



## REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

Mémoire sur le projet de loi n° 130 :

Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion  
des établissements de santé et de services sociaux

Présenté à

La Commission de la santé et des services sociaux

15 février 2017

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec</b>	<b>3</b>
<b>La profession de sage-femme</b>	<b>3</b>
Philosophie de pratique	4
Statut dans l'établissement	4
Conseil des sages-femmes	4
Utilisation optimale des ressources et diminution des interventions obstétricales	5
<b>Prises de position marquantes du MSSS pour la profession et la périnatalité</b>	<b>6</b>
<b>Demandes de la population : de la légalisation à aujourd'hui</b>	<b>7</b>
<b>Le projet de loi n° 130</b>	<b>8</b>
Composition des conseils d'administration des établissements : abolition du siège réservé au CSF	8
Depuis la Loi 10	8
Avec le projet de loi n° 130	9
Accès à l'ensemble des services de première ligne pour la clientèle sage-femme	10
Déploiement et développement des services de sage-femme	12
La responsable des services de sage-femme (RSSF)	12
<b>Conclusion</b>	<b>13</b>
<b>Annexe</b>	<b>14</b>

## INTRODUCTION

---

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec tient à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de s'exprimer sur le projet de loi n°130 : *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*. Aujourd'hui, nous désirons saisir l'opportunité de présenter nos observations quant à ce projet de loi. Nous nous permettrons également de réitérer certaines de nos recommandations en lien avec la réforme du réseau de la santé, précédemment adressées dans le mémoire rédigé conjointement avec l'Ordre des sages-femmes du Québec dans le cadre de la consultation sur le projet de loi n° 10 en novembre 2014. Une partie du contenu de ce présent document est adapté de ce mémoire, que vous trouverez en annexe.

## LE REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

---

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) est un organisme sans but lucratif qui a été créé en 1995. Il est le représentant officiel des sages-femmes du Québec auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux et agit comme porte-parole des sages-femmes exerçant leur profession légalement au Québec.

Le RSFQ travaille au développement de la profession de sage-femme et de sa spécificité à l'intérieur du système de santé du Québec. Il défend, entre autres, le libre choix des femmes de décider de leur lieu d'accouchement, soit le domicile, la maison de naissance ou le centre hospitalier, et ce, en conformité avec les normes de pratique de la profession, ainsi que de sa philosophie de pratique.

Il joue également un rôle social dans la maternité auprès des femmes et des familles du Québec. Il travaille au développement de la pratique afin de rendre accessibles les services de sage-femme à toute la population du Québec.

Le RSFQ prend position lors des débats publics touchant la santé, la périnatalité, l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il a aussi pour mission de défendre les intérêts professionnels, économiques et sociaux de ses membres.

## LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

---

La sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né. La profession est régie par le Code des professions et encadrée par l'Ordre des sages-femmes du Québec depuis 1999.

Selon la Loi sur les sages-femmes, lorsque tout se déroule normalement (soit dans la vaste majorité des cas), les sages-femmes donnent aux femmes les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi qu'à leurs bébés durant les six premières semaines de la période postnatale. Elles pratiquent l'accouchement spontané et sont

habilités à effectuer plusieurs gestes cliniques, par exemple, la réparation d'une déchirure du premier et deuxième degré. Les sages-femmes sont formées pour dépister les situations déviant du normal, répondre adéquatement aux situations d'urgence et référer à un médecin, lorsque nécessaire. Leur travail s'appuie sur la continuité relationnelle.

La formation consiste en un baccalauréat de quatre années et demie permettant de développer les compétences requises pour offrir des services sécuritaires et de qualité aux femmes et aux familles du Québec.

### ***Philosophie de pratique***

Au cœur de la philosophie de pratique des sages-femmes se trouve le respect du vécu des femmes et des familles autour de l'arrivée d'un nouvel enfant dans leur vie. Ainsi la relation professionnelle qui s'établit est personnelle et égalitaire et permet à la femme de faire les meilleurs choix pour elle et son enfant. Les sages-femmes reconnaissent que la grossesse et l'accouchement appartiennent à la femme, tout comme le droit de choisir le lieu d'accouchement qui lui convient et le professionnel de la santé qui l'accompagne. Les sages-femmes considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles, et que pour assurer leur bien-être, le soutien de la communauté doit être encouragé. Les sages-femmes croient aussi qu'une approche alliant promotion et prévention est primordiale dans le cycle de la maternité.

### ***Statut dans l'établissement***

Une sage-femme exerce sa profession pour un établissement via un contrat de service. Selon l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS), « *Une sage-femme qui désire exercer sa profession pour un établissement doit adresser au conseil d'administration d'un établissement qui exploite un centre local de services communautaires identifié par l'agence une demande afin de conclure avec cet établissement un contrat de service.* » La LSSSS stipule également à l'article 236 qu'un « *médecin, un dentiste ou une sage-femme, autre qu'un cadre de l'établissement, est réputé ne pas faire partie du personnel de l'établissement* ».

### ***Conseil des sages-femmes***

Le contrôle de la qualité des soins et des services de sage-femme est assuré dans l'établissement par le conseil des sages-femmes (CSF). L'article 225.3 de la LSSSS définit le mandat confié au CSF comme suit : « *Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le conseil d'administration :*

- 1° de contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes de l'établissement;*
- 2° de faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres;*
- 3° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;*
- 4° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2;*

5° de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2; 6° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. »

### **Utilisation optimale des ressources et diminution des interventions obstétricales**

Les sages-femmes offrent aux femmes qu'elles suivent et à leur nouveau-né une disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Elles font la promotion réussie d'une approche physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, en accord avec l'actuelle Politique de périnatalité 2008-2018.

Ce type d'organisation offre des avantages au réseau de la santé. Il permet entre autres une diminution<sup>1</sup>:

- des hospitalisations au cours de la grossesse et l'accouchement ;
- des consultations aux urgences ;
- du taux de césariennes ;
- des accouchements opératoires (recours aux forceps et à la ventouse) ;
- de la prématurité ;
- des retards de croissance intra-utérins.

Ainsi, pour une clientèle à bas risque, le suivi avec les sages-femmes s'accompagne d'une diminution de nombreuses interventions, lorsqu'on le compare avec le même type de clientèle suivie par les médecins. D'ailleurs, une analyse de coûts<sup>2</sup> met également en lumière le coût inférieur du suivi sage-femme par rapport au suivi par médecin, et cela malgré une intensité de soins supérieure et des résultats plus que convaincants.

Il ne fait donc aucun doute que la profession de sage-femme, en plus de répondre à la demande des femmes et des familles, soit un investissement judicieux pour la santé de la population, sans compter les économies substantielles engendrées par la diminution des interventions non nécessaires et le respect de la physiologie, en plus des bénéfices non quantifiables sur la santé mère-enfant grâce à d'excellents taux d'allaitement, un meilleur attachement et une diminution de l'incidence des dépressions post-partum<sup>3,4</sup>.

---

<sup>1</sup> « Évaluation des projets pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec », Blais et Joubert, Québec: Université de Montréal, Université Laval, 1997

<sup>2</sup> « Accouchement avec sages-femmes ou accouchement par des médecins », analyse de coûts commandée par la Fédération des professionnelles de la CSN, MCE Conseils, 2016

<sup>3</sup> « Midwifery, An Executive Summary » for The Lancet's series, The Lancet, 2014

<sup>4</sup> « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque », M. Rossignol, F. Boughrassa et J.-M. Moutquin, INESSS, 2012

## PRISES DE POSITION MARQUANTES DU MSSS POUR LA PROFESSION ET LA PÉRINATALITÉ

---

Au cours de la dernière décennie, le MSSS s'est officiellement positionné en faveur du développement de la pratique de sage-femme. Des écrits importants ont supporté ces orientations, lesquels ont été accueillis avec enthousiasme par les groupes citoyens, les organismes en santé, petite enfance et famille, ainsi que les familles désirant une meilleure accessibilité à ces services à travers sur l'ensemble du Québec.

Sous le Parti libéral, alors que M. Couillard était ministre de la Santé et des Services sociaux, le MSSS a publié la Politique de périnatalité 2008-2018 qui prévoit notamment le développement de la pratique sage-femme, le renforcement de la première ligne et la diminution des interventions obstétricales.

La Commission de la santé et des services sociaux (CSSS) a, en 2011, émis des recommandations au MSSS quant au développement et la promotion de la pratique sage-femme.

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), dans son rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, intitulé « *Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations* », en 2011, a aussi fait des recommandations précises quant au soutien nécessaire et indispensable au développement de la pratique sage-femme et a confirmé un appui sans équivoque à son intégration au réseau de la santé.

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), en septembre 2012, a publié son rapport sur les « *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* », qui reconnaît une place importante aux sages-femmes.

Le « *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* » récemment publié par le MSSS (2015) est un outil essentiel pour faciliter le développement des services, mettant notamment de l'avant la stratégie de déploiement pour l'atteinte des objectifs de la Politique de périnatalité 2008-2018, afin que 10 % des femmes enceintes aient accès à ce service d'ici 2019.

## DEMANDES DE LA POPULATION : DE LA LÉGALISATION À AUJOURD'HUI

---

Avant même ces prises de position essentielles, nous devons nous rappeler que c'est d'abord grâce à la demande des femmes, de leur famille et des communautés à travers toutes les régions du Québec (autant en milieu urbain, semi-urbain, rural qu'éloigné) de pouvoir bénéficier de l'accès aux services de sage-femme que ces professionnelles ont intégré le réseau de la santé via la légalisation de la pratique sage-femme en 1999. Aujourd'hui, c'est encore la réponse aux besoins des femmes et de leur famille qui donne un sens à la pratique et c'est pourquoi nous demeurons en lien étroit avec la population encore à ce jour.

Nous l'avons déjà dit, mais il faut le répéter et faire état des excellents résultats obtenus par les sages-femmes en matière de qualité des soins et des services offerts et de satisfaction de la clientèle. Nous croyons que cela se traduit inévitablement par une valeur ajoutée pour le réseau de la santé et des services sociaux à court, moyen et long terme. L'atteinte des objectifs de développement doit absolument se faire dans une perspective de valorisation de la spécificité du modèle de pratique sage-femme. Afin d'atteindre ses cibles, il est impératif que le gouvernement investisse dans la formation, l'attraction et la rétention des sages-femmes ainsi que le soutien aux établissements et aux groupes citoyens souhaitant ces services de première ligne.

Il est important, aujourd'hui plus que jamais, de rester en lien avec les choix politiques et les recommandations des experts afin de continuer à améliorer l'accessibilité aux services de sage-femme au Québec.

## LE PROJET DE LOI N° 130

---

À la lecture du projet de loi n° 130, nous constatons que certains aspects peuvent avoir un impact direct sur la pratique sage-femme au Québec. À partir de ce constat, nous vous partageons ici nos observations et nos recommandations.

### ***Composition des conseils d'administration des établissements : abolition du siège réservé au CSF***

#### Depuis la Loi 10

Bien que les enjeux de la perte du siège du CSF sur les conseils d'administration des établissements aient été soulignés dans notre mémoire portant sur le projet de loi n° 10, nous souhaitons ici saisir l'opportunité de la réouverture de la LSSSS pour mettre en lumière la gravité de la perte de cette représentation.

L'abolition du siège réservé au CSF sur les conseils d'administration des établissements avec l'adoption de la Loi 10 est une première dans l'histoire de la pratique sage-femme. De fait, lors des projets de loi n° 83 et 127, où l'omission du siège réservé aux CSF sur les conseils d'administration avait été constatée, les instances de la profession sage-femme s'étaient mobilisées et avaient été entendues. Dans les deux cas, l'Assemblée nationale s'est ravisée et a apporté les correctifs pour rétablir immédiatement la situation. Ces événements illustrent la réalité de la profession sage-femme qui est, encore à ce jour, fréquemment oubliée ou mise à l'écart par les structures organisationnelles du réseau. Or, pour le projet de loi n° 10, le RSFQ n'a pu s'exprimer verbalement à la Commission sur cet enjeu majeur, et ce, malgré de multiples demandes, ce que nous déplorons encore aujourd'hui. Les pouvoirs des CSF se sont retrouvés doublement dilués : par les fusions des établissements, et par l'abolition de leur siège au sein des conseils d'administration. Pour une profession émergente, comptant peu de membres et de ressources, cette perte majeure de représentation ne peut qu'avoir des impacts néfastes sur la profession elle-même, de même que sur l'établissement :

- L'abolition du siège réservé au conseil des sages-femmes, le seul conseil professionnel ne siégeant pas sur le conseil d'administration des établissements, nous apparaît comme un recul majeur et injustifiable. Selon la LSSSS, un membre de chacun des conseils professionnels, que ce soit le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens, le conseil des sages-femmes, le conseil des infirmières et infirmiers ou le conseil multidisciplinaire, est nommé d'office au conseil d'administration. Aujourd'hui, chacun de ces conseils demeure représenté, sauf celui des sages-femmes.
- Justifier cette absence par le poids du nombre de professionnelles ne résiste à aucune analyse et occulte l'importance du rôle et du champ d'activités qui nous ont été confiés par le législateur.
- Un tel recul est d'autant plus dommageable pour une profession émergente, qui plus est à exclusivité féminine, offrant des soins aux femmes de la population.
- Pour les établissements, la perte de la représentation des sages-femmes au sein des conseils d'administration va notamment à l'encontre :
  - d'une compréhension fine des besoins de la population desservie par les sages-

- femmes ;
- d'une distribution et une gestion performante des services de sage-femme sur le terrain ;
- de l'apport de l'expertise sage-femme dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance ;
- de la contribution à l'accessibilité à des services essentiels et de proximité, une compétence essentielle au sein d'un établissement régional ;
- de l'expertise dans l'organisation des services à domicile, au cœur de la pratique sage-femme et pilier des soins de première ligne.

Cette décision de retirer la place d'une représentante du CSF au sein des conseils d'administration des établissements n'est pas sans conséquence et représente, à toutes fins pratiques, une discrimination à l'endroit de notre profession, difficile à comprendre si l'on se réfère aux prises de position ministérielles favorables au déploiement des services de sage-femme citées plus tôt dans ce texte. Bien que l'application de la Loi 10 soit encore récente, ses effets se font déjà ressentir :

- Perte de la représentativité de la clientèle des services de sage-femme auprès des établissements où leurs services sont offerts;
- Cristallisation d'un canal de communication à sens unique, soit de haut en bas : les préoccupations de la population desservie ne sont plus entendues dans les hautes sphères ;
- Non-reconnaissance de la légitimité du CSF et des mandats qui lui ont été conférés par le législateur ;
- Non-reconnaissance de l'autonomie de la responsable des services de sage-femme (RSSF) comme professionnelle apte à assurer la gestion clinico-administrative des services de sages-femmes, telles que stipulées dans le *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* et *l'Entente entre le MSSS et le RSFQ*;
- Dépréciation de la spécificité du modèle sage-femme dans des hyper structures recherchant la standardisation des soins ;
- Mauvaise utilisation des ressources (nombreuses heures travaillées) sage-femme pour pallier aux nouveaux défis que représentent les changements avec la Loi 10 et surtout la perte de représentativité au sein des établissements.

**Le RSFQ recommande donc que le ministre s'assure de modifier la LSSSS dans le cadre de l'adoption du projet de loi n° 130 afin que la composition du conseil d'administration des établissements de santé et de services sociaux inclue un représentant de chaque conseil professionnel, et donc également une membre du conseil des sages-femmes.**

### Avec le projet de loi n° 130

Les conseils professionnels des établissements sont composés de travailleuses et travailleurs de la santé œuvrant en contact direct avec la population. Ils sont à même de constater la réalité du terrain et de cette réalité, propre à chaque milieu, découleront des règlements, directives, comités, et autres écritures ou structures pertinentes à une réponse adéquate aux besoins de la population desservie. Les sages-femmes sont donc les mieux placées pour orienter les règlements et leur régie interne en fonction des besoins spécifiques des femmes et des familles desservies

par chaque service de sage-femme. Or, une structure visant à une centralisation décisionnelle tel que prévu dans l'article 36 :

---

*Article 36. Cette loi [LSSSS, chapitre S-4.2] est modifiée par l'insertion, après l'article 433.2, du suivant :*

*« 433.3 Le ministre autorise tout projet de règlement du conseil d'administration d'un établissement public, d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, d'un conseil des infirmières et infirmiers, d'un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, d'un conseil des sages-femmes et d'un conseil multidisciplinaire, de même que celui d'un département régional de médecine générale et d'un comité régional sur les services pharmaceutiques qui peut être adopté en vertu des articles 106, 216, 222, 223, 225.5, 229, 417.6 et 417.9. L'autorisation du ministre peut être conditionnelle à ce que certaines modifications soient apportées au projet de règlement. »*

---

aura nécessairement un impact direct sur l'autonomie professionnelle et donc, la qualité des soins prodigués dans l'ensemble du Réseau. « *L'exercice autonome de la profession de sage-femme permet à ces dernières de remplir leur contrat avec la société en prodiguant des soins éthiques et d'excellente qualité, basés sur la preuve, et les plus modernes aux femmes enceintes et à leurs familles* ». <sup>5</sup> Cette centralisation du pouvoir ne peut que mener à une standardisation des pratiques et des fonctionnements des conseils sages-femmes, en opposition à l'adaptation au besoin de la population. En effet, chaque conseil a constitué des comités selon les besoins des équipes, des femmes et des familles. Les règlements des conseils de sages-femmes reposent sur des consensus qui s'établissent après que des discussions aient eu lieu avec l'ensemble des acteurs concernés. La nécessité des règlements proposés aux établissements par le CSF s'appuie donc sur un ensemble complexe de facteurs.

Advenant l'adoption de cet article du projet de loi, l'absence du conseil des sages-femmes sur les conseils d'administration mènerait à une aggravation de la perte de la voix et de l'expertise spécifique des services de sage-femme et d'une déconnexion des instances décisionnelles de la base.

Par conséquent, **le RSFQ souhaite le retrait de cet article dans le projet de loi**. Aussi, nous recommandons de rétablir le siège réservé pour une représentante du conseil des sages-femmes au sein des conseils d'administration des établissements. Cela permettra aux établissements, ainsi qu'au ministre, d'avoir une meilleure compréhension de la réalité et des enjeux auxquels fait face la pratique sage-femme et de bénéficier de leur expertise autant au niveau clinique qu'organisationnel touchant leurs divers lieux de pratiques, c'est-à-dire les points de services, les maisons de naissances, les centres hospitaliers et le domicile.

### ***Accès à l'ensemble des services de première ligne pour la clientèle sage-femme***

Afin d'assurer la sécurité mère-enfant, le champ de pratique des sages-femmes du Québec est régi par la LSSSS, dont est issu le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*, qui balise clairement les limites de ce champ de pratique. Toutefois, certains besoins supplémentaires de consultation relevant de la

---

<sup>5</sup> « Sage-femme : Une profession autonome », International Confederation of Midwives, 2011, exposé de prise de position

première ligne peuvent se présenter au cours d'un suivi de maternité et appellent à la collaboration avec les médecins de famille. L'organisation de ces collaborations n'étant pas encadrée par la loi, l'accès à consulter un omnipraticien pour les clientes suivies par des sages-femmes s'avère souvent fastidieux et peut engendrer des délais évitables parfois néfastes sur la qualité des soins. Mentionnons également que plusieurs femmes ont essuyé des refus de consultation par des médecins de famille sous prétexte du choix du suivi sage-femme. Quelles solutions s'offrent donc à ces femmes ? Devraient-elles être discriminées parce qu'elles ont choisi un suivi sage-femme ? Ces situations indésirables et dépendantes du bon vouloir du médecin consultant ne sont pas souhaitables et limitent l'accès à des soins optimaux et équitables pour la clientèle sage-femme.

Ainsi, en vertu de l'extrait suivant du projet de loi n° 130 :

*Article 7. Cette loi [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales] est modifiée par l'insertion, après l'article 60, du suivant :*

*« 60.1 Afin d'assurer le respect du plan de répartition des médecins de famille en première ligne prévu au deuxième alinéa de l'article 91, le ministre peut, lorsqu'il donne l'approbation requise en vertu de l'article 240 de cette loi, exiger l'ajout de certaines obligations aux privilèges que le conseil d'administration compte octroyer au médecin. Ces obligations doivent avoir pour but de combler les besoins en médecine de famille de première ligne. »*

et dans une optique d'utilisation judicieuse et cohérente des ressources en obstétrique et de la première ligne, **le RSFQ souhaite que le ministre prévoie des modalités de collaboration systématiques entre les médecins de famille et les sages-femmes à contrat dans un même établissement de santé, afin de faciliter les consultations non urgentes<sup>6</sup> relevant de la première ligne.**

Dans le même ordre d'idée, les sages-femmes fournissant des soins de maternité complets aux femmes non couvertes par la RAMQ éprouvent des difficultés à organiser les consultations ou les transferts de soins tel que le prévoit le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (LSSSS)*. Ces difficultés sont liées au potentiel de non-rémunération des médecins répondant à de telles demandes. Par ailleurs, les femmes non couvertes par la RAMQ et leur famille font face à des frais exorbitants alors qu'elles sont, pour la majorité d'entre elles, dans des situations de vulnérabilité extrême. De plus, elles vont fréquemment se priver des soins de base pour assurer leur sécurité et celle de leur bébé, ce qui inévitablement crée le potentiel d'entraîner des coûts supplémentaires au réseau de la santé.

**À cet effet, le RSFQ préconise que le ministre prévoie les mécanismes nécessaires ou un mode de rémunération adapté à ces situations particulières et que les corridors de service à l'intérieur des établissements soient clairement établis afin d'assurer un accès équitable aux soins pour cette clientèle souvent très vulnérable.**

---

<sup>6</sup> Par exemple pour la prescription d'un traitement pour une infection urinaire, la signature d'un formulaire de retrait préventif (CNESST), la prescription d'une contraception après l'accouchement, etc.

## ***Déploiement et développement des services de sage-femme***

Le projet de loi n° 130 s'inscrit dans les orientations du MSSS pour rendre le système de santé plus efficient en termes de qualité et d'économies. Le développement de la première ligne est selon nous à prioriser et à consolider. Il est essentiel de noter que celle-ci s'adresse à la grande majorité de la population de Québec. Les services de sage-femme font partie de la solution pour rendre le système de santé plus efficient, en assurant des soins de qualité, un continuum de soignant, une approche en promotion prévention de la santé et une utilisation judicieuse des ressources du réseau de la santé et des services sociaux.

La Politique de périnatalité 2008-2018 prévoit que les sages-femmes soient en mesure d'assurer des services de maternité complets et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes à son terme. Ces objectifs ont été confirmés plus d'une fois par le gouvernement, mais affichent un retard important dans leur mise en marche. Il est urgent de s'arrêter et de penser à l'application de tels objectifs dans le respect de la spécificité du modèle sage-femme, gage des résultats probants et recherchés de cette pratique.

**Le RSFQ recommande que le MSSS s'assure que les collaborations requises avec les professionnels œuvrant au sein des établissements concernés soient facilitées, afin de concerter les ressources et efforts vers un déploiement efficient de ces nouvelles structures, de même que la consolidation des services de sage-femme existants.**

### ***La responsable des services de sage-femme (RSSF)***

Depuis la fusion des établissements, les RSSF éprouvent des difficultés à assurer adéquatement la distribution appropriée des services de sage-femme et à coordonner les services de sage-femme en fonction des besoins de la population et des contraintes budgétaires de l'établissement.

Les nouveaux défis rencontrés par les RSSF prennent généralement racine d'une mauvaise compréhension de leur positionnement ainsi que celui du service de sage-femme au sein de l'organigramme de l'établissement. Nous souhaitons ainsi que les établissements appliquent la directive du MSSS confirmant que la RSSF exerce ses responsabilités sous l'autorité du président-directeur général, du président-directeur général adjoint ou d'un directeur général adjoint<sup>7</sup>.

**Le RSFQ recommande que le ministre s'assure, au sein de la nouvelle structure organisationnelle de chaque établissement, que la responsable des services de sage-femme puisse exercer pleinement ses fonctions, telles que prévues par la LSSSS (art 208.2 et 208.3) et détaillées dans le *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* au sein de son équipe, et dans une optique de gestion clinico-administrative simplifiée et efficiente.**

---

<sup>7</sup> Extrait d'une communication du MSSS à l'intention des établissements ayant pour objet : *Positionnement des RSSF, des SSF, du CSF au sein des nouvelles structures organisationnelles des établissements*, 17 novembre 2015

## CONCLUSION

---

Avec la Politique de périnatalité 2008-2018, le MSSS s'est donné les balises et les moyens d'offrir à sa population des services de sage-femme de qualité et novateurs, centrés sur une approche physiologique ; et dont les bienfaits en termes de répercussion pour la santé des femmes et des nouveau-nés sont reconnus. Ce faisant, il répondait à un besoin exprimé par les femmes, les familles et les communautés depuis plusieurs décennies. En développant des services offerts par des professionnelles de première ligne à des femmes en bonne santé présentant une grossesse normale, il faisait preuve de cohérence. Le bon professionnel, au bon endroit, à la bonne personne.

Les propos du ministre Barrette « *Je suis convaincu que l'ajout de sages-femmes et leur présence dans tout le Québec contribueront à améliorer la santé des mères et des jeunes enfants. La profession jouit d'une reconnaissance encore nouvelle au Québec. Le temps est maintenant venu de reconnaître la valeur ajoutée de ces intervenantes de première ligne au sein de notre réseau de santé et services sociaux et que l'on facilite leur pratique* »<sup>8</sup> continuent d'être porteurs d'espoir que notre profession finira par jouir du soutien requis pour pouvoir se déployer pleinement.

L'adoption et la mise en application de la Loi 10 a ralenti, voire engendré un recul pour la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018. Cette loi représente un affront pour la profession de sage-femme. Elle a fragilisé les acquis, l'intégration des sages-femmes aux établissements et le développement des services, puisqu'elle a dilué encore davantage la voix et la proportion des sages-femmes en exercice par rapport aux autres professionnels dans des établissements aux territoires surdimensionnés. Il en résulte aujourd'hui, près de deux ans après sa mise en application, une mise à l'écart des CSF et des RSSF des instances administratives et décisionnelles dont elles dépendent pour une gestion saine et fluide.

À la lumière du projet de loi n° 130, nous souhaitons que la commission prenne en compte nos recommandations et nos inquiétudes, et qu'elle réalise l'impact des décisions qu'elle prendra sur notre profession, sur l'accessibilité pour les femmes et leur famille à des maisons de naissance ou des services de sage-femme de proximité et inévitablement sur la qualité des services offerts dans le réseau public de la santé au Québec.

---

<sup>8</sup> Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec, MSSS, 2015

## ANNEXE

---

Mémoire conjoint de l'OSFQ et du RSFQ sur le projet de loi n° 10, déposé à la Commission de la santé et des services sociaux le 10 novembre 2014.



Ordre  
des Sages-Femmes  
du Québec



REGROUPEMENT  
LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

## MEMOIRE SUR LE PROJET DE LOI NO 10

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et  
des services sociaux notamment par l'abolition  
des agences régionales.*

Présenté à la  
Commission de la santé et des services sociaux

10 novembre 2014

## Introduction

---

L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) remercient la Commission de la santé et des services sociaux de l'occasion qui leur est offerte de s'exprimer sur le projet de loi no 10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Nous nous proposons dans ce mémoire de présenter brièvement nos organismes et la profession de sage-femme. À la suite de considérations générales sur le projet de loi, nous présenterons quatre recommandations concernant : la composition du Conseil d'administration des établissements, les commissions régionales des établissements, l'organisation des services de santé ainsi que la place des sages-femmes et le rôle de la responsable des services de sage-femme au sein des nouvelles structures régionales.

## L'Ordre des sages-femmes du Québec

---

L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) a pour mission d'assurer la protection du public et de donner aux sages-femmes un environnement favorable leur permettant de se développer professionnellement. Plus précisément, l'OSFQ assure la protection du public :

- en établissant la compétence des sages-femmes lors de leur admission à la pratique ;
- en s'assurant du maintien de la compétence des sages-femmes via la formation continue et l'information ;
- en assurant régulièrement une inspection professionnelle des sages-femmes ;
- en voyant au respect par les membres des obligations déontologiques et réglementaires ;
- en traitant équitablement les plaintes formulées contre les sages-femmes.

En ce qui concerne la mission d'offrir un environnement favorable au développement professionnel des sages-femmes au Québec, l'OSFQ prend position dans les débats touchant la santé, la périnatalité, l'organisation des soins de santé et du système professionnel et informe la population sur les sujets touchant la naissance et la périnatalité.

## Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec

---

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) est un organisme sans but lucratif qui a été créé en 1995. Il est le représentant officiel des sages-femmes du Québec auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux et agit comme porte-parole des sages-femmes exerçant leur profession légalement au Québec.

Le RSFQ travaille au développement de la profession de sage-femme et de sa spécificité à l'intérieur du système de santé du Québec. Il défend, entre autres, le libre choix des femmes de décider de leur lieu

d'accouchement, soit le domicile, la maison de naissance ou le centre hospitalier, et ce, en conformité avec les normes de pratique de la profession, ainsi que de sa philosophie de pratique.

Il joue également un rôle social dans la maternité auprès des femmes et des familles du Québec. Il travaille au développement de la pratique afin de rendre accessibles les services de sage-femme à toute la population du Québec.

Le RSFQ prend position lors des débats publics touchant la santé, la périnatalité, l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il a aussi pour mission de défendre les intérêts professionnels, économiques et sociaux de ses membres.

## Présentation de la profession

---

La sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né. La profession est régie par le Code des professions et encadrée par l'Ordre des sages-femmes du Québec depuis 1999.

Selon la Loi sur les sages-femmes, lorsque tout se déroule normalement, soit dans la vaste majorité des cas, les sages-femmes donnent aux femmes les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi qu'aux femmes et aux bébés durant les six premières semaines de la période postnatale. Elles pratiquent l'accouchement spontané et sont habilitées à effectuer plusieurs gestes cliniques, par exemple, la réparation d'une déchirure de premier et deuxième degré. Les sages-femmes sont aussi formées pour dépister les situations déviant du normal, répondre adéquatement aux situations d'urgence et référer à un médecin si nécessaire. Leur travail s'appuie sur la continuité relationnelle.

La formation consiste en un baccalauréat de quatre années et demie d'études universitaires permettant de développer les compétences requises afin d'offrir des services sécuritaires et de qualité aux femmes et aux familles du Québec.

### **Philosophie de pratique**

Au cœur de la philosophie de pratique des sages-femmes se retrouve le respect du vécu des femmes et des familles autour de l'arrivée d'un nouvel enfant dans leur vie. Ainsi la relation professionnelle qui s'établit est personnelle et égalitaire et permet à la femme de faire les choix les meilleurs pour elle et son enfant. Les sages-femmes reconnaissent que la grossesse et l'accouchement appartiennent à la femme tout comme le droit de choisir le lieu d'accouchement qui leur convient et le professionnel de la santé qui les accompagne. Les sages-femmes considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles, et que pour assurer leur bien-être, le soutien de la communauté doit être encouragé. Les sages-femmes croient aussi qu'une approche alliant promotion et prévention est primordiale dans le cycle de la maternité.

### **Contrat de service**

Selon l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS), « Une sage-femme qui désire exercer sa profession pour un établissement doit adresser au Conseil d'administration d'un établissement qui exploite un centre local de services communautaires identifié par l'agence une demande afin de conclure avec cet établissement un contrat de service. »

### **Statut dans l'établissement**

La LSSSS stipule également à l'article 236 que : « Un médecin, un dentiste ou une sage-femme, autre qu'un cadre de l'établissement, est réputé ne pas faire partie du personnel de l'établissement ».

### **Le Conseil des sages-femmes**

Le contrôle de la qualité des soins et des services de sage-femme est assuré dans l'établissement par le Conseil des sages-femmes (CSF). L'article 225.3 de la LSSSS définit le mandat confié au CSF comme suit : « Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le Conseil d'administration :

*1° de contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes de l'établissement;*

*2° de faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres;*

*3° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;*

*4° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au Conseil d'administration en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2;*

*5° de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2;*

*6° d'assumer toute autre fonction que lui confie le Conseil d'administration. »*

### **Utilisation optimale des ressources et diminution des interventions obstétricales**

Les sages-femmes offrent aux femmes qu'elles suivent et à leur nouveau-né une disponibilité 24h sur 24, 7 jours sur 7. Elles font la promotion réussie d'une approche physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, en accord avec l'actuelle Politique de périnatalité 2008-2018.

Ce type d'organisation offre des avantages au réseau de la santé. Il permet entre autres moins d'hospitalisations pendant la grossesse et l'accouchement; moins de consultations aux urgences; moins de césariennes; moins de forceps; moins de ventouses; moins de prématurité et moins de retard de croissance. Pour une clientèle à bas risque, le suivi avec les sages-femmes s'accompagne d'une diminution de nombreuses interventions, quand on le compare avec le même type de clientèle suivie par les médecins.

### **La maison de naissance**

Une maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est une maison au cœur de la communauté, un lieu physique distinct du domicile et du centre hospitalier, faisant partie du réseau public de la santé. Cette installation est prévue pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de lui conserver un caractère intime, familial et humain.

Une maison de naissance offre des services de première ligne. Cet environnement ainsi que la philosophie des sages-femmes qui y pratiquent favorisent l'accouchement normal. C'est enfin un endroit privilégié pour le développement de la pratique sage-femme, la formation et la recherche.

Une maison de naissance répond aux besoins de la communauté dans laquelle elle est installée. On y développe une vision sociale et citoyenne de la naissance. Actuellement, 80 % des femmes qui obtiennent un suivi de maternité complet avec une sage-femme choisissent d'accoucher en maison de naissance, 15 % à domicile et 5 % en centre hospitalier.

## Prises de position marquantes du MSSS pour notre profession et la périnatalité depuis la légalisation des sages-femmes en 1999

---

Sous le Parti libéral, alors que M. Couillard était ministre de la Santé et des Services sociaux, le MSSS a publié la Politique de périnatalité 2008-2018 qui prévoit, entre autres, le développement de la pratique sage-femme, le renforcement de la première ligne et la diminution des interventions obstétricales.

La Commission de la santé et des services sociaux (CSSS) a, en 2011, fait des recommandations au MSSS quant au développement de la pratique sage-femme et à sa promotion.

Le Commissaire à la santé et au bien-être, M. Salois, dans son rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, intitulé « *Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations* », en 2011, a fait des recommandations précises quant au soutien nécessaire et indispensable au développement de la pratique sage-femme et a confirmé un appui sans équivoque à son intégration au réseau de la santé.

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (l'INESSS), en septembre 2012, a publié un rapport sur les « *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* », qui reconnaît une place importante aux sages-femmes.

À ces prises de position essentielles, s'ajoutent les besoins exprimés par les femmes et leur famille, ainsi que par des communautés à travers toutes les régions du Québec, que ce soit en milieu urbain, semi-urbain ou rural et aussi éloigné, de pouvoir bénéficier de l'accès aux services de sage-femme.

Nous l'avons déjà dit, mais il faut le répéter et faire état des excellents résultats obtenus par les sages-femmes en matière de qualité des soins et des services offerts et de satisfaction de la clientèle. Nous croyons que cela se traduit inévitablement par une « plus-value » pour le réseau de la santé et des services sociaux à court, moyen et long termes.

Il est important, aujourd'hui plus que jamais, de rester en lien avec les choix politiques et les recommandations des experts afin de continuer à améliorer l'accessibilité aux services de sage-femme au Québec.

## Projet de loi 10 - CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

---

Le RSFQ et l'OSFQ sont en accord avec les principes généraux du projet de loi qui sont, entre autres, de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau de la santé. La proximité et la continuité sont aussi des principes fondateurs de la pratique des sages-femmes.

Cependant, nous ne sommes pas convaincues que les moyens proposés par le PL 10 conduiraient à l'atteinte des objectifs précités.

Le gouvernement en place a adopté la politique de périnatalité 2008-2018 prévoyant que, d'ici 10 ans, les sages-femmes soient en mesure d'assurer des services de maternité complets et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes. Ces objectifs ont été confirmés plus d'une fois par le gouvernement, mais affichent déjà un retard dans leur mise en application. Comment la politique de périnatalité va-t-elle s'actualiser dans un tel projet de loi?

Précisément, ce projet de loi présente un défi supplémentaire dans le développement d'une profession émergente, les services de sage-femme se trouvant encore plus dilués par les fusions administratives. Ces fusions vont aller à l'encontre d'une compréhension fine des besoins, qui diffèrent à l'intérieur d'une même région, et de la prise de décision pour une distribution performante des services de sage-femme sur le terrain.

Nous avons identifié quatre recommandations concernant principalement l'organisation des services de santé et la place que les sages-femmes y tiennent que nous vous partageons.

## Projet de loi 10 - RECOMMANDATIONS

---

### ***1re recommandation : Les Conseils des sages-femmes au CA des CISSS***

Notre première recommandation concerne l'article 8 du projet de loi 10, statuant sur la composition du Conseil d'administration des établissements régionaux. En effet, selon cet article, le Conseil des sages-femmes n'a plus de siège désigné au Conseil d'administration.

Selon la LSSS, un membre de chacun des conseils professionnels, que ce soit le Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens, le Conseil des sages-femmes, le Conseil des infirmières et infirmiers ou le Conseil multidisciplinaire, est nommé d'office au Conseil d'administration. Or, dans le projet de loi actuel, chacun de ces conseils demeure représenté, sauf celui des sages-femmes.

Justifier cette absence par le poids du nombre des professionnelles ne résiste à aucune analyse et occulte l'importance du rôle et du champ d'activités qui nous ont été confiés par le législateur. Nous sommes des intervenantes de première ligne et nous tenons à assumer pleinement notre rôle au sein du réseau.

Avec la réorganisation structurelle prévue, sur 19 régions sociosanitaires, pour lesquelles un établissement régional sera constitué, 13 offrent des services de sage-femme (Tableau 1). Dans les prévisions du MSSS, toutes devraient offrir ces services dès 2019 (Tableau 2).

**Tableau 1**  
**Répartition des services de sage-femme selon les régions desservies par le CISSS**

Régions desservies par le CISSS	Nombre de services de sage-femme
Bas St-Laurent	1
Saguenay-Lac-St-Jean	1
Capitale National	1
Mauricie Centre du Québec	1
Etrie	1
Montréal établissement 1	1
Montréal établissement 2	1
Montréal établissement 3	1
Montréal établissement 4	0
Montréal établissement 5	0
Outaouais	1
Abitibi-Témiscamingue	0
Côte-Nord	0
Gaspésie - Iles-de-la-Madeleine	0
Chaudière-Appalaches	1
Laval	0
Lanaudière	1
Laurentides	1
Montérégie	1

**Tableau 2**  
**Situation en février 2014 vs situation projetée d'ici 2019 (MSSS)**

RÉGIONS	Situation actuelle (2014)		Situation projetée (2019)		Écart à combler	
	Nombre de SF (ETC)	Nombre de MDN	Nombre de SF (ETC)	Nombre de MDN	Nombre de SF (ETC)	Nombre de MDN
Région 01- Bas St-Laurent	4,0	1	4,7	1	0,7	0
Région 02- Saguenay Lac St-Jean	5	0 <sup>1</sup>	6,8	1	1,8	1
Région 03- Capitale-Nationale	10,2	1	18,8	1	8,6	0
Région 04- Mauricie et Centre-du-Québec	8,2	1	12,5	1	4,3	0
Région 05- Estrie	9,5	1	8,2	1	0	0
Région 06- Montréal	27,6	2 <sup>2</sup>	58,9	6	31,3	4
Région 07- Outaouais	10,2	1	10,5	1	0,3	0
Région 08- Abitibi-Témiscamingue	0	0	4,3	0	4,3	0
Région 09- Côte-Nord	0	0	2,5	0	2,5	0
Région 11- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	1,8	0	1,8	0
Région 12- Chaudière-Appalaches	7,9	1	11,3	1	3,4	0
Région 13- Laval	0	0	11,0	1	11,0	1
Région 14- Lanaudière	7	0	13,4	1	6,4	1
Région 15- Laurentides	9,2	1	14,8	1	5,6	0
Région 16- Montérégie	7,0	1	40,2	4	33,2	3
<b>TOTAL Québec</b>	<b>93,8</b>	<b>10</b>	<b>219,6</b>	<b>20</b>	<b>125,8</b>	<b>10</b>

<sup>1</sup> L'annonce d'une maison de naissance a été faite le 2 décembre 2013; elle est prévue pour l'automne 2014.

<sup>2</sup> Le financement pour la maison de naissance a été confirmé par le MSSS en juin 2013. Le projet est en voie de réalisation; la maison de naissance devrait voir le jour au cours de l'année 2014.

Il est essentiel que les sages-femmes continuent à assumer leur rôle au sein du Conseil d'administration des établissements régionaux.

On retrouve à l'article 172 de la LSSS :

«172. Le Conseil d'administration doit en outre: [...]

4° s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés; [...]

6° s'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;

7° s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;»

Et à l'article 99.5: «L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;

2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;

3° l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;

4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.»

Le projet de loi 10 prévoit à l'article 25 que le « Conseil d'administration répartit dans le respect des enveloppes allouées par programme - service les ressources humaines, matérielles et financières, en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert ».

Les sages-femmes de par leur expertise dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance apportent une vision globale du développement, de l'accessibilité et de la dispensation judicieuse des services, pour les femmes et les familles dans cette période charnière de leur développement.

Notre approche communautaire, notre contribution à l'accessibilité à des services essentiels et de proximité, représente là encore une compétence non négligeable pour les établissements régionaux.

Notre présence au sein du Conseil d'administration nous permet de faire valoir les besoins et les particularités de la population que nous desservons. Les femmes enceintes et leur famille, sont généralement jeunes, en bonne santé et le plus souvent sans problèmes particuliers. Elles constituent néanmoins un bassin important à desservir, puisque, rappelons-nous, plus de 80 000 femmes donnent naissance par année au Québec.

Du fait que les suivis de maternité complets s'échelonnent sur une période d'un an, que les familles reviennent lors des grossesses subséquentes, les sages-femmes sont à même de bien connaître les besoins de leur communauté. Les visites à domicile leur permettent d'être au fait des impacts liés à la réalité socioéconomique des familles. Elles sont «témoin» des différentes problématiques rencontrées, telles que la violence conjugale, les problèmes de santé mentale, la pauvreté, l'immigration, etc.

Les sages-femmes ont toujours contribué et continuent de contribuer au développement et à l'organisation des services à domicile. En effet, elles pratiquent à domicile l'accouchement pour les femmes qui le choisissent et y assurent le suivi postnatal des mères et des bébés, tout en offrant une disponibilité 24/7.

Les services de sage-femme sont des services de première ligne, qui impliquent une collaboration régulière avec l'ensemble des services du CSSS, incluant la deuxième et la troisième ligne, et les services préhospitaliers d'urgence.

Tous ces points démontrent que les sages-femmes participent activement aux travaux du Conseil d'administration.

D'un point de vue historique, nous souhaitons vous rappeler qu'en 2005, lors du dépôt du projet de loi 83 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*), puis en 2011 lors du dépôt du projet de loi 27 (*Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*), l'OSFQ et le RSFQ ont déjà dû se positionner afin de préserver la place d'une membre du Conseil des sages-femmes au sein du Conseil d'administration des instances locales. À chaque fois, l'Assemblée nationale a jugé bon de maintenir leur place au Conseil d'administration.

Nous espérons préserver nos acquis. C'est une question d'équité et de reconnaissance au sein du réseau d'une profession émergente et en développement.

L'OSFQ ainsi que le RSFQ recommandent donc que le ministre s'assure de modifier l'article 8 du projet de loi 10 afin que la composition du Conseil d'administration des établissements régionaux comprenne une membre du Conseil des sages-femmes.

## ***2e recommandation : Une commission régionale des sage-femmes***

L'article 154 prévoit des commissions régionales pour les autres conseils professionnels.

L'équivalent n'existe pas encore pour les sages-femmes. Dans l'intérêt d'une planification régionale à court et moyen terme et compte tenu de l'abolition des agences, il serait pertinent dans le cadre des nouvelles structures que les régions aient une commission régionale des sages-femmes. Les objectifs pourraient s'apparenter à ceux de la commission infirmière régionale, de la commission multidisciplinaire régionale ou du comité régional sur les services pharmaceutiques, et pourraient être les suivants :

- 1° de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services de sage-femme sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
- 2° de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les sages-femmes;
- 3° de donner son avis sur les approches novatrices de soins et des services, et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- ° d'exécuter tout autre mandat que lui confie le Conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.

L'OSFQ et le RSFQ recommandent qu'à l'article 154, une commission régionale des sages-femmes soit ajoutée et que la LSSSS soit modifiée conséquemment.

### **3e recommandation : Développement des services de sage-femme**

Le projet de loi 10 s'inscrit dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour rendre le système de santé plus efficient en terme de qualité et d'économies. Le développement de la première ligne est selon nous à prioriser et à consolider. Les services de sage-femme en font partie et contribuent à ces objectifs.

À un stade aussi précoce d'une réforme, il est difficile de prévoir tous les impacts des changements structurels. Cependant, les sages-femmes sont inquiètes de certains aspects, notamment à propos de la fusion de nombreux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de l'organisation des services sur le territoire. Le développement des maisons de naissance et des services de sage-femme est en jeu et doit être assuré nonobstant l'organisation du réseau de la santé.

Actuellement, les équipes comptent environ de 8 à 10 sages-femmes, équivalent temps complet (ETC), desservant prioritairement la population de leur CSSS. Avec les modifications prévues, comment assurer un service de proximité sur un territoire aussi grand ? Un développement régional sera à penser afin de garantir l'accessibilité à des services de sage-femme de proximité, aux femmes et aux familles qui les demandent.

La capacité à déterminer les besoins du milieu ne doit pas être compromise par un alourdissement de la structure. Comment le législateur prévoit-il l'arrimage entre les différents services de sage-femme et maisons de naissance d'un même territoire régional, les conseils des sages-femmes et les responsables des services de sage-femme ?

Que se passera-t-il en Montérégie où quatre nouvelles maisons de naissance sont planifiées puisque l'étendue du territoire et le nombre de naissances l'exigent ?

Nous craignons aussi que dans de tels établissements, la périnatalité, et d'autant plus ses aspects physiologiques, donc sans présence de problématique médicale particulière, ne se retrouvent noyés dans autant de projets cliniques variés et d'impératifs organisationnels. Nous savons pourtant, et toutes les études le confirment, qu'un bon départ dans la vie est déterminant pour la santé future et que le respect de la physiologie, en plus d'accroître le bien-être des femmes et des nouveau-nés, est source d'économies pour le système de la santé et des services sociaux.

L'OSFQ ainsi que le RSFQ recommandent que le Ministre veille à ce que la nouvelle structure organisationnelle de CISSS assure, pour une même région, un déploiement de plusieurs maisons de naissance et de services de sage-femme permettant l'accès à des soins de proximité. Ceux-ci devront être arrimés de façon optimale aux services de deuxième et troisième ligne afin d'assurer la sécurité des mères et des bébés.

### **4e recommandation : responsable des services de sage-femme**

Du point de vue de l'organisation des services de sage-femme, il nous apparaît important que chaque responsable des services de sage-femme (RSSF) puisse exercer, la gestion clinico-administrative de la maison de naissance ou des services de sage-femme, au sein des établissements régionaux.

Selon la LSSS, la RSSF est directement sous l'autorité du DG (article 208.2 et 208.3). À cet égard, il est de notoriété que les services de sage-femme les plus performants sont ceux qui se conforment à la loi. Par contre, dans les autres situations, les RSSF éprouvent des difficultés à assurer adéquatement la distribution appropriée des services de sage-femme et à coordonner les services de sage-femme en fonction des besoins de la population et des contraintes budgétaires de l'établissement.

Dans des régions où le développement de services de sage-femme se traduit par un déploiement de points de service, le rôle de la RSSF peut s'en trouver complexifié et nécessite une coordination d'autant plus simple et fluide avec la direction de l'établissement.

Avec le projet de loi 10 qui fusionne plusieurs établissements, agrandissant les territoires desservis, le risque d'éloigner la RSSF de la direction générale est réel et pourrait se traduire par des difficultés accrues de gestion et ses conséquences sur les services de sage-femme et leur clientèle.

Le RSFQ appuyé par l'OSFQ recommande que le ministre s'assure, au sein de la nouvelle structure organisationnelle de chaque établissement, que la responsable des services de sage-femme puisse exercer pleinement ses fonctions, telles que prévues par la LSSS (art 208.2 et 208.3) au sein de son équipe et dans une optique de gestion clinico-administrative simplifiée et efficiente.

## Conclusion

---

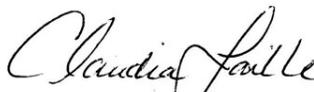
Avec la politique de périnatalité 2008-2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est donné les balises et les moyens d'offrir à sa population des services de sage-femme de qualité et novateurs, centrés sur une approche physiologique ; et dont les bienfaits en termes de répercussion pour la santé des femmes et des nouveau-nés sont reconnus.

Ce faisant, il répondait à un besoin exprimé par les femmes, les familles et les communautés depuis plusieurs décennies. En développant des services offerts par des professionnelles de première ligne à des femmes en bonne santé présentant une grossesse normale, il faisait preuve de cohérence. Le bon professionnel, au bon endroit, à la bonne personne.

Le projet de loi 10, dans sa forme actuelle, représente une menace pour la mise en œuvre de la politique de périnatalité 2008-2018 et un net recul pour la profession de sage-femme. Il fragilise les acquis et ne favorise pas le développement des services puisqu'il dilue encore davantage la voix et la proportion des sages-femmes en exercice par rapport aux autres professionnels dans des établissements aux territoires surdimensionnés. Il éloigne toujours plus les responsables de ces services des instances administratives et décisionnelles dont elles dépendent pour une gestion saine et fluide.

Nous souhaitons que la commission prenne en compte nos recommandations et nos inquiétudes, et qu'elle réalise l'impact des décisions qu'elle prendra sur notre profession bien sûr, mais surtout sur l'accessibilité pour les femmes et leur famille à des maisons de naissance ou des services de sage-femme de proximité.

  
Marie-Eve St-Laurent  
Présidente de l'Ordre des sages-femmes  
du Québec (OSFQ)

  
Claudia Faille  
Présidente du Regroupement  
Les Sages-femmes du Québec (RSFQ)