, la Gaspésie, alors qu'on sait que l'épidurale est tout à fait indiquée dans les cas de césariennes.

Même si on observe une légère diminution de l'utilisation des ventouses et des forceps, il n'en demeure pas moins qu'en 1987-1988 presque une femme sur cinq a été accouchée à l'aide de forceps ou de ventouses. Et les régions où l'on observe les plus hauts taux d'anesthésie péridurale sont aussi celles où on enregistre les plus forts taux de forceps et de ventouses.

Quant au taux de césariennes, il est passé de 16,3 % à 19,5 % dans les cinq dernières années. Toutes les régions du Québec ont connu

une augmentation au cours de cette période, les régions éloignées ayant enregistré la plus forte croissance. Les taux de césariennes varient beaucoup selon les régions, allant d'un taux relativement faible de 12 % en Estrie, taux qui se situe dans les limites recommandées par l'OMS et également par la Corporation des médecins, à un taux fort élevé de 22 % au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Et, ici, je vais vous dire une chose qui est assez stupéfiante. C'est que le taux de mortalités périnatales dans ces deux régions est exactement le même. Alors, ça nous laisse assez surprises de voir qu'on peut avoir des variations aussi considérables dans les taux d'intervention pour exactement le même résultat. On assiste donc non seulement à l'invasion des technologies, mais également à leur utilisation en cascade. L'épidémiologie entraîne l'utilisation de forceps ou de ventouses et l'utilisation de ceux-ci entraîne l'épisiotomie.

Tout ceci montre à quel point la pratique obstétricale des dernières années a été marquée du sceau de l'interventionnisme. L'intégration des sages-femmes dans les équipes périnatales pourra contribuer, nous **semble-t-il**, à modifier certaines de ces pratiques. Pour s'en convaincre, si on examine la comparaison entre le Québec et les Pays-Bas que vous pouvez voir à l'annexe, page 21, annexe qui figure ici à la fin, vous voyez que dans le cas des Pays-Bas, les taux de mortalité du Québec et des Pays-Bas sont assez comparables et le taux de césariennes est trois fois plus élevé au Québec qu'aux Pays-Bas, et également le taux d'extractions manuelles. Et même, au risque d'en surprendre plusieurs, on sait qu'aux Pays-Bas il y a quand même 35 % des accouchements qui ont lieu à la maison.

En définitive, le Québec a franchi, au cours des quinze dernières années, une étape importante dans la lutte contre la mortalité périnatale. Mais maintenant, ce qu'il lui reste à faire, c'est de s'attaquer aux facteurs sous-jacents des maladies du nouveau-né, soit la naissance avant-terme ou la naissance d'enfants de petit poids. À cette fin, l'accent mis, au cours des dernières années, sur le risque médical doit céder le pas à une approche globale qui considère à la fois les risques sociaux et les risques biomédicaux.

En outre, la tendance actuelle pousse à prendre en considération le côté humanitaire et personnalisé de la naissance et d'ajuster ainsi la pratique aux besoins et aux aspirations de chaque couple. C'est pourquoi le Conseil croit que l'intégration de la sage-femme au système de soins viendra compléter heureusement la panoplie des services offerts actuellement. Dans une société pluraliste comme le Québec d'aujourd'hui, offrir cette option aux femmes et aux couples qui la désirent ne peut qu'être favorable à l'accueil à la vie dans un climat de confiance et de sérénité.

J'aborderai maintenant certains aspects du projet de loi. Le Conseil est très heureux de constater, M. le ministre, que vous êtes prêt à apporter des modifications substantielles au projet actuel. À notre avis, il y a quatre omissions importantes. La première concerne la légalisation de la profession de sage-femme. Seule la légalisation peut protéger le public contre les pratiques clandestines qui risquent de se perpétuer. En outre, la pratique dans le cadre des projets-pilotes ne permettrait qu'à un nombre limité de femmes de bénéficier de ce service. La demande actuelle pour les services de sages-femmes ne serait donc pas nécessairement comblée. Pendant plusieurs années, il y aurait deux types de sages-femmes: celles qui pratiquent dans la légalité et celles qui pratiquent dans l'illégalité. En définitive, deux types de femmes: celles qui accouchent librement et celles qui sont confinées à la clandestinité. (13 h 15)

La deuxième omission a trait à la formation et à l'actualisation des connaissances. On sait que les sages-femmes actuellement en pratique ici ont une formation de niveau inégal en raison du fait que l'exercice de la profession n'a pas encore été réglementé. Il faut donc prévoir un mécanisme de formation et d'actualisation des connaissances qui permettrait d'assurer une qualité de soins uniforme, quel que soit le lieu de pratique et ce, pour toutes les sages-femmes en exercice. Il faut s'assurer que cette formation soit au niveau de celle qui fait l'excellence des sages-femmes dans la Communauté économique européenne.

La troisième omission a trait à l'absence des CLSC du projet de loi. Le Conseil croit que c'est en diversifiant les lieux de pratique que l'on pourra déterminer le contexte d'exercice le plus propice, celui où la science et l'art de la sage-femme pourront le mieux être au service des femmes et des couples.

En effet, pour nous, les projets-pilotes de la loi ne sont pas une fin en soi. Ils constituent surtout un moyen pour faciliter l'interaction entre les professionnels concernés et examiner comment peut se faire cette intégration de la sage-femme dans une équipe périnatale. Ces projets permettront aussi de vérifier l'atteinte des objectifs que se fixe le ministère en matière de **périnatalité**; la diminution des naissances avant terme, les enfants de faible poids, la réorientation de l'approche vers une conception plus normale de la maternité ainsi que la baisse des taux d'intervention sont les plus urgents à poursuivre.

Les CLSC présentent le grand avantage de pouvoir cibler des clientèles ayant des **caractéristiques** particulières et qui permettent, entre autres, de rejoindre plus facilement des femmes de milieux socio-économiques défavorisés. Les CLSC devraient pouvoir présenter plusieurs

types de projets-pilotes. D'une part, ils pourraient offrir des services de sages-femmes couvrant l'ensemble de la période périnatale, à l'exception de l'accouchement qui se déroulerait en milieu hospitalier. D'autre part, ils pourraient mettre sur pied une maison des naissances physiquement indépendante mais **administrativement** rattachée au CLSC. Dans les deux cas, ils devront conclure des ententes de service avec un centre hospitalier.

Autre absence du projet de loi: un mécanisme d'information et de sensibilisation des corps professionnels, des institutions et du public. Chaque projet-pilote devrait obligatoirement avoir un volet information, ceci afin de faire fondre certains préjugés et de mieux faire connaître le travail des sages-femmes.

En ce qui a trait à l'évaluation des compétences des sages-femmes, le Conseil adhère au fait qu'elles soient évaluées par un comité **multidisciplinaire** d'expertes et d'experts indépendants des établissements, composé de trois sages-femmes, d'un médecin et d'une infirmière. La présence des trois sages-femmes exerçant leur métier selon la définition internationale des sages-femmes, comme le propose le projet de loi, constitue une garantie de respect des caractéristiques du champ de pratique de cette profession. Le Conseil considère cependant que cette évaluation doit être offerte à toutes les sages-femmes, qu'elles pratiquent ou non dans le cadre de projets-pilotes.

En terminant, rappelons que la démarche suivie en Ontario est la suivante. On y mène de front trois actions: d'abord, la légalisation de la profession. Soulignons que le projet de loi sera en deuxième lecture, au printemps prochain. Deuxièmement, la formation de sages-femmes. À cet égard, a été créé, en juin dernier, un comité dont le mandat comprend notamment l'actualisation des connaissances des sages-femmes en exercice et la formation des futures sages-femmes. Enfin, la création, en troisième lieu, de maisons des naissances qui sont affiliées à certains centres hospitaliers.

L'Ontario privilégie les maisons des naissances affiliées à des centres hospitaliers comme lieu d'implication de la pratique sage-femme, ceci afin d'éviter de bousculer la pratique obstétricale en milieu hospitalier et, également, peut-être surtout encore, de permettre aux sages-femmes d'exercer en protégeant le mieux leur autonomie.

En conclusion, Mme la Présidente, le Conseil propose quatre importantes modifications au projet de loi. La première, c'est la légalisation de la profession de sage-femme pour que cesse la clandestinité actuelle; l'établissement d'un mécanisme de formation pour toutes les sages-femmes, des projets-pilotes en CLSC et, finalement, la création d'un comité provincial qui assurera la bonne marche de l'ensemble du

projet.

La Présidente (Mme Marois): Je vous remercie, Mme la présidente. Comme vous le voyez, notre temps fond comme neige au soleil, alors on va essayer d'être un peu serré dans les questions. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Évidemment, on ne fera pas le tour de tout ce dont on a déjà discuté, je pense qu'il y a des lieux communs, il y a des différences, aussi, sur le plan des positionnements. Vous évoquez la reconnaissance légale de la sage-femme, ce qui est un point extrêmement important, et vous craignez que, par les projets-pilotes, on ne se retrouve avec deux catégories de sages-femmes: une qui pourra travailler dans un milieu légal, donc reconnu par les projets-pilotes, et d'autres à l'extérieur. Il faut être clair. Il n'y aura que du légal. Il y aura un bassin de sages-femmes auxquelles pourront se référer des projets-pilotes qui seront, eux, reconnus par le gouvernement en termes d'exercice, point final à la ligne. C'est justement pour tenter de régler le problème qu'on vit aujourd'hui qu'on doit aller dans cette direction.

En prenant connaissance du mémoire, il m'est venu une question. On a dit: Bon, parfait, pas uniquement dans les centres hospitaliers, aussi dans les CLSC. Je pense que c'est devenu une évidence, maintenant, que nous devons élargir la portée et inclure les CLSC dans nos possibilités. Ce que je comprends, à la page 9, on y voit la période qu'on a appelée "avant", donc **qui** pourra se faire à l'extérieur; le pendant, pour vous, que ce soit en CLSC ou en centre hospitalier, devra toujours se faire dans des conditions optimales de sécurité pour la santé de la mère et de l'enfant. Est-ce que ça **n'élimine** pas, du même coup, le côté qu'on pourrait qualifier d'illégal, de sages-femmes qui accoucheraient à la maison?

Mme Blanchet: Je pense, M. le ministre, que vous avez très bien compris comment on pourrait assurer la continuité dans l'action des sages-femmes, une sage-femme qui ferait partie d'un personnel de CLSC, privilège d'accouchement en milieu hospitalier avec médecin qui s'entend avec elle de façon qu'elle puisse accompagner la personne qu'elle a déjà vue en CLSC, qui serait également, évidemment, vue par un médecin. Il s'agit d'une combinaison telle qu'on la trouve beaucoup dans les pays Scandinaves. Après, à la suite des couches, retour à la maison et retour avec la sage-femme. Comme vous le **dites**, ce serait tout à fait idéal, à notre avis.

Le point que nous faisons valoir dans notre mémoire, c'est que les CLSC s'adressent à l'ensemble de la population, mais ils s'adressent également à des milieux très très défavorisés. Si

nous avons le temps, Mme Fernet-Gervais voudrait vous faire part d'un projet qui ressemble tout à fait à ça et qui existe dans la région de Trois-Rivières.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, allez.

Mme Fernet-Gervais (Solange): Disons que c'est le CLSC voisin de chez moi, ça veut dire le CLSC des Chenaux, qui a déjà, depuis deux ans, demandé l'expérience d'un projet-pilote et - ça m'a été garanti ce matin, parce que je voulais bien vérifier - M. le directeur Lebel serait prêt, demain matin, à commencer le processus d'engagement d'une négociation avec les hôpitaux pour des contrats de service. Son équipe multidisciplinaire est très prête à vivre l'expérience. Quand je parle d'une équipe multidisciplinaire, ce sont tous les gens au moment de la grossesse, au moment de l'accouchement et du suivi. Considérant maintenant les nouveaux champs - je suis aussi membre du conseil d'administration d'un CLSC - la nouvelle orientation vis-à-vis des clientèles à risque, je pense qu'on arrive à vouloir intentionnellement régler des problèmes vis-à-vis de bébés de petit poids et autres problèmes sort avant, pendant et après l'accouchement. Avec des familles à risque et avec des enfants en difficulté, on pourrait réussir, je pense bien, avec une nouvelle orientation de la pratique, à combler beaucoup de ces problèmes et à diminuer des statistiques qui continuent d'être effarantes.

M. Côté (Charlesbourg): Dans le cas de votre communication avec le CLSC des Chenaux, la communication était avec le DG ou avec le DSP?

Mme Fernet-Gervais: Moi, j'ai fait la communication avec le directeur général.

M. Côté (Charlesbourg): D'accord. Puisque vous êtes déjà très avancés, quel est le lien avec l'hôpital? Est-ce qu'il y a un lien, une entente, au moment où nous nous parlons, avec l'hôpital? Parce que toute l'argumentation des médecins et qu'on doit prendre au sérieux, c'était: Lorsque ça va mal, ça va mal rapidement et on a très peu de temps pour intervenir, d'où la nécessité d'avoir une excellente collaboration avec un centre hospitalier puisque notre objectif est toujours que ça se fasse dans la joie mais que ça se fasse aussi en toute sécurité pour la mère et pour l'enfant. Est-ce que, dans ce cas-ci, il y a déjà des ententes avec un centre hospitalier de la région de Trois-Rivières?

Mme Fernet-Gervais: Si on acceptait le principe, comme dit M. Lebel, de tenter l'expérience d'être déclaré zone-pilote ou CLSC-pilote, il y aurait des ententes qui pourraient se

faire avec trois centres hospitaliers de la région, ça veut dire un à Trois-Rivières, Cap-de-la-Madeleine - il y a deux hôpitaux à Trois-Rivières, mais il y en a un qui est plus spécialisé - et Shawinigan possiblement, selon le choix des femmes et le choix aussi des spécialistes de ces femmes-là. Alors, ce serait la première démarche à faire dès la reconnaissance d'une possibilité de...

M. Côté (Charlesbourg): Mais il n'y en a pas, actuellement.

Mme Fernet-Gervais: Je ne crois pas.

La Présidente (Mme Marois): Dans le fond, la question, c'est: Est-ce que, déjà, il y a une certaine ouverture, ou vous ne le savez pas, de la part de ces institutions?

Mme Fernet-Gervais: Je n'ai pas connaissance des réponses de ces institutions.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais laisser la chance à d'autres collègues.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Mme la députée des Chutes-de-la-Chaudière, est-ce que vous avez une question?

Mme Carrier-Perreault: Je viens d'entendre l'intervention du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il semble que par rapport au projet de loi, il n'y aura pas de changement par rapport à la légalisation avant, ou tout ça, mais il reste que par rapport... Là, on est au moment d'écouter vos mémoires, alors j'aimerais savoir, pour vous autres, c'était important dans votre esprit - est-ce que j'ai bien compris? - que ce soit légalisé avant d'aller en projet-pilote, oui?

Mme Blanchet: La difficulté que nous voyons à la question des projets-pilotes, enfin quel qu'en soit le nombre, c'est que les femmes qui, en ce moment, sont obligées de recourir aux... Si elles veulent recourir aux services de sages-femmes, elles sont obligées d'accoucher à domicile puisque les Institutions ne leur sont pas ouvertes. Je ne suis pas sûre qu'il y ait une garantie, à l'heure actuelle, qu'elles vont toutes se tourner là où il y a les projets-pilotes. Les projets-pilotes aussi ne sont qu'un moyen d'obtenir cette légalisation. Je note que l'Ontario a décidé qu'il légaliserait. Évidemment, à ce moment, est-ce que ça cause... Ce qui se produit, à ce moment, c'est qu'il y a une sorte d'épuration de l'intérieur, exactement comme lorsqu'on légalise une autre profession. Il y a... Les standards s'élèvent, etc.

La Présidente (Mme Marois): Je vous remercie. **Mme** la députée, vous avez une sous-question?

Mme Carrier-Perreault: Hier, on entendait qu'avant que ce soit... Pour les corporations professionnelles, en tout cas, ça prenait trois ans au moins. Vous n'avez pas peur que ça prenne... passer par la légalisation de la profession comme telle. Avant, ça retarderait trop?

Mme Blanchet: Bien là, en ce moment, Mme la députée, je pense qu'il va falloir attendre cinq ou six ans, disons, pour la période d'évaluation, plus je ne sais combien d'années pour la légalisation pour les projets-pilotes. L'évaluation donc et, après ça, encore un certain nombre d'autres années pour la légalisation. C'est qu'en ce moment il y a quand même beaucoup de femmes au Québec qui sont forcées d'accoucher à domicile en raison de la non-disponibilité de ces services et est-ce que toutes ces femmes iraient dans les projets-pilotes? Enfin, on a posé l'hypothèse qu'elles iraient, mais nous n'avons pas de garantie de cela, ça c'est certain.

La Présidente (Mme Marois): L'histoire nous enseigne, peut-être malheureusement, que c'est très compliqué de se faire reconnaître dans une corporation et c'est très long, surtout. J'avoue que c'est un questionnement que j'ai aussi. Je préférerais que ce soit, dès le départ, reconnu mais est-ce que ça ne risque pas de reporter à beaucoup plus tard l'**opérationnalisation** de projets un peu partout sur le territoire?

Mme Blanchet: Mme **Valentini** voudrait intervenir.

Mme Valentini (Hélène): Si on se fie à ce qui se passe actuellement en Ontario, je pense qu'ils mènent de front trois actions simultanées. Ils ont démarré la légalisation, ils mettent sur pied des projets-pilotes et ils mettent sur pied un comité de formation. C'est de façon, justement, à ne pas retarder toutes ces étapes qu'il serait bon de les commencer en même temps. Par ailleurs, je voudrais ajouter que, d'après ce qu'on a entendu beaucoup ici, on se rend compte qu'il y a, en tout cas du point de vue des associations médicales, très peu d'ouverture et que les sages-femmes vont se retrouver peut-être dans une situation très inconfortable d'être persona non **grata** dans des projets-pilotes où elles ne seront pas dans un contexte de permanence, dans un contexte où elles seront là à très long terme, et il va falloir leur faire une place de toute façon, qu'on le veuille ou non. C'est un petit peu la différence, aussi, qu'on risque de voir avec ou sans légalisation.

La Présidente (Mme Marois): Je veux bien

comprendre, là. Vous seriez d'accord que le processus de projets-pilotes s'engage en même temps que le travail de reconnaissance légale à l'intérieur d'une corporation se fasse ou mettez-vous l'un préalable à l'autre?

Mme Blanchet: Mme la Présidente, je pense que nous serions très heureuses si les processus s'engageaient en même temps.

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

Mme Blanchet: Compte tenu de ce que vous avez mentionné aussi, la longueur de temps que ça peut prendre pour arriver à la reconnaissance d'une nouvelle profession.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de La Prairie.

M. Lazure: Rapidement, je veux féliciter la présidente et ses collègues pour ce mémoire. Je pense que les quatre recommandations sont tout à fait pertinentes. Justement, mes commentaires voulaient porter sur la légalisation. L'un n'empêche pas l'autre, ce n'est pas nécessaire d'attendre que l'un soit en place pour commencer l'autre processus. Dans le cas des sages-femmes, je pense que c'est un peu excessif de parler de trois années, avant de reconnaître cette nouvelle profession. C'est excessif, parce que les sages-femmes, on ne part pas en terre inconnue, ça existe, comme profession, dans plusieurs pays d'Europe. Je répète que ça existe la collaboration entre sages-femmes, notamment en Hollande, justement, médecins et infirmières. Ça existe, ça. Je pense qu'il faut porter un jugement, peut-être politique, sur l'importance, la priorité qu'on veut accorder à ce processus de reconnaissance du caractère professionnel de l'exercice des sages-femmes. Je pense qu'il faut accélérer ce processus, d'une part, et, en même temps, essayer de mettre en place les projets-pilotes dans un climat de collaboration, dans un climat de travail **multidisciplinaire**.

La Présidente (Mme Marois): **Merci**, M. le député de La Prairie. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Deux choses qui **m'apparaissent** extrêmement importantes à ce moment-ci. Évidemment, on est pris dans une situation où on fait des projets-pilotes, c'est la voie qui a été choisie pour permettre de faire l'expérience, d'avoir un encadrement suffisant, de permettre de faire des évaluations et de pouvoir conclure, à la fin, les uns faisant le pari que la conclusion sera positive, d'autres souhaitant peut-être secrètement qu'elle soit **négative**. À chacun son domaine, mais si on accepte de faire des projets-pilotes, on ne doit pas conclure avant même qu'on ait fait l'expérience-pilote,

sinon, on n'a pas besoin d'expérience-pilote. **Qu'est-ce** qu'a pour but **l'expérience-pilote**? C'est de dire **oui**, on reconnaît ou on ne reconnaît pas et, par conséquent, on légalise ou on ne légalise pas. Ça me paraît **extrêmement important**, sur le plan de la base, de bien comprendre ce qu'on fait. C'est ça l'objectif, et ça n'empêche d'aucune manière, en parallèle, qu'on puisse démarrer un processus qui mènerait à la reconnaissance, à l'échéance même du projet-pilote, dans la mesure où il serait concluant, de telle sorte qu'on ne prenne pas des années, après le projet-pilote, pour le faire. Ça me semble être en parallèle que ça doit se faire, sans présumer des résultats avant même qu'on fasse **l'expérience-pilote**.

Quant à **l'Ontario**, je vous comprends d'être très optimistes vis-à-vis de la démarche en cours. Je suis, quant à moi, compte tenu de ma courte expérience, comme ministre - quatre ans dans le domaine des transports - dans les relations avec **l'Ontario**, beaucoup plus pessimiste quant à la capacité et à la volonté de **l'Ontario** d'aller jusqu'au bout. Je l'ai vécu dans le domaine des transports et il y a très souvent, en Ontario, beaucoup de chemin à parcourir avant l'expression d'une opinion de faire et le processus législatif mené à son aboutissement. C'est la seule réserve que je peux faire, une petite expérience personnelle dans le domaine des transports où on a pris la parole des gens de **l'Ontario**, qui sont les mêmes aujourd'hui, de même famille politique que moi, alors, je peux me permettre de les critiquer encore plus sévèrement, et on est encore à attendre des gestes aujourd'hui, quatre ans plus tard.

C'est un processus qui n'est pas très bien amorcé et j'imagine que le corps médical en Ontario, sous toutes ses facettes, va probablement poser les mêmes questions que le corps médical au Québec se pose sur la pratique. Donc, je serais un petit peu plus prudent vis-à-vis de la situation en Ontario, puisqu'il n'y a même pas de procédure de démarrage devant le Parlement, alors qu'ici on y est, et je vous assure, lorsqu'on reviendra, au mois de mars, que ce sera un projet de loi qui sera déposé très rapidement.

La Présidente (Mme Marois): Mme la présidente, je crois, à voir votre réaction, que vous souhaitiez émettre un commentaire.

Mme Blanchet: Nous serions très heureux que le Québec puisse aller plus vite que l'Ontario. C'est connu que le Québec a toujours innové en matière de services de santé et services sociaux

Je voulais quand même le mentionner, notre province voisine s'en va là-dedans, dans le processus de légalisation et, pour justement permettre aux sages-femmes d'exercer dans **des** milieux qui vont leur être d'emblée plus faciles, plus favorables, ils ont décidé d'aller plutôt vers

des maisons des naissances affiliées à un centre hospitalier plutôt que chez nous, centre hospitalier.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme la Présidente. Cela va? Oui, M. le député de Fabre, très brièvement.

M. Joly: Mme la Présidente, vous avez fait mention de maisons des naissances en Ontario jumelées avec le centre hospitalier, mais vous avez aussi semblé faire valoir que le centre hospitalier semblait réservé strictement aux médecins pendant que les maisons des naissances étaient réservées aux sages-femmes. Est-ce que j'ai mal perçu ce que vous avez dit?

Mme Blanchet: La maison des naissances ou le département et la maternité, c'est un lieu de pratique des sages-femmes essentiellement pour les cas à risque minimum, tandis que l'hôpital - il y a le clivage de l'hôpital et les départements hospitaliers réguliers - est réservé aux risques maximums.

M. Joly: Merci, madame.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme la présidente. M. le ministre, pour conclure.

M. Côté (Charlesbourg): Merci beaucoup. Dites-vous que, c'est **peut-être** une bien petite consolation, **mais**, à tout le moins, la locomotive est en marche et il ne reste que quelques wagons à ajouter alors qu'en Ontario on est encore à faire la locomotive. Merci bien.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Alors, on vous remercie de votre présentation. Je rappelle, avant de suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures, que nous entendrons cet après-midi le groupe **Naissance-Renaissance**, la Fédération des femmes du Québec et la Confédération des syndicats nationaux. Nous suspendons nos travaux jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 37)

(Reprise à 15 h 8)

Le Président (M. Joly): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux pour poursuivre les consultations particulières et auditions publiques dans le cadre de l'étude du projet de loi 4, Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. Comme je vois ici le groupe **Naissance-Renaissance**, j'imagine qu'il s'est **déjà** présenté. Un instant, M. le leader. Alors, comme je le vois, le groupe Naissance-Renaissance a déjà pris place. Vous connaissez, j'imagine, pour avoir suivi un peu les

débats, la façon de procéder. Vous avez environ une vingtaine de minutes pour expliquer ou présenter votre mémoire. Par **après**, le temps est dévolu en parties égales aux deux formations qui peuvent vous poser des questions à tour de rôle.

On me fait mention que M. le député de Sainte-Marie-Saint-Jacques - le nouveau comté - veut faire partie de la commission. Alors, je demande aux membres de la commission si on accepte que M. le député puisse participer à nos séances et avoir le privilège et le droit de poser des questions. Est-ce qu'on est d'accord?

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Le Président (M. Joly): Je vous remercie. Je demanderais à Mme la présidente de s'identifier ainsi que les gens qui l'accompagnent et ceci, pour le bénéfice du **Journal des débats**. Merci.

Naissance-Renaissance

Mme Desjardins (Marie-Claude): Merci, M. le Président. Je suis **Marie-Claude** Desjardins. Je suis présidente de Naissance-Renaissance. À ma droite, Marie-Claude Martel, consultante pour Naissance-Renaissance et à ma gauche, Renée Delarosbil, membre du conseil d'administration et présidente d'un groupe qui s'appelle Harmonie-Naissance de Sorel.

D'abord, je veux vous présenter un peu Naissance-Renaissance. Naissance-Renaissance porte les demandes d'humanisation de naissances des femmes depuis plus de dix ans. Actuellement, nous regroupons treize associations dans toutes les régions du Québec. Malgré le manque de financement, le volontariat et le dynamisme de tous nos membres restent entiers. Souvent, nos membres répondent à des demandes pressantes d'accompagnement durant la grossesse, l'accouchement, de support à la nouvelle famille dans le postnatal et souvent de première ligne auprès des jeunes adolescentes et des femmes de milieux défavorisés. Au nom de toutes, je voudrais remercier nos élus pour leur volonté manifeste, je dirais même leur courage, de vouloir reconnaître les sages-femmes que nous demandons depuis des années.

La maternité est une réalité pour nous, évidemment, normale, globale et continue. Les femmes sont compétentes. Les femmes sont autonomes; les femmes sont responsables. Je ne connais aucune mère et aucun père qui veulent mettre la santé et la vie de leur enfant et de leur bébé en danger. Les femmes ont le droit d'avoir et de faire les choix qui répondent à leurs besoins. Les femmes ont avant tout le droit au respect. Les femmes, les conjoints et les bébés sont (e cœur et la raison d'être de toute évolution entourant la naissance.

C'est sur cette conviction profonde que

repose le mouvement de l'humanisation et de la démedicalisation de la naissance. C'est sur cette notion pourtant évidente que devrait se bâtir une politique périnatale au Québec. Il faut remettre la femme et son bébé au centre du système de soins. Évidemment, ils risqueraient de prendre la place des lits, tel que mentionné un peu plus tôt par **l'AHQ**, mais il me semble que c'est vraiment le cœur du système, les mères et les bébés. Pour réussir cela, il faut que tous les professionnels impliqués laissent de côté leurs intérêts corporatifs et cessent de tirer la couverture en oubliant que, sous la couverture, il y a souvent une mère et son bébé qui gèlent.

Il faut aussi que nous remportions des championnats de statistiques, non pas seulement au niveau des taux de mortalité et de morbidité mais aussi au niveau des taux d'intervention médicale. Ce sont les femmes qui font les frais de ces tristes records de taux de césariennes, **épisiotomies** et autres interventions du même genre. On préférerait de beaucoup entrer dans des statistiques qui mesureraient la qualité de vie et la santé des mères et des enfants.

Ce qu'on veut est fort simple. On veut que notre opinion d'usagère soit considérée dans toute élaboration d'organisation de service périnatal et, dans ce sens, on rejoint les nouvelles orientations proposées par l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux. On veut être respectées dans notre capacité de mettre nos enfants au monde, assistées par une personne à notre écoute et qui nous accompagne tout au long de la grossesse, de l'accouchement et des relevailles. Notre vision des soins continus diffère profondément de celle décrite par quelques porte-parole d'associations qui se sont exprimés ici depuis deux jours.

La fameuse équipe **multidisciplinaire**. On n'est pas contre la collaboration, mais on ne voudrait pas que ça ressemble à une espèce de tapis roulant ou de chaîne de montage où la femme passe d'un à l'autre. On veut une personne qui nous suive, qui nous connaisse et qui nous écoute.

On veut aussi pouvoir accoucher dans des lieux qui nous ressemblent, proches de nos milieux de vie, dans notre communauté. On n'a pas beaucoup parlé de maisons des naissances et de domicile jusqu'à maintenant, sauf peut-être des femmes de **Povungnituk**, et pour nous dire comment une petite structure souple et autonome peut bien s'adapter à cette nouvelle pratique de la sage-femme. En attendant les témoignages des femmes de Povungnituk, je me disais qu'en fait les femmes et les bébés de **tout** le Québec, indépendamment qu'elles viennent des grandes villes ou des régions éloignées, sont en droit de recevoir les mêmes soins de qualité, la même sécurité physique et émotive que les femmes du Grand-Nord.

Le Dr Augustin Roy dit que **notre** système

de santé n'a pas besoin d'une nouvelle intervenante. Il dit qu'il y a des problèmes tellement plus urgents, et je suis touchée par la préoccupation qu'il démontre pour les conditions de vie de plusieurs femmes du Québec. À ce propos, j'aimerais toucher un mot sur ce fameux problème des bébés de petit poids dont on entend tant parler depuis deux jours. Il va sans dire que c'est un problème inquiétant, mais je crois qu'il relève autant, sinon plus, du ministère de votre collègue, M. Bourbeau, c'est-à-dire le ministère de la Sécurité du revenu, parce que, quant à nous, c'est un problème de pauvreté qui est la base de ce problème-là. Évidemment, il y a des effectifs de santé à regrouper, mais je pense qu'il faudrait des revenus garantis et pas mal de problèmes seraient réglés.

Pour revenir à M. Roy, je lui réponds: Le système, lui, n'a peut-être pas besoin de sages-femmes, mais les femmes, elles, en ont un grand besoin. Il n'y a rien dans le système actuel qui ressemble à la pratique d'une sage-femme et les femmes, elles, ont choisi d'accoucher avec des sages-femmes et la pratique de cette pertinence n'est plus à prouver. Pour nous, l'expérimentation dure depuis quinze ans. Pour nous c'est clair, on a expérimenté la pratique des sages-femmes et on sait qu'elle nous convient. L'attitude réactionnaire de plusieurs associations médicales et leur manque de collaboration nous mettent parfois dans des situations fort précaires. Nous continuerons d'accoucher avec des sages-femmes; rien ne va changer ce mouvement, car il répond à un besoin fondamental, une volonté populaire, non pas seulement une volonté politique ou idéologique.

Nous vous demandons donc de reconnaître officiellement la profession des sages-femmes pour que toutes les femmes du Québec aient accès à leurs soins. Merci. Je passe la parole à Marie-Claude.

Mme Martel (Marie-Claude): La légalisation pleine et entière de la profession autonome de sages-femmes devrait constituer l'objet principal de la loi. La phase d'expérimentation doit servir à définir les meilleures modalités d'insertion - et je dis bien ici "d'insertion" - de cette profession à l'intérieur du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Les usagères doivent jouer un rôle majeur tout au long de ce processus d'expérimentation afin que l'ensemble des projets-pilotes repose sur une demande réelle de la population et non seulement sur des impératifs de rationalisation de rentabilité des services de santé.

Au niveau du champ de pratique, le développement de la pratique sage-femme au Québec doit être fondé sur les définitions internationales des sages-femmes afin que l'expérimentation porte sur l'ensemble de la pratique sage-femme et non pas sur des conceptions disparates et

triquées de cette profession. Afin également d'éviter les confusions et de minimiser les luttes corporatistes dont la population fait trop souvent les frais.

Au niveau de la formation. Pour assurer la protection du public, un programme de recyclage doit être mis sur pied pour toutes les sages-femmes actuelles. De plus, pour assurer une continuité à la période d'expérimentation, un programme autonome de premier cycle universitaire doit être prévu pour la formation des sages-femmes de demain.

Au niveau des lieux de pratique, Naissance-Renaissance considère la diversité des lieux de pratique comme une composante intrinsèque fondamentale à la profession de sage-femme. Limiter l'expérimentation aux seuls centres hospitaliers ne permettrait pas d'évaluer cette facette restreinte de la pratique sage-femme.

Il est donc essentiel d'étendre, dès le départ de l'expérimentation, des projets-pilotes à autre chose que des centres hospitaliers. Pour ce faire, Naissance-Renaissance privilégie résolument la pratique en maisons des naissances autonomes et à domicile qui seule permet à la grossesse, à l'accouchement et à la naissance d'être ce qu'ils doivent être: un événement normal se déroulant en continuité dans un milieu familial, préservant l'intimité et la sécurité.

Au niveau du cadre administratif, un comité de coordination national devrait être créé afin d'assurer la conformité de tous les projets-pilotes aux mêmes critères d'expérimentation généraux fondés sur la demande de la population.

De plus, une représentation des usagères dans tous les projets-pilotes et à toutes les instances est essentielle pour assurer que le développement de la pratique sage-femme réponde adéquatement aux besoins exprimés par la population.

Alors, si je fais un bref bilan, pour nous, ce qui est clair, c'est que le résultat d'une pratique sage-femme n'est pas à démontrer actuellement, est là, a été démontré et ce qu'on fait dans l'expérimentation, c'est de savoir comment on l'intègre au système de santé québécois. Je terminerais sur ça.

Le Président (M. Joly): Oui. Mme Delarosbil. C'est ça? Vous avez la parole, madame.

Mme Delarosbil (Renée): Je peux y aller? Moi, je trouve que mes deux collègues ont touché les points théoriques et ce qu'on avait à dire. Moi, ce que j'ai le goût de vous dire, c'est que ma raison d'être de venir ici, c'était de donner la place aux femmes de pouvoir dire ce qu'elles avaient à dire. Je pense que dans les regroupements qu'on a à travers le Québec, on les entend, les femmes. On entend leurs insatisfactions par rapport au système. Quand j'écou-

tais, pendant les deux jours, dire, finalement, que c'est une minorité et que le système répond bien, à certaines personnes, je dirais: Oui, **Il** répond. Mais à beaucoup d'autres, il ne répond pas à leurs attentes parce que quand des femmes arrivent et ont l'impression de ne pas être respectées dans leur corps, de ne pas être respectées dans leur tête, leur intelligence quand elles demandent quelque chose, quand elles ont bien pris l'information et qu'elles font un choix, elles sont en mesure de savoir ce qui leur convient à elles.

Le feed-back qu'on a souvent, c'est qu'une femme qui a bien accouché, qui a bien fait ça, c'est la femme qui n'a pas dérangé, c'est la femme qui n'a pas gémi, c'est la femme qui n'a pas demandé ou refusé des choses. Ce n'est pas ça, une femme qui accouche bien. Une femme qui accouche bien, c'est une femme qui accouche comme elle le veut, quand elle le veut, dans la position qu'elle veut, avec qui elle veut. Pour moi, c'est ça, une femme qui accouche.

On n'a pas à établir des **critères**, des critères dans le temps, dire qu'un accouchement qui va bien, c'est un accouchement **qui** est rentré dans les normes de temps qu'on s'est fixées très arbitrairement parce que les normes ont changé, au courant des années. C'est curieux, j'ai l'impression que les femmes accouchent quand même de la même façon qu'elles accouchaient il y a 10 ans, 20 ans, 30 ans. **Il** y a comme, quelque part... Ce n'est pas **logique** qu'on dise: Bien maintenant, vous ne rentrez pas dans ce temps-là, ça ne marche pas. Vous accouchez mal maintenant. Ce n'est pas vrai. Quelque part, je me dis: Oui, il y a des choses à améliorer.

Moi, je ne voulais pas venir pour discréditer le système parce qu'il y a des choses qui sont intéressantes, sauf que je pense que le point majeur c'est de voir les femmes **là-dedans**. On n'est pas contre quelque chose, on est pour les femmes, pour les bébés qui viennent et pour la **famille**. **Il** faut comme leur laisser cette place, je pense. C'est à peu près ce que je voulais vous dire **brèvement**.

Le Président (M. Joly): Est-ce que vous avez d'autres commentaires avant que je cède la parole à M. le ministre?

Une voix: Non.

Le Président (M. Joly): Non, parfait. Je voudrais aussi souligner la présence de Mme la ministre déléguée à la Condition **féminine**...

Une voix: Et à la Famille.

Le Président (M. Joly): ...et à la Famille, - merci de l'avoir rappelé - Mme la ministre, qui, avec la permission de cette commission, se joint à nous afin de contribuer à l'avancement

du projet. Est-ce qu'on est d'accord pour que Mme la ministre pose des questions? Oui, il n'y a pas de problème. M. le ministre, c'est à vous.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais d'abord laisser à ma collègue de Dorion la priorité des questions. Je reviendrai par la suite.

Mme Trépanier: Merci.

Le Président (M. Joly): Mme la ministre.

Mme Trépanier: Merci, mesdames, de votre **témoignage**. Hier soir, la présidente des Cercles de fermières, qui n'est plus ici cet après-midi, nous a rendu un beau témoignage aussi d'une personne qui a eu treize enfants. Comme elle nous le disait, elle en a accouché six avec une sage-femme et sept en milieu hospitalier. Elle aussi, elle revendiquait pour le droit des femmes. Cette commission-ci est le reflet de ça et c'est heureux que vous soyez venues donner votre témoignage.

J'ai regardé votre mémoire et j'ai essayé de le comparer avec celui des autres associations de sages-femmes. La question que je veux vous poser, c'est... **Il** me semble que vous allez un peu plus loin que certaines autres associations en ce **qui** concerne, entre autres... Ce qui me chicote un peu, c'est pour les projets-pilotes, pour les lieux d'accouchement. Vous, vous êtes prêtes à favoriser l'accouchement à domicile même pour les projets-pilotes. Est-ce que j'ai bien compris? Vous inscrieriez ça dans quel contexte, dans quel cadre, étant donné qu'il doit y avoir, quand même, un encadrement? Comment pourrait-on ajuster les projets-pilotes à domicile?

Mme Desjardins: Je sais qu'actuellement, à Montréal, il y a un groupe de sages-femmes qui sont à écrire ce que pourrait être une expérimentation d'un projet à domicile. Je **pense** qu'on pourrait aussi regarder - évidemment, il faut se fier sur ce qui se fait ailleurs puisqu'on n'a rien, ici, au Québec - ce qui se fait en Hollande où, comme le disait Mme Blanchet, 35 % des accouchements se font à domicile. Pourquoi pense-t-on cela, quoiqu'on n'ait pas arrêté de détails techniques par rapport à un projet particulier, comment ça pourrait s'articuler? On pense ça parce que, actuellement, et depuis quinze ans, les femmes accouchent à domicile et nous ne croyons pas que les femmes vont arrêter, demain matin, d'accoucher à domicile...

Mme Trépanier: Là, on parle toujours dans le cadre de projets-pilotes.

Mme Desjardins: Oui, je sais.

Mme Trépanier: C'est ça que j'essaie de voir avec vous, **qu'est-ce** qui...

Mme Desjardins: Exactement. Si on désire ce type d'accouchement aussi, il va falloir trouver une façon de l'intégrer. On considère que, à la limite, on l'a expérimenté. C'est sûr que, bon, on n'a pas nécessairement des statistiques à l'appui, nous, on l'a vécu dans le quotidien. Moi, j'ai accouché à la maison avec une sage-femme. Je peux vous dire ce que c'est, ce que ça représente, j'ai accouché des deux façons, à l'hôpital et à la maison. Pour moi, c'est une réalité évidente, ça peut se faire, ce n'est pas farfelu. Évidemment, si on est dans un contexte d'évaluation, on peut trouver une formule pour l'encadrer, mais toujours en se disant que l'enjeu n'est pas d'évaluer si la pratique des sages-femmes est pertinente ou non, mais comment on pourrait vivre au Québec avec les sages-femmes, dans différents contextes. Comment va se faire la pratique des sages-femmes à la maison. Actuellement, il y a quelques petits problèmes. Quant à nous, une meilleure collaboration, que ce soit des unités d'urgence... Enfin, je pense qu'il y a lieu, avec un peu d'imagination, de trouver une façon de rendre cette pratique tout à fait **sécuritaire** comme elle l'est dans d'autres pays.

Mme Martel: J'aimerais peut-être préciser qu'on tient à l'accouchement à la maison pour la simple et unique raison qu'il y a des femmes qui vont continuer à accoucher à la maison et que c'est un lieu qu'elles désirent et qu'on doit respecter ce choix. Quand on demande quelque chose d'intermédiaire comme les maisons des naissances autonomes, l'accouchement à domicile va permettre que ces maisons des naissances autonomes respectent le plus la réalité d'une pratique sage-femme, c'est-à-dire une pratique axée sur le familial, sur ce qui est le normal. Nous, les maisons des naissances, on ne veut pas les voir comme des maxi-hôpitaux, on veut les voir comme des maxi-maisons. On veut que ça ressemble le plus possible à domicile mais avec toutes les choses qui permettent la sécurité. Ne pas garder la possibilité de l'accouchement à la maison comme autre pôle, ce serait permettre d'aller un petit peu plus rapidement au niveau des structures hospitalières et ne pas modifier la conception fondamentale de l'accouchement qui est un accouchement naturel, c'est un acte naturel. Pour ça, c'est important de respecter ces choix pour les femmes qui désirent le faire.

Le Président (M. Joly): M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Dans la même veine parce qu'il y a des choses que je partage avec allégresse dans vos propositions et il y a d'autres choses que je partage peut-être aussi, mais dans le temps, j'ai un questionnement. J'ai toujours dit et je vais continuer de le répéter,

il y a deux conditions qui m'apparaissent essentielles à la réussite de l'expérience-pilote. C'est d'abord l'autonomie des sages-femmes, qui **m'apparaît** extrêmement importante, la deuxième, le support médical. Des témoignages, on en a eu. Beaucoup nous disent qu'on peut être dans des situations qui tournent au dramatique très rapidement et qu'il faut, par conséquent, être dans une situation où on puisse intervenir rapidement et ça c'est une question de santé de la mère et du bébé. Ça, ça m'apparaît extrêmement important. Dans le projet de loi Initial, c'était en centre hospitalier, puis il se dégage très nettement, en termes de conclusion de notre commission, qu'il faut aller au niveau des **CLSC**. Vous allez plus loin en nous disant: Il faudrait que ça se fasse aussi au niveau de la cellule familiale, du foyer familial. Là, j'ai un petit peu plus de problèmes, je vous le dis, malgré le fait que - vous le décrivez très bien - sur le plan naturel, c'est ce qu'il y a de plus naturel, que c'est un phénomène naturel. J'ai de la difficulté avec la garantie - mon deuxième point - parce que c'est ma responsabilité comme ministre, sur le plan de la sécurité, de la santé de la mère et de l'enfant et sur le plan médical.

Ça voudrait dire que, dans le cas où ça se passerait à la maison, on n'en a pas **nécessairement**. Vous avez dit tantôt qu'on pouvait être imaginatifs pour tenter de trouver les formules. Ça **fait** longtemps, ce que j'ai compris, ça fait 15 ans, au moins 20 ans, que les gens tentent d'être imaginatifs pour trouver des solutions qui vont agréer à cette complémentarité des rôles. Personne n'a réussi à trouver encore le consensus. On va **peut-être** être obligés de l'imposer - s'il faut, on le fera - par un projet de loi. Mais une chose est certaine, on va tenter de le trouver et, à ce moment-là, aller aussi loin que vous le souhaitez à ce moment-ci me paraît un peu dangereux.
(15 h 30)

Mme Martel: Ce qu'on veut, c'est vraiment qu'il y ait coopération médicale de la même façon que vous l'énonciez. Par contre, je pense qu'il faut relativiser la peur qu'on a entendue hier soir et **peut-être** descendre un petit peu. Il est évident que, quand il arrive des choses, elles peuvent arriver rapidement, mais il **n'arrive** jamais, en tout cas, quand on parie avec des sages-femmes - et je ne vous ferai pas la démonstration ici, parce que je ne suis pas compétente pour le faire - des choses aussi dramatiques comme on l'entend à l'hôpital.

À l'hôpital, je pense qu'il faut voir aussi ce qui se passe actuellement dans les soins obstétricaux. Une femme rencontre son gynécologue obstétricien ou son **omnipraticien** une fois par mois, cinq minutes par mois, pour mesurer le ventre et pour faire une analyse d'urine. La maternité n'est pas uniquement une mesure

d'utérus et une analyse d'urine, c'est un tout. Quand une sage-femme fait le dépistage de tout ça, c'est toute l'économique dans la situation de vie de la femme, le social, dans quelle relation elle vit avec son conjoint, sa famille. Et une sage-femme, quand elle vient faire ça à la maison, quand on est capables de dialoguer une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, une heure et demie avec elle par mois, il y a des dépistages qui se font beaucoup plus prématurément que lors de l'accouchement à l'hôpital. Ça, je pense qu'il faut comme apaiser tout ça.

Il faut voir aussi que, dans les centres hospitaliers, quand on parle d'urgence - j'ai sorti quelques statistiques sur les urgences - une césarienne d'urgence, c'est trois quarts d'heure, mais trois quarts d'heure dans une maison des naissances, s'il y a possibilité de transfert quand il y a coopération avec l'équipe médicale, on téléphone. Il y a une femme qui s'en vient avec une difficulté. Je crois qu'il faut avoir une certaine ouverture et essayer de réduire cette peur. C'est exactement le jeu de la Corporation professionnelle des médecins, je m'excuse de le redire, que de camper la pratique sage-femme uniquement à domicile et de camper la pratique sage-femme comme étant rétro et apeurante.

C'est ça qui nous bloque depuis des années et j'ai l'impression que, comme ministre responsable de la Santé, vous allez avoir à faire des pas et des pas francs et clairs pour démontrer que c'est une volonté politique et que c'est une volonté populaire aussi. Ça vient d'une base qui est là.

M. Côté (Charlesbourg): Là-dessus, je veux vous rassurer. J'ai toujours dit qu'il y aurait un projet de loi, qu'il y aurait des expériences-pilotes, je le répète, évidemment, parce qu'on a entendu ça aussi, c'est une décision politique, mais pour qu'elle subsiste, il faut aussi qu'elle soit populaire. Forcément, quand elle est politique, elle est soumise à un jugement de l'électorat qui, lui, le juge. Là-dessus, je n'ai pas peur. On peut se mesurer n'importe quand, si jamais il y en a qui avaient l'intention de se mesurer.

Au-delà de tout cela, évidemment, vous imaginez que là jusqu'où on peut aller, il y a une marge, à ce moment-ci. Nous sommes prêts à aller pas mal plus loin que ce qu'il y avait dans le projet de loi sur le plan de la reconnaissance des lieux, donc, un pas dans votre direction, un pas, ce que je comprends, un peu plus humain encore. La problématique, vous la traduisez très bien, et je pense que là-dessus on n'a pas trop d'écart. Il faut respecter, d'autre part, la prestation des médecins qui nous alertent, et c'est leur devoir et leur responsabilité de nous alerter sur les dangers, parce que s'il arrivait quelque chose demain matin, l'homme politique serait le premier à être blâmé des décisions qu'il

a prises. Donc, il faut mesurer tout ça, toujours dans l'esprit de protéger la mère et l'enfant.

Je veux vous, rassurer. Tantôt, vous avez dit: Il ne doit pas être question de rentabilisation dans un projet comme celui-là. Évidemment, si vous avez suivi un petit peu, ce n'est pas une question de piastres et de cennes ou de rentabilité. Il faut quand même être capables d'évaluer ce que ça coûtera. Là-dessus, ce n'est pas une question - on doit l'avoir à l'esprit, parce que les deniers publics, on ne peut pas les jeter par la fenêtre - de faire cette expérience au niveau des projets-pilotes, avec le support financier, je considère que c'est un bon placement pour l'humanisation des soins au Québec.

Je voudrais en arriver à un élément que vous avez soulevé que je trouve très intéressant: l'usagère. On doit quand même s'en préoccuper un petit peu. Je pense que plusieurs Intervenants s'en sont préoccupé par le biais de leurs préoccupations propres. Ce qui est important dans votre prestation, c'est que vous avez dit: l'usagère doit peut-être être quelque part pour donner son point de vue de temps en temps. En bout de piste, c'est sa santé, c'est son bien-être qu'on veut, de même que celui de l'enfant. Je peux vous dire, d'ores et déjà, à ce moment-ci, que je vois au moins deux comités sur lesquels il pourrait y avoir une usagère. Alors, si ce n'était pas clair jusqu'à maintenant, je le clarifie. Si c'est la volonté de la Chambre, il y aura une usagère dans le comité provincial et il y aura une usagère dans le comité local. Ça me paraît les deux endroits où il pourrait y en avoir. Dans le comité aviseur, quant aux choses beaucoup plus techniques, je ne la vois pas, mais, à tout le moins, dans les deux comités, on fera les amendements nécessaires au projet de loi pour que ça puisse être reconnu, si ça peut vous soulager. Effectivement, l'usager, dans tous les domaines, si on veut s'en couper, on va se couper d'une réalité et d'un vécu du terrain. Ça a été vrai dans le domaine des transports, je suis déformé parce que j'ai passé quatre ans aux Transports. Il n'y a rien de mieux que de prendre un usager qui prend l'autobus de temps en temps et de l'amener à une commission de transports pour montrer à ceux qui prennent des décisions que, à l'occasion, ils prennent des décisions aberrantes qui ne servent pas l'usager, mais davantage d'autres buts qu'on ne connaît pas. Dans ce cas-ci aussi, je pense que ça m'apparaît extrêmement important. Retenez, à tout le moins, que vous m'aurez finalement convaincu - même si je l'étais un petit peu avant - de dire dès ce moment-ci que l'usagère serait dans les différents comités. Voilà pour le moment.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître l'autre formation politique, dont la députée de Taillon,

présidente de la commission.

Mme Marois: Merci, M. le Président. Je suis très heureuse d'entendre le ministre reconnaître l'importance de la place des usagères. Je pense que comme ça fait l'objet d'un des éléments majeurs de votre présentation sur lequel peu de gens sont venus avant, c'est heureux que, dès maintenant, ce soit clair à cet égard. Dans ce sens, la philosophie que vous appliquez aux Transports s'applique là aussi, et tout aussi correctement sinon plus, bien sûr. Effectivement, je vais revenir sur la pratique à domicile. J'ai regardé les chiffres que nous apportait ce matin le Conseil des affaires sociales. Le Conseil des affaires sociales compare les Pays-Bas et le Québec. On dit: La mortalité périnatale en 1988 - c'est la donnée dont on fait état ici - 9,3 % pour 1000 naissances aux Pays-Bas, 8,3 % au Québec, sachant que plus que la majorité des accouchements se font à domicile. Vous faites référence dans votre document au dépistage précoce, je pense que ça va assez bien. On imagine à quoi ça fait référence. Quand vous parlez d'unité d'intervention mobile, bien sûr dans une perspective de sécurité, à quoi faites-vous référence comme appareillage? J'imagine que vous faites référence à un certain nombre d'outils ou de professionnels.

Mme Desjardins: Actuellement, le système ambulancier... C'est sûrement, en tout cas, le premier embryon de ce système.

Mme Marois: D'accord.

Mme Desjardins: Là, évidemment, il s'agit d'évaluer quels problèmes surviennent, lesquels causent des problèmes majeurs en l'espace d'une minute, cinq minutes. Évidemment, on n'est pas des professionnelles. Sûrement qu'une sage-femme ou même un médecin **compréhensif** pourrait mieux que nous définir exactement. Pour avoir moi-même accouché à la maison, pour avoir eu une complication et avoir vécu un transfert à l'hôpital et finalement, bon, je ne sais pas si j'étais un cas de force majeure, enfin, bref, cinq minutes... En une heure, mon transfert s'est effectué et l'hôpital a très bien répondu aux problèmes de santé que j'avais à ce moment-là. Et je n'aurais pas accouché à l'hôpital pour autant, sachant cela. **J'ai** eu un accouchement facile. Cela a été une expérience vraiment complète. Et après ça, j'ai fait de la rétention placentaire. Alors, évidemment, il y avait un problème, on a appelé les ambulanciers. **Ils** sont venus me chercher. **Ils** m'ont amenée et j'étais... Moi, je me considérais en pleine forme. Au bout de deux jours, j'étais revenue à la maison avec mon bébé. La première fois, à l'hôpital, j'ai eu exactement la même chose. Cela s'est passé tout à fait différemment. J'ai passé une semaine à

l'hôpital et là, j'étais malade. Et mon bébé... J'ai pleuré pendant une semaine. C'était presque tragique. Tout était entre les deux oreilles, quant à moi. **Il** y avait là... Le système a répondu à mes besoins parfaitement. Je pense qu'il y a moyen de prévoir. Je pense que les sages-femmes vont savoir et vont avoir dans leur formation tous les outils nécessaires pour répondre aux premières nécessités. **Il** n'est pas vrai que dans tous les hôpitaux du Québec et dans les régions les plus éloignées, comme ils l'ont dit eux-mêmes, il y **ait** des néonatalogues, cela est **évident**. **Il** n'y a souvent même pas de pédiatre. Même parfois, il n'y a même pas d'omnipraticien. Alors, je pense que toutes les femmes du Québec ont droit à un traitement égal.

Mme Marois: D'accord. C'est intéressant, l'expérience que vous racontez parce que c'est vrai qu'il y a un doute, qu'il y a une crainte de ce côté-là et c'est probablement celle qui, enfin, permet de montrer le plus spectaculaire de l'aspect négatif, c'est-à-dire le plus spectaculaire de ce qui peut se passer si jamais ça n'allait pas bien.

Mme Desjardins: Cela dit, moi, je pense que les femmes ont vraiment le droit de choisir et je pense que demain matin, les femmes ne vont pas vouloir aller accoucher à la maison en quantité énorme. L'hôpital reste le lieu privilégié pour les Québécoises. C'est sûr que lorsqu'on ne connaît pas autre chose, c'est difficile de faire un choix éclairé, mais...

Mme Marois: Il y a un discours qui s'est développé depuis qu'on est là en commission, enfin un discours ou une approche, qui est revenu à plusieurs reprises - j'avoue que ça m'agace un peu et j'aimerais avoir votre point de vue - qui est de sembler vouloir dire qu'évidemment, à cause des problèmes de bébés de petit poids, de problèmes à la naissance d'enfants qui se retrouvent avec des carences au départ, on devrait particulièrement offrir ces services en milieux défavorisés ou en milieux vivant des problématiques particulières. Est-ce que, à votre point de vue, c'est ce que vous souhaitez aussi? Enfin, je sais que ce n'est pas ce que vous souhaitez, mais j'aimerais que vous élaboriez un peu.

Mme Desjardins: Je trouve que ce serait vraiment se servir de la sage-femme comme la panacée universelle pour tenter de régler un problème qu'on n'est pas capable de prendre à deux mains. Quant à moi, le problème des bébés de petit poids, je l'ai dit tout à l'heure, c'est un problème de société. Ce sont des choix qu'on fait. Si les femmes n'ont pas le minimum vital, quand les femmes qui sont monoparentales... Je ne vous décrirai pas toutes les conditions de

pauvreté quand on a rencontré Mme Trépanier, la semaine passée, avec des groupes de femmes. Elle a très bien pu se rendre compte que les femmes vivaient parfois dans des conditions économiques déplorable. Évidemment, c'est un cercle vicieux et on ne le brisera pas avec des hyperéquipes de néonatalogie. Ce n'est pas vrai. Évidemment, la sage-femme pourrait très bien s'intégrer dans le travail qui se fait déjà, mais ne pas lui mettre sur les épaules le poids entier de régler ce problème. Je pense que la sage-femme, c'est finalement une philosophie et c'est quelque chose qui va changer l'entièreté du système, sa pratique, et ça va déteindre sur tous les aspects non seulement, je dirais, de la périnatalité mais peut-être de la santé au complet si on le lui laisse.

Mme Marois: D'accord. Je trouvais ça important qu'on revienne un peu là-dessus parce que, effectivement, ça fait plusieurs fois que ça revient dans toutes les discussions qu'on a et je serais mal à l'aise aussi qu'on dise: Bon, voilà, parce qu'il y a un problème particulier, elle va répondre à ce problème alors que je suis plutôt de votre point de vue que c'est une philosophie. C'est une approche neuve et ça doit s'adresser aux femmes qui ont le goût et qui sentent le besoin aussi - ça peut être le cas - de vivre cette réalité-là plutôt qu'une approche plus traditionnelle.

Mme Desjardins: On va l'expérimenter.

Mme Marois: D'accord. Ça va pour moi, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la députée de Taillon. Je vais maintenant reconnaître Mme la députée de Les Chutes-de-la-Chaudière. Madame.

Mme Carrier-Perreault: Merci, M. le Vice-Président ou M. le Président?

Le Président (M. Joly): Oui, toujours le Président ici.

Mme Carrier-Perreault: C'est par rapport à ce qui est écrit à la page 13 de votre mémoire. Je trouve ça intéressant, de toute façon. Par rapport à la représentation des usagères aux différentes instances, M. le ministre a un peu devancé ma question en parlant des deux comités où il voyait une représentation des usagères. J'aimerais entendre votre réaction parce que je n'ai pas entendu. Est-ce que c'est exactement ce que vous vouliez dire quand vous parliez des différentes instances?
(15 h 45)

Mme Martel: Je pense que c'est une partie de la réponse qu'on voulait entendre, mais je pense qu'on peut aller encore plus loin. On

aimerait même être aux comités techniques parce que la raison d'être des sages-femmes, c'est le lien qu'elles ont avec les femmes. Nous, on irait même jusqu'à dire qu'on voudrait être aux comités de discipline des sages-femmes pour que ce lien se maintienne et je pense qu'il y a encore un petit pas à faire du côté du ministre pour qu'on soit complètement reconnues comme participantes entières dans cette expérimentation.

Mme Desjardins: Non seulement reconnues mais financées.

Une voix: Merci. Cela va.

Le Président (M. Joly): C'est tout, Mme la députée?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Joly): M. le député de Sainte-Marie-Saint-Jacques.

M. Boulrice: Mesdames, et surtout Mme la présidente, vous permettrez à votre député puisque vous êtes bien de Sainte-Marie-Saint-Jacques - de vous remercier. Que voulez-vous, ce n'est pas ma faute s'il y a l'abondance dans ma circonscription, en termes d'organismes dynamiques, dans tous les domaines d'activités. Je veux quand même vous remercier de la documentation que régulièrement vous adressez à mon bureau et qui me permet de suivre très attentivement vos activités et vos revendications.

Avant d'aller à la question que je désirerais vous adresser, vous allez me permettre très brièvement de vous raconter une anecdote qui date de cinq ans, une anecdote véridique au moment où j'étais au conseil d'administration d'un hôpital universitaire on ne peut plus prestigieux, à Montréal et qu'au conseil, le représentant du CMD, c'est-à-dire le conseil des médecins et dentistes est arrivé, un peu pontife, en disant: Aucune analyse de laboratoire ne sera effectuée dans cet hôpital si cette analyse est demandée par une sage-femme. Vous comprenez que je ne pouvais pas accepter une réponse comme celle-là et que, fort heureusement, j'avais dans le conseil bien des alliés. J'avais rencontré... Et finalement, on avait dit: Écoutez, ce n'est pas un acte uniquement médical, l'accouchement. On avait dû employer des argumentations aussi sévères que... Je me place dans le cas où ce serait mon épouse, docteur, et qu'il arriverait quelque chose à l'enfant ou à la mère, je vous préviens, je vous traîne jusqu'en Cour suprême et je gagne, j'en suis certain. Je ne sais pas si ça a été le commencement de la sagesse, mais on est revenu avec une décision inverse peu de temps après.

Mais c'est pour vous expliquer la réticence qu'il y avait et que vous avez soulignée. C'est

pour ça que dans votre mémoire, à la page 12, quand je vois: Elles seront intégrées au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. En fonction de ce que je viens de vous raconter, et vous savez comme moi, Mme Desjardins, que ce n'est pas une attitude qu'on retrouve uniquement au coin du boulevard **René-Lévesque** et de la rue **Saint-Denis**, pour ne pas nommer cet hôpital. C'est quand même répondu. À ce que vous demandez, il va y avoir de très fortes réticences. Je serais curieux, d'ailleurs, de connaître la position de nos deux collègues ministres quant à cette demande que vous faites.

Mme Desjardins: Moi, je me suis un peu inspirée de la maternité de **Povungnituk**. Évidemment, elle est loin. Elle semble moins menaçante parce que c'est le Grand-Nord. Mais comme elles nous disaient, au bout de trois mois de vie commune, ils se sont rendu compte que, finalement, ce n'était pas si menaçant. L'inconnu est toujours menaçant. De toute façon, c'est sûr qu'il y a plusieurs CMDP qui vont résister, mais moi, pour vivre en région, déjà les sages-femmes de ma région ont des relations, à certains égards, de confiance avec certains médecins. Des collaborations, il y en a et il y en a dans toutes les régions du Québec. On ne peut pas dire qu'elles sont... Elles vont se consolider et je pense que, aussi, la **sage-femme** est plus égalitaire parce qu'elle a été reconnue. Quand tu es dans la clandestinité, tu n'as pas les mêmes armes, bon.

Ceci dit, je pense que c'est important, la démarche qui va suivre la commission parlementaire, ça va être des négociations. Je pense que c'est ce qu'on vise à long terme. Je me dis que le vrai lieu de pouvoir, dans un hôpital, c'est le CMDP. En fait, l'autre instance, qui s'appelle le conseil du personnel clinique, parfois réclamerait peut-être une meilleure écoute. Donc, je me dis: Moi, je veux que ce soit une professionnelle autonome et à part entière et égalitaire avec les autres professionnels. Je me dis: C'est ce lieu qui convient. Mais là, évidemment, c'est à travailler avec ces gens-là. Je vous dis, moi... Ce que ça représente pour moi, c'est que j'ai envie d'avoir une sage-femme qui a du pouvoir pour que moi j'en ai après, comme femme, que je ne sois pas à la merci des handicaps qu'elle a elle-même dans sa propre pratique.

M. Boulerice: D'accord. Si vous le permettez, une autre brève question. Les projets-pilotes seraient aux alentours de cinq ans, je crois. Est-ce que je me trompe? C'est bien ça? Pardon?

Une voix:...

M. Boulerice: Oui, c'est ça, cinq ans. Quelle formule de suivi suggérez-vous, dans le sens qu'il y a bien des hypothèses possibles: ça pourrait

être un suivi effectué par le ministère comme tel et sans savoir si le ministère s'adjoint d'autres personnes; cela pourrait être un suivi qui est fait par la commission elle-même qui aura déjà, si vous me permettez l'expression, mis au monde de façon sage cette loi, ou bien privilégiez-vous une formule différente et particulière à laquelle vous avez songé?

Mme Desjardins: Qu'est-ce que vous entendez par suivi? Le suivi après les cinq ans d'expérimentation?

M. Boulerice: Non, non, c'est-à-dire au moment de l'adoption de la loi et de la mise en application, il y a les cinq ans. Il y a quand même, à l'intérieur des cinq ans, des étapes importantes à franchir. Alors, dans quelle mesure allons-nous les évaluer et qui va les évaluer? Qui souhaitez-vous qui les évalue?

Mme Desjardins: Je pense que tout le monde a proposé qu'il y ait un comité national aviseur, enfin qui sera composé, je pense, de professionnels impliqués et d'usagers. Là, il s'agira d'évaluer d'abord selon des critères d'évaluation pour que l'on ait en bout de ligne quelque chose d'intéressant. Donc, il faudrait avoir des critères de travail commun et recevoir les projets-pilotes, finalement, établir des critères et choisir des sages-femmes. Il y a tellement de choses à penser à la fois, mais je pense que ce comité-là va devoir, avec le ministère évidemment, faire un travail de comité national comme plusieurs. On sait ce que c'est. J'avoue que je n'ai pas plus de précision à vous dire pour l'instant. Je ne sais pas si ça répond à votre question ou si vous vous attendiez à plus?

M. Boulerice: Non, mais on va se revoir au bureau de comté, hors de tout doute. Je vous remercie, Mme Desjardins, Mme Martel et Mme **Delarosbil**.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député de Sainte-Marie-Saint-Jacques.

M. le ministre, auriez-vous autre chose à rajouter?

M. Côté (Charlesbourg): Non. Puisqu'on est aux conclusions, tout simplement, pour répondre en même temps à la question de M. le député de Sainte-Marie-Saint-Jacques, j'aimerais dire que je ne suis pas, quant à moi, attaché à une structure à laquelle devrait être incorporée la sage-femme. L'important c'est qu'elle soit dans la structure qui est décisionnelle. Cela **m'apparaît** extrêmement important. Alors, peu importe où elle est rattachée. Ce qu'on a compris dans tout ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant, c'est qu'il faut à tout le moins laisser suffisamment, si on veut réussir, d'autonomie locale pour que cet amal-

game de différentes personnes puisse se faire de manière harmonieuse et laisser suffisamment de souplesse aux instances locales pour être capables de décider entre elles la meilleure formule et le meilleur rattachement possible. C'est comme ça qu'on réussira à avoir un succès de ce qu'on veut être une expérience-pilote bénéfique pour tout le monde. Alors, merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Je pense que Mme Martel avait quelque chose à ajouter.

Mme Martel: J'aimerais juste terminer en vous remerciant, M. Côté, et en vous disant que vous ne serez pas un criminel en légalisant les sages-femmes; par contre, les femmes qui utiliseront les sages-femmes et qui les utilisent actuellement sont illégales et ça, ça pose un problème.

Le Président (M. Joly): Je reconnais maintenant Mme la ministre déléguée à la Condition féminine et à la Famille.

Mme Trépanier: Trente secondes pour revenir sur vos commentaires, Mme la députée de Taillon, sur les bébés de petit poids. M. le ministre était absent lorsque le commentaire est venu. Je ne pense pas que le gouvernement veuille faire porter sur les épaules des sages-femmes tous les problèmes socio-économiques qui entourent tout ça, sauf que nous considérons que la sage-femme, comme elle a un rôle d'information intense, comme elle prend le temps de donner de bonnes habitudes alimentaires... d'ailleurs, les statistiques prouvent qu'il y a moins de bébés de petit poids... Alors, vous êtes une partie de la solution, mais pas toute la solution, c'est bien évident.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la ministre. À mon tour je remercie le groupe Naissance-Renaissance et je souhaite que vous continuiez d'être motivées comme vous l'êtes. Merci.

Des voix: Merci.

Le Président (M. Joly): Nous allons maintenant accueillir la Fédération des femmes du Québec.

Bienvenue, mesdames. Je ne vous rappellerai pas le but, en fait, de la consultation. Je pense que vous êtes ici depuis quelque temps; vous savez ce qui en est. Par contre, je vais vous rappeler les règles: vous avez entre quinze et vingt minutes pour exposer votre mémoire et peut-être apporter des commentaires et, par après, le temps est dévolu en parts égales, soit d'une vingtaine de minutes, à chacune des formations.

Alors, si vous voulez, pour les besoins de l'enregistrement, vous identifier, s'il vous plaît,

et présenter la personne qui vous accompagne.

Fédération des femmes du Québec

Mme Thibault (Charlotte): M. le Président, mesdames et messieurs, j'aimerais d'abord vous présenter la personne qui m'accompagne, Mme Paula McKeown, consultante pour la Fédération pour l'occasion. Mme McKeown a été coordonnatrice de Naissance-Renaissance et a participé au Comité de maisons des naissances de Montréal. Elle est active dans tout le mouvement de l'humanisation des naissances depuis 1977.

Mon nom est Charlotte Thibault. Je suis directrice générale de la Fédération des femmes du Québec. Je suis, à la Fédération, la personne responsable du dossier de l'humanisation des naissances. J'ai eu à m'impliquer dans le dossier sous différents chapeaux et à plusieurs reprises depuis 1982. Je vous signale d'ailleurs, M. le Président, qu'il ne s'agit pas d'un mémoire mais plutôt d'une présentation. Je voudrais m'excuser de la brièveté du texte et des fautes qu'on peut retrouver à l'intérieur du texte - je vais envoyer, lundi, une meilleure copie - mais les événements tragiques des derniers jours ont grandement perturbé mon emploi du temps et ma faculté de concentration. Il est quand même bon, aujourd'hui, de pouvoir parler non pas de mort mais de naissance.

À l'intérieur de la présentation, vous allez trouver une description, comme telle, de la Fédération des femmes du Québec. Je pense que plusieurs d'entre vous la connaissent déjà. La Fédération a une vingtaine d'années d'existence. Vous trouverez ses buts et objectifs à l'intérieur de la présentation. Puis-je vous rappeler que la Fédération regroupe actuellement 300 membres individuels et 112 associations qui représentent plus de 100 000 femmes au Québec et 1000 au Nouveau-Brunswick. On y retrouve des organismes de services, de promotion, des associations locales, régionales et provinciales. Vous avez la liste de nos 112 associations membres en annexe.

J'aimerais aussi vous rappeler l'historique de ce dossier à la Fédération, qui est le dossier de la maternité, parce qu'évidemment, on est, aujourd'hui, à discuter des sages-femmes, mais c'est beaucoup plus large que ça le dossier de la maternité, c'est bon de se le rappeler. Au coeur de la vie des femmes, depuis que le monde est monde, la reproduction, la maternité et tout ce qui l'entoure ont toujours été des sujets de préoccupation et de discussion. Il est donc normal que la Fédération des femmes du Québec ait, dès sa création, été préoccupée par ces questions. La Fédération qui regroupait, en 1966, bon nombre de femmes sur le marché du travail s'est d'abord rapidement intéressée aux impacts de la maternité sur les revenus et le travail des femmes, en étudiant la question des allocations familiales, en 1967, la discrimination dans les

avantages sociaux, en 1976, et les congés de maternité, en 1978. Toujours autour de la question de la reproduction, mais cette fois plus précisément sur son contrôle et celui du corps des femmes, la FFQ, en 1974, débute des discussions sur l'**avortement** et devient, en 1975, la première grande association de femmes au Québec à souhaiter une maternité volontaire pour toutes les Québécoises. En 1979, la Fédération s'est préoccupée de la violence médicale et, en 1982, son colloque portait sur la femme et la santé. En 1985, elle participait à une conférence de presse sur la vulnérabilité du patient face au pouvoir médical.

Depuis 1986, la maternité est au coeur des discussions et des luttes de la Fédération, que ce soit par les discussions sur les nouvelles techniques de reproduction, par une participation à la Coalition québécoise pour l'avortement libre et gratuit ou encore à la Coalition sur les congés de maternité. La Fédération a, de plus, organisé un colloque, en **1988**, dont le titre était "Mère et travailleuse: un défi relevable?" Notre objectif était de mettre en lumière les limites de la place qui est faite à la maternité dans la société et sur le marché du travail. La Fédération est aussi intervenue à quelques reprises, depuis 1987, pour donner des appuis au mouvement d'humanisation des naissances. La Fédération a demandé la reconnaissance des sages-femmes et, d'ailleurs, lors de notre dernière assemblée générale annuelle, les membres de la Fédération des femmes du Québec ont réclamé unanimement que "la Fédération des femmes du Québec demande à ta ministre de la Santé et des Services sociaux une loi spéciale reconnaissant la profession de sage-femme, de même qu'une structure permettant l'encadrement et l'évaluation de projets-pilotes, durant les cinq prochaines années".

(16 heures)

Mes commentaires et les commentaires de la Fédération en regard du projet de loi 4. En regard du projet de loi 4, la Fédération des femmes du Québec a tenu à comparaître devant la présente commission pour donner un appui tout particulier aux demandes de trois de ses associations membres: L'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes, l'Association des sages-femmes du Québec et Naissance-Renaissance.

La Fédération veut d'abord exprimer sa joie qu'un projet de loi concernant les sages-femmes soit enfin déposé pour adoption. Plus de dix ans de lutte commencent à donner des résultats. Nous n'en sommes toutefois qu'à une toute première étape.

La Fédération demande que le gouvernement du Québec utilise la définition de **sage-femme** commune à la Confédération internationale des sages-femmes, à la Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens et à l'Organisation

mondiale de la santé. La Fédération veut aussi féliciter le gouvernement de vouloir créer huit projets-pilotes, mais émet un certain nombre de réserves quant au choix et à la forme de ces projets. La Fédération demande que ces projets-pilotes reflètent l'ensemble des souhaits des usagères et des sages-femmes en ce que devra être la pratique future des sages-femmes au Québec.

Ces projets devraient tenir compte des composantes suivantes: la pratique en milieu urbain et rural, en milieu hospitalier, en maison des naissances et à domicile. La Fédération demande, de plus, que les usagères soient partie prenante de l'évaluation qui est proposée. Comme ce sont elles qui accouchent, elles doivent donc participer à toutes les étapes de ces projets.

À propos des usagères, le gouvernement **garantit-il** la gratuité des services des sages-femmes à l'intérieur des projets-pilotes pour éviter que seules les familles déjà convaincues et souvent plus à l'aise utilisent leurs services? La Fédération s'interroge, d'ailleurs, sur le type d'engagement que le gouvernement compte prendre à l'égard des associations de sages-femmes et d'usagères pour leur permettre de participer activement à l'encadrement et à l'évaluation de projets-pilotes. Nous apprécierions, lors de l'échange prévu après la présentation, recevoir réponse à toutes nos questions.

Le gouvernement prévoit-il un soutien financier afin de permettre aux groupes précités de faire des recherches équivalentes à ce que certaines corporations professionnelles auront les moyens de faire au cours des cinq prochaines années? Le gouvernement prévoit-il financer les groupes qui devront soutenir les sages-femmes qui vont travailler dans un milieu qui risque de leur être souvent hostile et qui auront sans doute besoin d'un certain type de counseling?

La Fédération s'inquiète aussi de l'échéancier entourant la reconnaissance complète de la pratique des sages-femmes au Québec. Quelle est la durée exacte qu'auront les projets-pilotes puisque la loi présentée ici aura une portée totale de cinq ans, voir l'article 22? L'évaluation **sera-t-elle** faite sur quatre ans de pratique, comme le laisse sous-entendre l'article 23? Où le ministre **compte-t-il** trouver les fonds à partir de 1991-1992 pour financer les huit projets-pilotes et l'évaluation? **Qu'arrivera-t-il** aux sages-femmes pratiquant leur métier à l'intérieur des projets-pilotes, à la fin de l'évaluation? Quel mécanisme prévoit le ministre pour leur éviter de retourner à l'illégalité? Enfin, quel engagement prend le gouvernement afin de rendre légale la pratique des sages-femmes si l'évaluation globale s'avère positive?

La Fédération des femmes du Québec encourage le gouvernement à adopter le projet de loi 4 modifié pour intégrer les recommandations communes à l'Association québécoise des

sages-femmes praticiennes, à l'Association des sages-femmes du Québec et à Naissance-Renaissance. Nous espérons qu'il intégrera, de plus, les réponses à nos propres interrogations. La Fédération tient toutefois à rappeler au gouvernement du Québec que la reconnaissance de la pratique des sages-femmes n'est qu'une étape dans l'ensemble des transformations demandées pour humaniser les naissances: chambres de naissances et maison des naissances, transformation de la mentalité des médecins, plus grand contrôle des femmes sur leur propre accouchement et on en passe. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la Présidente. Est-ce que votre collègue a quelque chose à ajouter?

Mme McKeown (Paula): Non, pas pour le moment. Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, Madame. Je vais maintenant passer la parole à Mme la ministre déléguée à la Condition féminine et à la Famille.

Mme Trépanier: Merci, M. le Président. D'abord, Mme Thibault, je voudrais vous dire combien j'ai trouvé pertinent et à point les propos que vous avez tenus hier, face aux événements tragiques de l'École polytechnique. Je vais vous poser deux, trois petites questions et je vais laisser le ministre répondre à vos interrogations.

J'ai été surprise de voir que, dans vos lieux de naissances... Vous favorisez aussi - ma surprise n'est pas là - la naissance à domicile, l'accouchement à domicile, comme le groupe précédent, mais, dans les lieux de naissances, vous faites abstraction des CLSC. Est-ce que c'est un oubli ou si... Quelle en est la raison?

Mme Thibault: Non, ce n'est pas un oubli, c'est-à-dire que ce n'est pas... disons qu'on peut mentionner aussi les CLSC, il n'y a pas de problème là-dedans. Je pense qu'on voulait surtout souligner qu'il faudrait des maisons des naissances et, évidemment, que la pratique à domicile doit exister.

Mme Trépanier: Nous avons parlé beaucoup, hier, de la possibilité d'inclure les CLSC, plusieurs groupes en ont parlé. Vous voyez ça aussi de bon augure?

Mme Thibault: Oui. Enfin, je constate aussi qu'avec les années, on transforme beaucoup les Centres locaux de services communautaires qui, au début, devaient être de petits lieux de pratique et qui sont en train de devenir de très gros établissements. Mais oui, Je pense que tous

les groupes sont d'accord que ça pourrait être intéressant. Il s'agirait d'étudier, de voir quel genre de projets-pilotes va être présenté.

Mme Trépanier: Vous désirez aussi inclure les usagères. Comment pourrions-nous procéder au choix de ces personnes? Comment voyez-vous ça?

Mme Thibault: Je pense qu'il y a des groupes, entre autres comme Naissance-Renaissance, qui regroupent des usagères depuis de nombreuses années. Elles ont sûrement un bassin de femmes qui accepteraient de participer à l'évaluation et à l'encadrement de ces projets. C'est sûr que c'est un très gros engagement de la part d'usagères d'accepter de participer à ce genre d'encadrement, et c'est pour ça que je posais entre autres, cette question au ministre: Quel genre de financement pourrions-nous avoir pour les groupes qui devront voir à l'évaluation et à l'encadrement de ce genre de projet?

Mme Trépanier: Une question que vous n'abordez pas ou que je n'ai pas vue, en tout cas, c'est la question de la rémunération. Hier, un groupe nous a dit: Nous souhaiterions que la rémunération se fasse au cas. Dans mon esprit, les sages-femmes, vous êtes un peu, même si vous espérez ne plus l'être, je pense, désinstitutionnalisées, mais il y a une mission dans votre mandat, c'est clair, vous voyez ça de façon différente. Lorsqu'on nous parle de rémunération au cas, je trouve ça dangereux, je préfère de beaucoup la rémunération à salaire, pour ne pas qu'il y ait le danger de diminuer l'aide, diminuer les services à la personne. Est-ce que vous avez une opinion sur ça, sur la rémunération des sages-femmes?

Mme Thibault: Disons, Mme la ministre, que quand vous dites "vous", je veux simplement vous rappeler que je ne suis pas sage-femme et que je n'ai pas l'intention de l'être. Donc, je suis un peu dans la même position que vous l'êtes probablement quand on essaie de discuter de la question. Je ne me permettrai pas de répondre à la place des deux associations, car je ne connais pas leur position sur cette question-là. Il me semble, par contre, que, si elles travaillent avec des CLSC, ça sera sans doute à salaire. Mon inquiétude est beaucoup plus l'inquiétude d'une usagère potentielle qui se dit: Il me semble que ce serait important que ces services soient gratuits.

Mme Trépanier: Que les services...

Mme Thibault: Absolument. Et Je veux m'en assurer, parce qu'il y a des services, dans les centres hospitaliers, un peu partout, qui ne sont pas gratuits.

Mme Trépanier: Oui. Je pense qu'en ce qui concerne les projets-pilotes, la réponse sera affirmative. O.K. Merci, mesdames.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la ministre. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Comme ça a été fait de manière très professionnelle, d'habitude, c'est nous qui posons les questions, mais, comme vous en avez posé une bonne série, je vais y répondre volontiers.

Mme Thibault: Ça va me faire plaisir, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Prenons-les une par une. À propos des usagères, le gouvernement garantit-il la gratuité? Je pense que ça a été dit et redit depuis le début, c'est clair. Ça sera par l'assurance-hospitalisation que ces problèmes-là seront réglés.

Deuxièmement, "la Fédération s'interroge d'ailleurs sur le type d'engagement que le gouvernement compte prendre à l'égard des associations de sages-femmes et d'usagères pour leur permettre de participer activement à l'encadrement et l'évaluation de projets-pilotes." Ce sont deux choses: il y a usagères et il y a sages-femmes. Dans le cas des usagères, on a des programmes, au niveau du ministère, où on peut reconnaître des organismes bénévoles et les supporter. Dans le cas des sages-femmes, comme la volonté est de devenir une corporation professionnelle, vous comprendrez que lorsqu'on veut s'élever à un statut comme celui-là, on doit les traiter de la même manière que les corporations professionnelles, soit par, bien sûr, des cotisations qui sont payées, puisqu'on ne supporte pas les autres corporations professionnelles.

Mme Thibault: Je voudrais intervenir.

Le Président (M. Joly): Oui, allez, madame.

Mme Thibault: Je veux simplement vous donner un exemple, M. le ministre, de groupes qui ont été comme en transition. Prenons la Fédération des agricultrices du Québec. Pendant un certain temps, elle a été considérée comme un groupe de femmes et financée, à tous les niveaux, comme un groupe de femmes, alors qu'en réalité, c'était en train de devenir un syndicat de l'UPA. Mais, comme c'était un groupe qui était en train de se structurer, on a comme compris le besoin d'aider à la structuration de ce groupe, et le ministère de l'Agriculture et le Secrétariat d'État, le programme Promotion de la femme, ont compris cette situation et ont donné du financement. Je pense qu'on pourrait être espérer, de la part du ministre de la Santé

et des Services sociaux, le même genre d'aide pour cette période de transition.

M. Côté (Charlesbourg): Et du Secrétariat d'État.

Mme Thibault: Fédéral.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, oui. Quand c'est partagé, c'est toujours moins cher.

Mme Thibault: Oui, mais j'aimerais vous rappeler, M. le ministre, que, dans le domaine de la santé, le financement au Secrétariat d'État, programme Promotion de la femme, est extrêmement difficile. Merci.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. C'est de notre juridiction mais, de plus en plus, le fédéral nous envoie ses responsabilités. Ce sont des débats qui viendront éventuellement. De toute façon, s'il y a des cas particuliers ailleurs, je pense que c'est à la lumière de ces expériences qu'il faut analyser, être le plus juste, le plus équitable, en regardant notre histoire et l'histoire d'autres cas et savoir où on peut aller.

Une voix: Parfait.

M. Côté (Charlesbourg): Le gouvernement prévoit-il un soutien financier afin de permettre au groupe précité de faire des recherches équivalentes à ce que certaines corporations professionnelles auront les moyens de faire au cours des cinq prochaines années? Évidemment, la Corporation professionnelle des médecins fait des études qui sont très bien documentées. Ils ont les moyens de le faire, aussi. Ils les paient eux-mêmes. Je ne sais pas s'ils sont admissibles au Fonds de recherche en santé du Québec, comme corporation professionnelle.

Une voix: Pas la corporation elle-même.

M. Côté (Charlesbourg): Pas la corporation elle-même. À partir de ce moment-là, il y a le Fonds de recherche en santé du Québec qui a des subventions pour supporter la recherche. Si la question se pose à ce niveau, je pense que c'est là qu'il faudra poser la question.

Mme Thibault: Oui. Pour ce qui est du Fonds de recherche en santé du Québec, si ma mémoire est bonne, M. le ministre, ce sont surtout des universitaires qui peuvent avoir accès à cela.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. De ce que j'ai entendu ici, moi, j'ai entendu des universitaires qui étaient aussi des pro-sages-femmes.

Mme Thibault: Je veux simplement vous

rappeler que, comme il y a très peu de sages-femmes, je pense, dans les deux associations, vous comprenez que leurs cotisations, comme elles ont très peu de revenus, peuvent être très peu élevées. Donc, je pense que ça fera partie de la transition qu'il faudra souhaiter.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. Mais il faut quand même convenir que le ministère lui-même a fait toute une série de recherches pour tenter d'étayer. Comme ça fait quinze ans qu'on en parle, il n'y aura possiblement pas de roue réinventée. Il y aura des choses à mettre à jour sur le plan des statistiques, à partir de nos propres expériences. À partir de ce moment-là, on va davantage se baser sur nos projets-pilotes qui, eux, vont devoir faire des bilans chaque année, année après année et qu'on puisse, à partir de notre **expérience** propre au niveau de nos expériences-pilotes, avoir un portrait global qui ne nécessitera pas de multiples études pour refaire la roue. Évidemment, à partir du moment où le gouvernement s'engage dans ce processus, il faut, bien sûr, s'assurer qu'on ait tout l'éclairage possible pour prendre de bonnes décisions.

La Fédération s'inquiète de l'échéancier entourant la reconnaissance complète à partir des sages-femmes, cinq ans, quatre ans, l'article 23, l'article 22. C'est un projet-pilote de cinq ans et on doit s'assurer, comme législateur, qu'au terme des cinq, il y ait des mécanismes nécessaires pour prendre une décision et que cette décision suive le projet-pilote pour ne pas qu'il y ait de zone grise entre le moment où l'on fait notre évaluation et le moment où l'on prend notre décision. Je pense **qu'il** est peut-être logique de se dire: La première année va être révélatrice, la deuxième va l'être tout autant. À partir de la troisième année, on va commencer à savoir un petit peu ce que ça donne en termes de résultats dans la pratique. Inévitablement, pour des gens responsables, on devra, à ce moment-là, sans présumer du jugement final sur l'expérience de cinq ans, enclencher des mécanismes qui vont nous permettre d'éliminer la zone grise qu'il pourrait y avoir entre la fin de l'expérience-pilote et une décision finale quant à la reconnaissance, **si** l'expérience est positive. Évidemment, c'est la question de 100 \$: Où le ministre **compte-t-il** prendre les fonds? Je n'ai pas besoin de vous rappeler que c'est un projet de loi qui est passé par le Conseil des ministres avec, bien sûr, des évaluations, quoique très sommaires, des coûts financiers, qui a donc été accepté par le Conseil des ministres comme avant-projet de loi et qui sera accepté comme projet de loi, non pas avant mais comme projet de loi, et qui est accepté par le Conseil et, nécessairement, je serais tenté de vous dire, à même le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais la démarche va très certainement être faite

pour tenter d'obtenir les crédits nécessaires à la bonne réalisation de ces expériences-pilotes.

Qu'arrivera-t-il aux sages-femmes pratiquant leur métier à l'intérieur des projets-pilotes, à la fin de l'évaluation? Deux choses possibles: si l'expérience n'est pas concluante, c'est fini; si l'expérience est concluante, il y a une reconnaissance. Donc, ça me paraît très clair. Quand on a dit, tantôt, qu'il ne doit pas y avoir de zone grise entre la fin de l'expérience et la position du gouvernement, ça me paraît très clair, à ce moment-là, **dépendamment** des résultats. Comme, d'un côté, les sages-femmes et à peu près tout le monde qui est intervenu en faveur de ce projet-là nous disent: Il n'y a aucune espèce de crainte quant aux résultats, compte tenu des expériences étrangères. Alors, il y a tout lieu, si on est prohumanisation des soins par l'entremise de la sage-femme, de penser qu'il y aura une permanence dans la reconnaissance et que, au contraire, pour d'autres qui pensent que ce ne sera pas positif mais qui ont droit de changer d'idée en cours de route aussi, de par les résultats, à ce moment-là, qui penseront que ce ne serait pas viable, à ce moment-là chacun aura à jouer son rôle, au moment opportun. Mais c'est clair que ce serait là. Mais enfin, quel engagement prend le gouvernement de rendre légale la pratique des sages-femmes, si l'évaluation globale s'avère positive? Écoutez, je pense qu'il n'y a pas un représentant politique qui pourrait, au terme de l'expérience, après l'avoir fait accepter par le gouvernement, après l'avoir encadrée, après avoir eu des objectifs et des mécanismes d'évaluation, qui arriverait à la conclusion que cette évaluation-là est positive qui pourrait supporter la thèse de ne pas reconnaître légalement la pratique.

(16 h 15)

Mme Thibault: Donc l'engagement, M. le ministre?

M. Côté (Charlesbourg): Écoutez, moi, mes convictions à moi sont là. Évidemment, comme j'ai dit que c'était mon dernier terme sur le plan politique, à moins que le premier ministre décide que ce soit un terme de cinq ans, à ce moment-là, je pourrais vous dire: Oui, **j'en** prends l'engagement, comme ministre. Je ne peux pas présumer de celui ou celle **qui** me remplacera dans cinq ans parce que, éventuellement, ce n'est pas moi qui serai là, dans cinq ans. Alors, ce sera quelqu'un d'autre mais il y en a un engagement gouvernemental qui, lui, doit perdurer dans le temps. Moi, j'ai pris la relève de Mme Lavole-Roux qui, elle, avait pris l'engagement en déposant le projet de loi que j'ai fait mien puisque j'étais au Conseil des ministres, et j'imagine que ce n'est pas un problème très très difficile à surmonter, à ce moment-là.

Mme Thibault: Merci.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître Mme la députée de Taillon.

Mme Marois: Merci, M. le Président. J'imagine que de toute façon, M. le ministre, vous portez la responsabilité, non pas la responsabilité comme la volonté gouvernementale et qu'elle est, à cet égard-là, entérinée donc par les membres de votre gouvernement. La présence de la ministre aussi est significative à cet égard.

La question ne porte pas spécifiquement sur le mémoire mais a trait aux problèmes que l'on soulève. Toutes les corporations qui sont venues, de médecins, de spécialistes, fédérations ou autres ont fait valoir presque toujours un fait, à savoir que la profession médicale de même que les spécialités se féminisaient et, donc, que ça rendait un peu caduc le fait qu'on reconnaisse la profession de sage-femme. Est-ce que vous partagez ce point de vue?

Mme Thibault: Non, pas du tout. Non, je pense qu'on est absolument convaincue que c'est une chose d'entrer dans une profession en grand nombre, en plus grand nombre et c'est autre chose de changer la profession. De toute façon, dans tous les lieux où il y a des professions équivalentes à ce qu'on a au Québec, il y a aussi, dans tous ces pays, des sages-femmes. Rappelons que 201 pays sur 210 ont reconnu les sages-femmes. Je nous trouve vraiment, enfin, un peu en retard dans ce domaine-là et j'espère qu'on va rattraper le retard rapidement.

Mme Marois: D'accord.

Mme Thibault: Mme McKeown voudrait ajouter quelque chose.

Mme McKeown: Je voudrais juste ajouter quand même que j'ai été l'un des auteurs dans la première demande officielle pour avoir des sages-femmes au Québec, en 1977. On est douze ans plus tard. Je pense que ce n'est pas une question. Même à cette époque-là, ce que les usagères et les femmes ont demandé, ce n'était pas d'avoir des femmes-médecins pour les accoucher, c'était d'accoucher et d'avoir le soutien et l'aide nécessaires pour le faire. Je pense que ce dont on parle aussi s'inscrit un peu dans un aspect global de contrôle sur nos propres corps, de contrôle et sur les événements aussi importants qui sont des événements multidimensionnels, entre autres, sociaux, psychologiques, etc. C'est une question de choix de civilisation, si je peux dire aussi, la façon dont on vient au monde et la façon dont on le quitte et tout ce qui se passe entre-temps. Donc, c'est vraiment une question de changement fondamental de la façon dont cet acte-là est perçu et non que ce soient des femmes ou des hommes qui l'exécutent.

Mme Marois: Ça va pour moi, M. le Président.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la députée de Taillon. Maintenant, Mme la députée de Les Chutes-de-la-Chaudière.

Mme Carrier-Perrault: Merci, M. le Président. Disons que par rapport à la représentation des usagères, étant donné que vous représentez en même temps... Je comprends que vous représentez aussi Naissance-Renaissance mais vous représentez aussi... non mais vous appuyez, je veux dire, et vous représentez les usagères, définitivement. Par rapport à la réponse que le ministre faisait tout à l'heure, des deux comités et tout ça, et par rapport à la représentation, comment est-ce que vous voyez ça?

Mme Thibault: Je vais être bien honnête avec vous, je ne suis pas en mesure de vous dire complètement, par rapport à la participation dans chaque comité. Il me semble qu'elle doit être plus que symbolique et qu'elle ne doit pas être non plus bénévole, si ces comités-là sont pour être très actifs, pour qu'on puisse s'assurer effectivement que les usagères puissent vraiment jouer un rôle proactif à l'intérieur des groupes. Mais, pour moi, c'est une évidence qu'il faut que les usagères soient absolument à tous les niveaux, pour s'assurer que ces différents projets-pilotes soient positifs. Mme McKeown.

Mme McKeown: Je vois aussi l'importance, par exemple, de considérer la présence des usagères non pas nécessairement toujours comme individu. Il faudrait faire attention de ne pas tomber dans ce piège-là, comme on l'a vu depuis bien des années, et que, au minimum, au niveau régional et au niveau du Québec, il y ait un comité de coordination quelconque, que ce soit par la représentation de leur groupe, et aussi que ce ne soit pas bénévole, s'il vous plaît.

Mme Marois: C'est très important.

Mme Carrier-Perreault: Le ministre a sûrement compris.

M. Côté (Charlesbourg): Non...

Mme Carrier-Perreault: Il y a des notes là-dessus.

Mme Marois: Je pense que ce serait important peut-être... Non, je sais qu'il y aura des notes mais, comme on est à la fin de la journée... Ce serait intéressant que vous repreniez un petit peu les derniers propos sur la participation des usagères à cet égard-là, non pas quant à une, deux ou sur tous les conseils, mais sur le

fond de votre intervention.

Mme Thibault: Je pense que sur le fond, entre autres, ce qu'on veut mentionner, parce que c'est de plus en plus fréquent dans tous les comités un peu partout, on demande des bénévoles et, si on veut que ce soient des femmes qui soient là pendant peut-être cinq ans et qu'elles aient du temps pour pouvoir approfondir les dossiers et tout ça, il faut absolument que ce ne soient pas des femmes qui soient bénévoles, mais qu'elles soient rémunérées pour leur participation. Je ne parle pas de les rémunérer à l'année, mais pour leur participation, comme dans d'autres types de comités auxquels on peut penser, comme le Conseil supérieur ou ailleurs. Mme McKeown.

Mme McKeown: Oui. Ce que je veux dire, c'est que c'est important que, au moins aux niveaux régional et provincial, s'il y a des comités de coordination, que cette participation soit à travers les représentantes de leurs organismes et de leurs groupes. Donc, on ne tombe pas dans le piège de...

Mme Marois: L'usagère isolée.

Mme McKeown: ...l'usagère bénévole... Excusez-moi, de l'usagère qui est là seulement à titre individuel, qui finalement se fait noyer dans une structure qui est plus ou moins à son service. Je pense que le but de cette présence-là, ce n'est pas non plus symbolique, mais c'est de s'assurer réellement, vu que c'est une demande de la population, qu'on réponde à ces besoins-là.

M. Côté (Charlesbourg): On va apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Je serai aussi direct que vous pouvez l'être. Oui, effectivement, c'est une chose qu'il faudra regarder, bien s'assurer qu'une usagère, qui serait bénévole et qui n'en aurait pas les moyens, n'y sera pas. On risquerait de se retrouver avec quelqu'un qui en a les moyens, qui, forcément, ne représente pas nécessairement l'ensemble. L'autre piège qu'il faut éviter, et c'est pour ça que je serais favorable à ce qu'on puisse avoir une certaine rémunération, c'est d'éviter d'avoir des usagères aussi qui viennent de structures bien établies. Je pense que les deux sont vrais, dans ce sens-là. Et, de la manière dont ça pourrait procéder, je n'ai aucune espèce de problème, je l'ai dit tantôt, oui, des usagères, des vraies, qui ont probablement vécu des expériences d'accouchement par sage-femme et d'accouchement par un médecin, pour être capables effectivement de savoir de quoi elles parlent, et recommandées par les différentes associations qui ont pu passer ici, venir exprimer leur point de vue, à partir d'un bassin où nous pourrions choisir. Mais l'élimination de base quant à la représentativité ayant

déjà été faite par les différents organismes et fédérations, laissant le soin au ministre de déterminer parmi X personnes celles qui pourraient être reconnues à ce niveau-là, au niveau provincial.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Est-ce que d'autres membres de la commission aimeraient s'exprimer, aimeraient questionner? Mme McKeown ou Mme Thibault, avez-vous autre chose à ajouter?

Mme Thibault: Non, je... Peut-être juste une petite chose: se rappeler d'abord que la fameuse période de cinq ans au niveau, je pense, du mouvement des femmes et de l'humanisation des naissances, c'est un compromis qu'on fait dans une longue lutte. Je veux seulement rappeler ça parce que je trouve ça quand même important de se le rappeler. On espère que tout va effectivement être mis en place pour que toutes les femmes qui souhaiteront avoir une sage-femme puissent en avoir à partir de 1995 sans aucun problème. C'est tellement loin, 1995. Merci.

Le Président (M. Joly): À mon tour de vous remercier, Mme Thibault, Mme McKeown, pour ce que vous nous avez apporté à la commission.

Je vais maintenant demander aux représentants de la Confédération des syndicats nationaux de bien vouloir prendre place. Est-ce qu'ils sont tous ici? Oui? Merci.

Je vous souhaite la bienvenue. Est-ce qu'il est nécessaire que je vous rappelle les objectifs de la commission ou déjà vous êtes au courant? Je vais plutôt... Oui. Alors, c'est dans le cadre d'une consultation particulière, l'étude du projet de loi 4, Loi sur la pratique des sages-femmes, dans le cadre d'un projet-pilote.

Si, Mme la présidente, vous voulez bien vous identifier et identifier aussi les gens qui vous accompagnent. Les règles du jeu, tel que vous les connaissez sans doute: vous avez quinze à vingt minutes pour exposer votre mémoire. Par après, nécessairement, il y a quinze à vingt minutes aussi pour chacun des côtés, soit le côté ministériel et le côté de l'Opposition, pour vous questionner et aussi entendre vos commentaires. Madame.

Mme Simard (Monique): Bonjour, je suis...

Le Président (M. Joly): Excusez. On peut aussi dépasser un peu.

Confédération des syndicats nationaux

Mme Simard: M. le Président, mesdames et messieurs, je me présente. Je suis Monique Simard, vice-présidente de la CSN. Je remplace Céline Lamontagne, vice-présidente également de la CSN, qui devait être ici cet après-midi, mais

qui, à la dernière minute, a été retenue dans un autre dossier. Je vais tenter de faire de mon mieux.

Je suis accompagnée de Mme Catherine **Loumède**, qui est présidente de la Fédération des affaires sociales; ici, tout de suite à ma droite, M. Jacques **Guérette**, président de la Fédération des professionnels et salariés cadres à la CSN, qui représente les professionnels du secteur de la santé, et, enfin, M. Claude Saint-Georges, conseiller à la CSN et, plus particulièrement, affecté au dossier de l'élaboration de nos orientations et de nos politiques dans le domaine de la santé.

La question évidemment de la consultation aujourd'hui nous intéresse comme organisation parce que, de tout temps, nous avons été très liés au développement de services dans le réseau de la santé et, plus particulièrement sur la question des sages-femmes. Il y a maintenant quelques années que nous avons arrêté nos positions, à savoir de reconnaître le travail de **sage-femme** pouvant s'exercer ici, au Québec. Comme organisation qui représente également des gens qui oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux, notamment dans des centres hospitaliers, des CLSC et d'autres centres, eh bien! évidemment que tout nouveau projet, tout nouveau type de service nous intéresse également. Enfin, en troisième lieu, notre implication, particulièrement dans le domaine de la condition féminine, tout le volet de la maternité dans le sens le plus large possible, a toujours été une de nos **priorités**. C'est à ce titre également que nous faisons cette présentation ici, aujourd'hui.

Je pense évidemment qu'il y a eu beaucoup de mémoires. On en est à la troisième journée. Je n'ai pas besoin de revenir sur des grands faits saillants du type que nous sommes un des rares pays où la pratique des sages-femmes n'est pas reconnue. Aussi, je pense qu'il n'est pas nécessaire de revenir sur le fait que la question de l'accouchement, ici, est absolument contrôlé par le corps médical et que, malgré le fait qu'il y ait 200 sages-femmes ici, au Québec, eh bien! que ces sages-femmes ne peuvent pas exercer en toute liberté et dans des conditions convenables leur profession.

Malgré cela, il y a quand même 2000 Québécoises qui, l'an dernier, ont eu recours aux services de sages-femmes. Je pense que c'est très significatif que, malgré les difficultés d'accès, il y ait beaucoup de femmes qui se prévalent quand même de ce choix.

Vous avez été probablement inondés aussi de statistiques sur la surmédicalisation des accouchements ici, au Québec, au Canada et en Amérique du Nord. Donc, je pense que je n'ai pas besoin de vous répéter ces mêmes statistiques. Elles sont contenues dans notre mémoire dont vous avez copie.

(16 h 30)

Je pense qu'il y a peut-être une chose qu'il est peut-être important de souligner, c'est que ça fait plusieurs années qu'on parle de surmédicalisation, que beaucoup de groupes de femmes préoccupées de la question de la santé des femmes ont fait état de cette situation, mais malgré cela, malgré les avertissements, on voit qu'il y a une tendance toujours croissante à cela et c'est d'autant plus inquiétant.

Il y a une chose qui **m'apparaît** et qui nous apparaît, nous, extrêmement importante, avant de vous faire part de nos recommandations plus précisément, c'est que les femmes sont favorables au fait que les sages-femmes soit, puissent offrir des services et puissent travailler au Québec. Moi, je pense que c'est extrêmement important d'insister sur cela, que les sondages qui ont pu être réalisés au cours de la dernière année montrent que, pour la majorité des femmes québécoises, si on leur donnait le choix, elles choisiraient une sage-femme. Ça, je pense que c'est un chiffre extrêmement révélateur de la volonté des femmes au Québec.

Je pense que ce n'est pas inintéressant que les Québécoises se disent prêtes et, en majorité, voudraient avoir recours à une sage-femme. Je pense qu'il y a des chiffres très éloquentes qui ont été produits, d'ailleurs, par des organismes gouvernementaux, sur des situations fort difficiles qui pour plusieurs semblent assez aberrantes que dans une société dite riche comme le Québec, une société industrialisée comme le Québec, qu'au niveau de la naissance, on ait des situations d'inégalité aussi grandes, qu'on ait ici au Québec, dans une société qui, pour beaucoup d'autres, semble extrêmement favorisée, qu'au niveau de la naissance, dans certains milieux du Québec, dans certaines régions du Québec, on puisse se comparer à certains pays du tiers monde. Je trouve que ça, c'est extrêmement alarmant.

Pourquoi je le souligne? Parce que certains pourront dire: Il n'y a pas vraiment, nécessairement de corrélation entre sages-femmes et condition de naissance, ou conditions faites aux femmes qui sont enceintes ou aux bébés à naître. Je pense que ce n'est pas vrai puisqu'on a pu remarquer que dans d'autres sociétés qui, d'un point de vue économique, peuvent se comparer à la nôtre et qui reconnaissent le métier de sage-femme, dans ces **pays-là**, dans ces sociétés, il y a une approche à la naissance, il y a une approche globale à la naissance qui fait en sorte que des femmes de tous milieux, justement avec l'approche qu'apportent les sages-femmes, peuvent vivre des grossesses et des accouchements, et mettre des enfants au monde dans de bien meilleures conditions et des enfants qui, lorsqu'ils naissent, sont en bien meilleure santé que ce qu'on peut retrouver ici au Québec.

Et je pense qu'il y a un lien, effectivement,

et c'est une préoccupation d'une organisation comme la nôtre, qui n'est pas juste de reconnaître un métier, parmi tant d'autres, tout aussi louable qu'il peut l'être, mais aussi de faire un tien qu'entre ce métier, l'approche qu'il a, on peut rehausser des conditions qui sont faites à certaines couches de la société, notamment, évidemment, je fais référence aux femmes de milieux socio-économiques plus défavorisés. Et ça, c'est extrêmement important pour nous.

On sait que bon, dans notre société au Québec, également, il y a un certain nombre d'institutions qui ont commencé à mettre sur pied des programmes d'intervention pour justement pallier le problème auquel je viens de faire référence. Plusieurs CLSC, je pense, on doit le souligner, l'ont fait et c'est tout à leur honneur. Mais, on n'a pas encore ici, au Québec, je dirais, d'approche vraiment globale, de programmes de soins globaux qui pourraient nous permettre, effectivement, d'avoir pour toutes des conditions convenables pour mettre des enfants au monde, être enceinte, avoir une grossesse convenable, heureuse, et mettre des enfants au monde en santé.

Alors, plus particulièrement, sur ce qui est proposé dans le projet, je vais vous faire part de nos recommandations. Bon, je veux dire tout de suite, évidemment, que l'initiative que le gouvernement a prise en déposant son projet de loi, tout en étant à l'intérieur d'un cadre expérimental, constitue un premier geste, je pense, qu'on doit signaler comme étant favorable, en tout cas, à notre avis, je pense que c'est important de vous le dire. Que ce mouvement vers l'humanisation des soins en périnatalité qui s'est développé au cours des 20 dernières années et qui, très largement, comme je le disais, trouve écho auprès des femmes du Québec, exigeaient et exigent encore du gouvernement une action déterminée qui, je pense et nous pensons, devra aller plus loin que ce qui est expérimenté dans ce projet de loi. D'ailleurs, les travaux qui avaient été menés par la commission Rochon, les réflexions qui ont été faites ensuite par le ministère, qu'on retrouve dans différents rapports, nous permettent d'espérer que cette réforme va se réaliser.

L'intégration, pour nous, dans le réseau des services de santé et des services sociaux, des sages-femmes, à titre de professionnelles, pour nous, comme professionnelles à part entière, doit être vue dans le contexte de cette approche très globale. On ne veut pas en faire quelque chose d'isolé, tout en reconnaissant toute la pertinence et le bien-fondé de l'argumentation qu'ont pu développer les associations de sages-femmes et les groupes de femmes. Pour nous, ça s'inscrit dans un projet plus global que le gouvernement aura à mener à terme. D'ailleurs, je pense que Mme Lavoie-Roux, votre prédécesseur, M. le ministre, en avait fait état à plusieurs reprises

et nous étions d'accord avec elle.

Alors, c'est ce qui, je pense, cette foulée de rapports, ces déclarations, nous inspire, en tout cas, un certain optimisme que ça se réalisera dans un avenir plutôt rapproché.

Quant à nos recommandations plus précises, sur le cadre juridique, ce que nous recommandons, c'est que, suite à l'avis fourni en mai 1987 par l'Office des professions, le Code des professions soit modifié afin de prévoir la reconnaissance de la profession autonome de sage-femme. Pour nous, cela constitue une étape vers la création, éventuellement, d'une corporation professionnelle à exercice exclusif.

Les orientations gouvernementales, en avril dernier, que la ministre entendait rendre possibles, l'accès à certaines médecines douces, comme le souhaite une partie de la population québécoise, ça, nous sommes d'accord. Mme Lavoie-Roux, à ce moment-là, précisait qu'elle voulait proposer au ministre responsable que l'Office des professions assure un contrôle de l'activité professionnelle lorsque des pratiques peuvent représenter un certain danger pour le public, en attendant qu'une corporation puisse, le cas échéant, l'assurer elle-même.

Alors, la profession de sage-femme devrait, à notre avis, être la première à bénéficier de ces intentions ministérielles. Il y en aura d'autres, mais, pour le propos de cette commission parlementaire, nous pensons que ça devrait être la première.

Quant au mandat et la composition du comité, nous recommandons que le mandat du comité prévu à l'article 5 du projet de loi soit élargi pour permettre l'admission à la profession de toute sage-femme ayant la compétence requise. D'autre part, nous proposons que le nombre de membres du comité, tel qu'il est inscrit, soit élargi pour permettre la participation de représentantes du public. Nous suggérons ici des personnes désignées, par exemple, par le Conseil du statut de la femme et le Conseil des affaires sociales, organismes gouvernementaux. Et, suite aux amendements législatifs requis, le comité constituerait, à cette étape, le bureau de la corporation des sages-femmes.

Quant au champ de pratique et à la formation, l'avis fourni à la ministre par le comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec recommande que le champ de pratique des sages-femmes leur permette une utilisation maximale de leur potentiel. Dans ce sens, la définition internationale de la sage-femme, qu'on a reproduit en annexe dans notre mémoire, et le code de pratique de la CEE sont autant de références utiles pour fixer ce champ de pratique. Nous recommandons que le comité responsable prévu à la loi ait pour mandat d'élaborer un règlement sur le champ de pratique en collaboration avec les sages-femmes et les autres professions impliquées en périnatalité.

Pour nous, enfin, ce que nous voulons vous soumettre, c'est que la **sage-femme** doit être considérée comme une professionnelle distincte des autres professionnels de la santé. En regard des connaissances requises et des responsabilités professionnelles qui lui sont rattachées, la future sage-femme doit trouver un enseignement de qualité, accessible régionalement dans le réseau universitaire.

Et en accord avec des positions déjà exprimées par le comité des infirmières de la Fédération des affaires sociales, CSN, nous recommandons que le diplôme de sage-femme soit accordé par l'université, premier cycle, la formation d'infirmière au niveau collégial n'étant pas requise, mais pouvant cependant faciliter l'accès à cette profession. La vision se confirme d'ailleurs de plus en plus à l'effet que les sages-femmes auront à jouer un rôle de tout premier ordre dans l'atteinte de nos objectifs collectifs de périnatalité.

Une autre de nos positions, c'est l'intégration au réseau public. D'ailleurs, quand on regarde ce qui s'est passé dans d'autres pays, leur exemple nous démontre que les sages-femmes réalisent leur plein potentiel à l'intérieur d'équipes périnatales **caractérisées** par des approches de continuité et de globalité des soins. Alors, nous recommandons, en conséquence, que les sages-femmes soient intégrées dans le réseau public de la santé et des services sociaux au sein d'équipes en périnatalité existantes ou à être formées. Nous recommandons que le salariat soit le mode de rémunération privilégié pour les sages-femmes.

Les suivis prénatal et postnatal de même que l'accouchement sont des actes qui doivent être assumés entièrement par notre système public de services de santé, croyons-nous. Il devra, en conséquence, être prévu que l'ensemble de coûts afférents à la rémunération des sages-femmes émerge au budget de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Nous nous opposons au développement d'un système privé de services en périnatalité où des professionnels, sages-femmes ou autres, se feraient rembourser directement par les utilisatrices pour leurs services, d'autant plus que, évidemment, on pense que des femmes d'un milieu défavorisé pourraient tellement bénéficier de ce type de services. Elles n'ont pas d'argent, donc on pense que là, il y aurait une incohérence assez grande. Il s'agit, évidemment, d'une question de principe pour nous, en regard de la nature à préserver de notre système de services de santé et de services sociaux.

En ce qui concerne la question des coûts qui pourrait être soulevée, l'étude du comité de **travail** sur la pratique des sages-femmes nous démontre qu'il n'y a pas **lieu** de craindre une hausse des coûts dans le système de la santé du fait de l'arrivée de nouvelles professionnelles que

sont les sages-femmes. On peut même **peut-être** soutenir le contraire, que la diminution des coûts associée à la prématurité, à la naissance de bébés de faible poids, la diminution de certaines interventions et la diminution de la durée de séjour à l'hôpital, par exemple, sont des phénomènes qui sont observés dans les résultats de pratique des sages-femmes. On **sait** que ce sont des choses qui coûtent très cher; si on arrive à diminuer ce type de services, eh bien, on pourrait même penser à des économies de coûts. On sait que le gouvernement est toujours sensible à ce type d'arguments.

Si on ajoute, par ailleurs, que les **omnipraticiens** et les médecins de famille ont déjà beaucoup réduit leur tâche en obstétrique, la majorité s'excluant de cette pratique, on ne doit donc pas trop craindre la montée d'une forte concurrence interprofessionnelle, croyons-nous.

Alors, d'ici quelques années, c'est ce que nous souhaitons, les femmes québécoises vivant une grossesse normale auront accès, dans toutes les régions, au médecin omnipraticien ou à la sage-femme, selon leur choix. Cette perspective doit être vue comme une alternative proposée aux femmes afin qu'elles vivent leur grossesse et leur accouchement de la façon la plus harmonieuse et la plus sécurisante, non pas comme une occasion d'exacerber l'hostilité entre familles professionnelles.

En ce qui concerne les projets-pilotes, le projet de loi présentement à l'étude vise à soutenir des projets-pilotes conçus par les centres hospitaliers approuvés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Nous estimons que les centres hospitaliers devront être associés, de toute façon, à la réalisation des projets-pilotes, mais nous ne croyons pas qu'ils sont les seuls établissements aptes à en être les maîtres d'oeuvre, l'originalité de la pratique des sages-femmes se retrouvant **peut-être** davantage dans les suivis prénatal et postnatal autant que dans l'accouchement lui-même, on peut imaginer que la responsabilité du projet-pilote relève d'un CLSC, d'une maison des naissances ou d'un centre de santé de femmes. Une avenue qui serait peut-être à explorer pourrait être de confier l'encadrement d'un projet-pilote à un comité régional auquel seraient associés des établissements (CLSC, centres hospitaliers, maisons des naissances) et à des organismes reliés au mouvement d'humanisation des naissances.

Afin de tenir compte d'un objectif à plus long terme d'accès universel aux services de sages-femmes, nous croyons **qu'il** faut permettre maintenant le développement d'une expertise dans chacune des régions du Québec. Donc, en conséquence, nous recommandons que, dans chacune des régions socio-sanitaires, au moins un projet-pilote intégrant la pratique de **sage-femme** soit autorisé par le ministère, après recommandation

par le Conseil de la santé et des services sociaux. Ces projets pourront contribuer à la réalisation des objectifs prioritaires de la région en périnatalité parce qu'on sait aussi qu'on retrouve des différences assez marquées entre les régions du Québec. On pense que ce serait important de pouvoir mener ces expériences dans toutes les régions du Québec qui vivent des situations parfois très différentes.
(16 h 45)

Alors, M. le ministre, M. le Président, mesdames et messieurs, c'est l'essentiel de nos commentaires. Je ne sais pas si j'ai dépassé mon temps, nous serons disposés à répondre aux questions qui pourront nous être présentées. Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): Merci, madame. M. le ministre de la Santé, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, M. le Président, Mme Simard, Mme Loumède, messieurs. On me dit que vous avez les 20 minutes, parfait. Vous avez possiblement l'habitude de ce genre de prestation devant ce forum-là ou de la discipline, ce qui fait que vous y arrivez très bien.

Évidemment, tout le monde a parlé de périnatalité avec nos forces et nos faiblesses au niveau du Québec. On a quand même dit, en termes de constat, que ce n'était pas le tiers monde, qu'il y avait eu des progrès quand même assez importants au cours des dernières années mais qu'on avait des faiblesses aussi, en particulier, vous les avez évoquées, au niveau des adolescentes, des régions isolées ou en milieu socio-économique un peu plus difficile. Et tout le monde en convient, y compris les médecins, que c'est par l'humanisation des soins ou de l'encadrement global de la relation professionnelle avec la mère et le milieu familial qu'on va réussir à améliorer certaines de nos faiblesses ou de nos carences actuellement.

Évidemment, là où ça devient plus difficile, pas pour moi, mais de ce que j'ai entendu... C'est qu'on parle aux sages-femmes. Les sages-femmes disent: Nous, on peut le faire. Il y en a d'autres aussi. On ne dit pas que d'autres ne peuvent pas le faire. Nous, on peut le faire. Alors que, lorsqu'on arrive avec les médecins, on est dans une situation où on dit: Oui, nous, on peut le faire et on est même prêt à en faire encore davantage que ce qu'on a fait. Ils étalent très ouverts à ça, compte tenu des moyens, des ressources, compte tenu aussi des attitudes. Mais on n'est pas sûrs que les sages-femmes peuvent le faire au Québec, compte tenu de notre spécificité et surtout, compte tenu aussi du faible taux des naissances par rapport au nombre de médecins qui sont capables de le faire maintenant et qui sont capables de bien le faire.

Et il y a eu une conclusion à un certain moment donné. On dit: Ce qu'on vise par les

sages-femmes, c'est d'évacuer les **omnis** de cette **pratique-là**. J'en arrive à la page 5 de votre mémoire où il y a un tableau qui saute aux yeux et qui nous évoque que 82,2 % des omnis n'ont fait aucun ou, au maximum, quatre accouchements durant l'année 1985. Ça ne m'a jamais frappé comme ça me frappe là. Évidemment, vous avez le don de présenter les choses. Vous avez l'habitude de présenter ce genre de choses-là, de documents. Cela frappe plus parce que le blanc frappe plus que ce qui est en noir ou en gris. J'aimerais avoir un petit peu plus d'information sur les sources qui nous permettent d'arriver à cela et **peut-être un** commentaire plus élaboré sur le tableau, cette situation-là, qui a une tendance à dire que déjà les omnis sont évacués de ce champ-là de pratique ou à peu près.

Mme Simard: Alors ça vient...

Le Président (M. Joly): Madame...

Mme Simard: ...de vos propres documents. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Merci, je viens d'arriver.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Simard: Cela a été produit cet été. C'est La **périnatalité** au Québec, la pratique des sages-femmes. Il y a un relevé. C'est produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. Côté (Charlesbourg): C'est extraordinaire!

Mme Simard: Et c'est dans ce **volume** qui a été... C'est cet été, je pense, en juillet, qu'on a recueilli ces statistiques. D'ailleurs, c'est très très éloquent, effectivement, de voir que les gens réclament et disent qu'ils font très très bien les choses. Mais quand on regarde dans les faits, ils ne le font pas quantitativement.

M. Côté (Charlesbourg): Mais donnez-moi toute la source. Parce que si c'est l'été 1989, j'étais occupé à faire autre chose...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): J'avais d'autres préoccupations. J'ai au moins ça pour me pardonner, l'autre étant le nombre de publications assez exceptionnel que fait le ministère. Mais de toute façon...

Mme Simard: De bonnes publications. On tient à le dire. Ce n'est pas toujours qu'on vous

dit que vous faites de bonnes choses.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha!

Une voix: Où étiez-vous? Que faisiez-vous cet été?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): Ce que je comprends, c'est que ce sont les fonctionnaires qui font les bonnes choses et ce sont les ministres qui font les mauvaises.

Mme Simard: Je vous laisse spéculer là-dessus.

M. Côté (Charlesbourg): Ha, ha, ha! En tout cas, ça m'a frappé et je vais aller chercher le complément d'information que je sens le besoin d'avoir à ce moment-ci.

Mme Simard: M. le ministre...

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Mme Simard: ...la statistique à la page six aussi est très révélatrice.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, celle-là, je la connaissais, par exemple.

Mme Simard: Vous la connaissiez?

M. Côté (Charlesbourg): Je suis un peu moins pris en défaut sur celle-ci.

Mme Simard: Et ça explique peut-être l'autre aussi, le nombre accru de césariennes.

M. Côté (Charlesbourg): Oui. J'arrivais. C'était ma deuxième question, au niveau des césariennes. Ça m'a frappé parce que plusieurs l'ont évoqué comme pratique qui n'est pas nécessairement souhaitable et qui n'est pas reconnue par l'Organisation mondiale de la santé, donc qui est au-dessus des standards, peut-être même le double de ce que reconnaît l'Organisation mondiale de la santé. Mais la réponse qu'on a eue hier soir de ceux qui la pratiquent, c'est à la demande des femmes elles-mêmes qu'il y a plus de pratique de césariennes au Québec et qu'ils sont dans une situation où la femme le demandant se sent plus sûre vis-à-vis de la césarienne que d'accoucher par voie naturelle. C'est une explication qui nous a été fournie hier et je vais vous donner toutes les informations qu'on a reçues, parce qu'on en a eu aussi une explication par Mme de Koninck de l'Université Laval, en fin de soirée hier soir, qui disait qu'effectivement, ce **comportement-là** s'expliquait par la médicalisation de l'accouchement et un

encadrement qui, au fil des dernières années, a davantage encouragé ou mis en confiance à l'intérieur d'une pratique comme celle-là. Mais il reste que le taux est là et, en bonne partie, c'est un choix volontaire des femmes, de ce que j'ai compris.

Mme Simard: Écoutez, par rapport à cela, moi, je pense que l'explication qui est donnée par Maria de Koninck, je pense, est très bonne. Je pense que cela **s'inscrit** aussi dans le fait que, pour la très grande majorité des femmes, elles n'ont pas une grossesse qui est vécue par une approche globale ou le suivi est fait du début jusqu'à la fin en présentant l'autre alternative comme étant là possible. Pour beaucoup de femmes qui ont accouché, on sait qu'il arrive un moment donné où, effectivement, il est facile de demander la césarienne après tant d'heures de travail, de douleur et de souffrances, qu'on dise: Bon, c'est-u possible d'avoir une césarienne? Il y a deux approches à cela que le médecin peut prendre. Dire: Oui, tout de suite, très bien, on va régler ça. Ou alors de dire: Non, il y a une autre façon de faire, il faut **peut-être** passer à travers.

il y a quand même d'autres statistiques qui me semblent indiquer que les femmes, vraiment, lorsqu'on leur présente l'ensemble de la situation, font d'autres choix, notamment, celui de dire, pour la majorité d'entre elles, oui, si elles pouvaient avoir une sage-femme aimeraient cela, le feraient, elles auraient une **sage-femme**. Donc, je pense que c'est à défaut d'avoir autre chose, **peut-être** que oui, il y en a qui le demandent, mais si elles pouvaient avoir un autre modèle et une autre approche, je ne suis pas certaine qu'elles le demanderaient en aussi grand nombre ou que ce serait finalement, **ultimement** la solution qu'entre deux maux, on choisit celui-là.

M. Côté (Charlesbourg): Je ne me souviens pas de la page du... Mais vous avez évoqué que le pendant - parce qu'on a toute une notion d'avant, pendant et après - devrait se faire en centre hospitalier ou en CLSC et, si j'ai bien compris, toujours sous-entendu, sous surveillance médicale. Et si j'erre et fait une mauvaise interprétation dites-le-moi, mais ce que j'ai compris, c'est que vous privilégiez: centre hospitalier, CLSC. J'ai cru déceler que c'était pour le support médical au cas où il arriverait des choses. Est-ce que j'ai bien compris?

Mme Simard: Dans notre position, effectivement, nous excluons, nous, l'accouchement à domicile. C'est la position de la CSN, **c'est-à-dire** que, oui, évidemment, à la reconnaissance de la pratique, oui, au fait que les sages-femmes puissent faire des accouchements, mais en institution. Donc, ce n'est pas nécessairement sous la supervision de, mais c'est dans une

institution.

M. Côté (Charlesbourg): ...avec support.

Mme Simard: C'est cela.

M. Côté (Charlesbourg): Je comprends.

Mme Simard: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que...

Mme Simard: Je pense que c'est important comme nuance.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. À la page 13, vous évoquez la définition internationale de la sage-femme. C'est important, on en a parlé à plusieurs reprises. J'ai tenté à quelques occasions de vider la question parce que, selon mes conseillers qui ont travaillé dans le projet avant même que j'arrive et qui me le confirment à nouveau, la définition du champ de pratique à l'intérieur du projet de loi, pour nous, représente la définition internationale. Mais vous n'êtes pas le premier groupe qui intervenez pour nous dire qu'on devrait reconnaître la définition internationale. Je me demandais si, effectivement, votre compréhension du texte que nous vous avons produit est à l'effet que ça ne comprend pas l'ensemble de la définition internationale.

M. Saint-Georges (Claude): Le projet de loi est assez concordant avec la définition.

Mme Simard: Pourquoi est-ce qu'on y fait référence? Effectivement, c'est que ça enlèverait toute **ambiguïté** et que ça ferait en sorte qu'**ici**, on pourrait reprendre ce qui est repris par d'autres et il n'y aurait pas d'ambiguïté par la suite. C'est ce qu'on souhaiterait.

M. Côté (Charlesbourg): O.K. Mais je dois comprendre qu'il y a quand même, à l'intérieur du projet de loi, l'ensemble des éléments que l'on retrouve à l'intérieur de la définition internationale.

Mme Simard: Il y a beaucoup de concordance; ce n'est pas contradictoire.

M. Côté (Charlesbourg): Je termine avec la reconnaissance professionnelle, parce que c'est un élément aussi extrêmement important. Évidemment, l'office des professions n'est pas très ouvert, il faut bien l'admettre, et il y a moins d'ouverture maintenant qu'il y a quelque temps à la reconnaissance d'une nouvelle profession dans ce domaine-là, il faut bien le dire. Je ne crois pas révéler de secret de polichinelle en vous disant ça; ça me paraît très évident à ce moment-ci.

En règle générale, ça prend à peu près trois ans avant de passer à travers, si on est chanceux, tout le processus de la reconnaissance professionnelle. Ça nous apparaissait périlleux quant à la volonté politique de voir réaliser le projet de loi et de voir l'implantation de projets-pilotes, parce que c'est ça l'objectif. Si on pouvait le faire sans projet de loi, ce serait encore bien mieux, mais on n'a pas le choix que de le faire par un projet de loi. La volonté est là et on va y arriver, mais tout le monde ou la plupart des tenants de l'accouchement avec la sage-femme, du moins la liberté de choix, parce que ce sera toujours ça, la liberté de choisir un médecin ou de choisir une sage-femme, balisée par la reconnaissance professionnelle - donc, une nouvelle profession - ça prend trois ans minimum, si on est chanceux. À ce moment-là, ça risquerait de mettre en **péril**, je pense, les projets qu'on veut élaborer. Est-ce que vous ne trouvez pas ça un peu risqué à ce moment-ci d'avoir une exigence comme celle-là, compte tenu que notre projet-pilote, on ne peut pas conclure, avant même d'avoir fait notre expérience-pilote qui aura une permanence?

Mme Simard: Je vais demander à M. Guérette de répondre à la question.

M. Guérette (Jacques): Je pense qu'au premier abord on peut dire, si on lit à la page 13 de nos recommandations, qu'on recommande notamment, pour répondre très pratiquement à la question: "Nous recommandons que le mandat du comité prévu à l'article 5 du projet de loi soit élargi pour permettre l'admission à la profession de toute sage-femme ayant la compétence requise."

Essentiellement, ce qu'on veut dire par cette précision-là, si on la place dans le contexte, c'est qu'effectivement, oui on comprend le processus pour en arriver à une corporation professionnelle, mais je me référerais aux orientations de la précédente ministre où on parlait effectivement de toute la question des médecines douces qui nous intéresse aussi en général. Il faut, non seulement au niveau de l'Office des professions, éclaircir certaines choses, peut-être en modifier, mais créer des mécanismes temporaires qui permettent, jusqu'à ce qu'on ait effectivement tous les éléments nécessaires à l'établissement d'une corporation, de protéger le public à partir de ces mécanismes-là. C'est pour ça qu'on proposait effectivement d'élargir le mandat du comité qui était prévu à l'article 5: pour permettre justement d'atteindre cet objectif-là, tout en protégeant le public.

M. Côté (Charlesbourg): En vous écoutant, mes souvenirs se sont rafraîchis et pour ne pas qu'il y ait d'équivoque et créer d'injustice **vis-à-**

vis de l'Office des professions, ils n'en ont pas contre la reconnaissance de cette profession, mais davantage de jouer le rôle que vous voulez lui faire assumer d'un contrôle en l'absence de. C'est davantage là qu'ils ont des réticences à jouer le rôle qu'on voudrait leur voir dévolu au bas de la page 12. Il n'y a pas pour eux d'intérêt à ce moment-ci ni d'ambition de ce côté-là. Évidemment, on pourrait toujours insister, mais... Alors, ça va pour le moment.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le ministre. Je vais maintenant reconnaître Mme la députée de Les Chutes-de-la-Chaudière.

Mme Carrier-Perreault: Merci, M. le Président. Disons qu'il ne me reste plus beaucoup de questions. J'en ai une petite cependant. Ici, à la page 16, quand vous disiez que les sages-femmes opèrent, soit en centre hospitalier ou en CLSC, par rapport justement au support qui existe dans ces établissements-là, est-ce que, par rapport aux centres de santé, parce que je pense... en tout cas, à mon sens, vous êtes les premiers qui parlez du centre de santé pour femmes aussi comme possibilité. Ce que je voudrais savoir c'est, d'abord, croyez-vous que, dans ces établissements-là, le support est suffisant, d'une part, et est-ce que vous avez eu des pourparlers avec ces groupes-là pour nous amener cette proposition-là?

Mme Simard: Non, on n'a pas eu de pourparlers nécessairement mais, quand on élargit à d'autres types d'établissements, pour nous, le travail des sages-femmes, ce n'est pas qu'un travail à l'accouchement. C'est aussi avant et après l'accouchement. Or, on sait que ces fonctions-là sont assumées aussi par d'autres types d'établissements que les seuls centres hospitaliers et les CLSC, entre autres, ou des projets de maisons des naissances ou même des centres de santé. C'est dans ce sens-là que, si on conçoit le travail des sages-femmes comme étant très complet, du début jusqu'à la fin, la fin étant après la naissance aussi, eh bien, à ce moment-là, pourquoi ne pas faire des expériences-pilotes toujours avec d'autres types, peut-être pas dans toutes les régions, est-ce qu'il y aurait des expériences-pilotes avec un centre de santé, mais admettons, par exemple, dans un certain centre d'une certaine région comme Montréal, ce ne serait pas nécessairement à exclure, d'après nous. Il ne faut pas oublier que les centres de santé de femmes à Québec, à Montréal et partout ailleurs ont beaucoup beaucoup contribué, depuis quinze ans, à élargir les esprits de tout le monde sur la nouvelle approche par rapport à la maternité, par rapport à l'accouchement, et je pense qu'au moment où on entre probablement de plein pied dans ces nouvelles approches, de ne pas les exclure

complètement, mais de pouvoir les associer à de nouvelles expériences.

Mme Loumède voudrait peut-être ajouter. Les centres de santé de femmes - elle souligne un point important que je n'ai pas mentionné - c'est tout le rôle éducatif que jouent ces centres de santé auprès des femmes qui viennent au centre, qui s'adressent au centre. Je pense que, encore là, il y a une collaboration qui est peut-être intéressante.

Le Président (M. Joly): Merci, Mme la députée. Je vais maintenant reconnaître le député de Sainte-Marie-Saint-Jacques.

M. Boulerice: Oui, Mme Simard, Mme Loumède, messieurs, au risque de provoquer l'agacement de mes collègues de façon à exercer cette modestie coutumière que j'ai, je suis heureux d'accueillir des gens qui ont feu et lieu dans la circonscription de Sainte-Marie-Saint-Jacques.

J'ai tout. J'ai tout. Je suis comblé, effectivement. Je vais aller d'abord par un commentaire, si vous le permettez, et, après, une question. À la page 10, dans le dernier paragraphe, lorsque vous parlez de l'État du New Jersey, dans cet article d'ailleurs du **New York Times** dont j'ai lu le titre mais non pas l'article au complet, ce que vous avez fait, je trouve que vous donnez, en le citant, je pense, une orientation, une dimension qui véritablement rejoint ma préoccupation à titre de député de Sainte-Marie-Saint-Jacques. Je pourrais probablement parler au nom de ma collègue, la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, Mme Harel. Vous savez fort bien, comme moi, Mme Simard, que si, comme le dit M. le ministre, on s'est sorti du tiers monde, on n'est pas sorti très très loin de cette porte-là dans le centre-sud où, malheureusement, il y a des données socio-économiques épouvantables. Je pense que la dimension que vous donnez là-dedans serait, sans aucun doute, l'un des éléments de solution les plus adaptés à la situation qu'on vit malheureusement à ce niveau-là.

Quand on regarde pour ce qui est des enfants de petit poids, vous savez comme moi que les statistiques en provenance du centre-sud et même du plateau, d'ailleurs, où on a une déformation optique, croyant que le plateau est uniquement yuppie. C'est faux, il y a des zones grises également. On s'aperçoit que la statistique est énormément forte et c'est drôlement préoccupant. Donc, je vous dis que je suis heureux de voir ça dans le mémoire que vous nous présentez.

La question que j'aimerais vous poser se trouve toujours dans l'énoncé que vous faites à la page 10. C'est sous la rubrique "Le programme de soins globaux" encore; c'est au deuxième paragraphe. Vous dites: "...l'intervention sera faite d'une façon privilégiée par une intervenante

unique pour chaque femme. Elle ferait l'évaluation initiale, le suivi à domicile et guiderait la femme vers d'autres services - Bon, d'accord - Cette intervenante privilégiée pourrait être une infirmière ou une sage-femme." Je me pose la question: Est-ce que vous voulez parler d'une infirmière avec formation de sage-femme ou d'une infirmière infirmière, si je peux employer l'expression?

Mme Simard: On parle d'infirmières qui pourraient être spécialisées en périnatalité mais qui, à tout le moins, soit avant ou après l'accouchement, peuvent très bien agir. Mais, en même temps, une sage-femme, elle, peut aussi faire ça et, en plus, l'accouchement. Il ne s'agissait pas d'exclure les unes parce que les autres peuvent tout faire. Mais ce qui est très, très important dans ce qu'on veut ici vous dire, c'est que, pour nous, les sages-femmes, la reconnaissance des sages-femmes, leur permettre de pouvoir exercer au Québec leur approche changerait vraiment les conditions faites aux femmes de milieu défavorisé. Toute l'approche... il ne faut pas que ces nouvelles approches à la naissance ne soient le lot que de femmes aisées, instruites, plus renseignées, qui ont vu qu'ailleurs ça se faisait autrement. Au contraire, ici on parle de quelque chose qui doit être universel, égal pour tout le monde: avoir de bonnes conditions pour mettre des enfants au monde. Dans ce sens, on pense que, oui, il faut une approche globale avant l'accouchement, pendant la grossesse, à l'accouchement, après; que cette approche globale doit être individualisée pour chacune des femmes qui a à recevoir ces services; que plusieurs personnes appartenant à des disciplines différentes peuvent être mises à contribution et que, à tout le moins, pour certaines, le suivi de la grossesse et après, soit une infirmière ou une sage-femme, sont tout à fait appropriées.

Donc, ce n'est pas l'une ou l'autre, ce n'est pas nécessairement une infirmière sage-femme parce que si elle est sage-femme elle est infirmière et sage-femme et, à ce moment-là, on dirait "sage-femme" carrément.

M. Boulerice: D'accord. Vous avez répondu à mon interrogation.

Le Président (M. Joly): Merci, M. le député. Est-ce que... M. le ministre, en conclusion, peut-être?

M. Côté (Charlesbourg): Je veux vous remercier. Je pense que c'est un projet de loi qui va dans le sens d'un très large consensus... non pas le projet de loi, mais votre mémoire va dans le sens du consensus qui semble se dégager de cette commission parlementaire, où les projets-pilotes sont une étape extrêmement

importante pour valider un certain nombre de choses et donner aussi toute la crédibilité qu'il faut pour être capable de reconnaître éventuellement cette pratique de manière plus étendue.

Merci de votre contribution et bon retour.

Mme Simard: Merci beaucoup.

Le Président (M. Joly): À mon tour de remercier les représentants de la Confédération des syndicats nationaux pour leur apport. Nous allons maintenant ajourner sine die.

(Fin de la séance à 17 h 8)