

CSSS - 109M
C. P. PL 15
Loi système de santé
et services sociaux

MÉMOIRE

SUR LE PROJET DE LOI N° 15

Loi visant à rendre le système de santé et services sociaux plus efficace.
Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux.
- Mai 2023 -



REGROUPEMENT
LES SAGES-FEMMES
DU QUÉBEC

Regroupement Les sages-femmes du Québec

2330 rue Notre-Dame Ouest, suite 300

Montréal (Québec), H3J1N4

Téléphone : 514-738-8090

info@rsfq.qc.ca

www.rsfq.qc.ca

Mémoire préparé dans le cadre du projet de loi n° 15
Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace
Rédigé par le Regroupement Les sages-femmes du Québec le 19 mai 2023
Et déposé à L'Assemblée nationale le 23 mai 2023

Crédit photo : Orange Pomme Photographie

Table des matières

Introduction	1
L'exercice professionnel des sages-femmes: mise en contexte	2
La profession sage-femme	2
Spécificité de la pratique sage-femme	2
Les maisons de naissance	2
Le statut des sages-femmes dans le réseau	3
Des résultats parlants	3
Préserver l'autonomie professionnelle des sages-femmes pour assurer des soins et services périnataux de qualité et accessibles.....	3
Gouvernance médicale : une dérive pour la pratique sage-femme.....	3
Collaboration interprofessionnelle	5
Une voix à Santé Québec	5
Un plan des effectifs pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre ensemble.....	6
Le rôle des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS)	6
Des processus d'évaluation des plaintes et disciplinaires qui respectent les droits des sages-femmes	7
Demeurer un exemple de gestion de proximité.....	8
Offrir une expérience périnatale positive à toutes les femmes et personnes enceintes du Québec	9
Des représentant·es essentiel·les au conseil d'établissement	9
Des comités de parents reconnus et soutenus.....	10
La négociation : pour répondre aux besoins des femmes et des familles	10
Conclusion.....	11
Recommandations	12

Avant-propos

Le Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ) est l'association professionnelle des sages-femmes du Québec. Il représente plus de 270 professionnel·les exerçant la profession partout dans la province. Il œuvre au développement de la profession et de sa spécificité à l'intérieur du système de santé du Québec. Conformément aux normes et à la philosophie de pratique de la profession, il défend le libre choix des lieux d'accouchement, que ce soit en centre hospitalier, en maison de naissance, à domicile ou tout autre lieu choisi par la femme ou personne enceinte.

Le RSFQ est le porte-parole officiel des sages-femmes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Au Québec, la profession de sage-femme est légale depuis 1999, bien que cette pratique ait toujours existé.

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

Depuis 2009, le RSFQ a une entente de service avec la Fédération des professionnel·les (FP), qui regroupe 10 000 professionnel·les, techniciens et techniciennes. La FP est l'une des huit fédérations qui composent la Confédération des syndicats nationaux (CSN). Fondée en 1921, la CSN comprend 1 600 syndicats et défend plus de 330 000 travailleuses et travailleurs de tous les secteurs d'activité au Québec.

Introduction

Le RSFQ remercie la Commission de la santé et des services sociaux de l'occasion qui lui est donnée de présenter ses commentaires sur le projet de loi n°15 visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Texte législatif d'envergure, le projet de loi n°15 comprend près de 1 200 articles et vient modifier la structure du réseau de la santé et des services sociaux, en instituant une agence appelée Santé Québec, assujettie à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État. La CSN a déposé un mémoire auprès de la Commission de la santé et des services sociaux, qui fait état de l'ensemble des préoccupations de ses syndicats affiliés. La Coalition pour la pratique sage-femme (CPPSF) a fait de même. Le RSFQ fait sien l'argumentaire développé dans les mémoires de la CSN et de la CPPSF, et compte tenu de son rôle de représentant de l'ensemble des sages-femmes et de l'importance des effets du projet de loi sur la pratique, a jugé nécessaire de rédiger le présent mémoire afin d'exposer sa propre vision sur le sujet.

D'entrée de jeu, les changements proposés dans le projet de loi révèlent la méconnaissance, voire l'incompréhension, des dirigeants du système de santé concernant notre profession, l'organisation des services de sage-femme ainsi que les liens importants entre la gouvernance et la possibilité pour nos membres d'exercer de façon autonome. De plus, nous y voyons une démonstration claire de la volonté du gouvernement que les sages-femmes exercent de plus en plus en centre hospitalier plutôt qu'au niveau communautaire et première ligne, dans les lieux de naissance demandés par les usagères et usagers.

Le modèle de gestion actuel des services de sage-femme, assuré par la coordination d'une Responsable des services de sage-femme (RSSF) sous les recommandations du conseil des sages-femmes, et développé après de longs travaux parlementaires dans les années 90, répond exactement aux axes souhaités par cette réforme du réseau de la santé. Nous jugeons même que ce type de gouvernance décentralisée gagnerait à être répandu de façon plus large à un ensemble de services à travers la province. Pourtant, avec ce projet de loi, les services de sage-femme deviennent désormais intégrés dans une gouvernance hiérarchique médicale et elles perdent leur conseil professionnel, organe phare pour l'implication des professionnels dans l'organisation de services de qualité. Nous doutons que cela permette de véritablement améliorer les services, car cette intégration mine à la fois l'autonomie professionnelle des sages-femmes, la culture organisationnelle de proximité ainsi que l'expérience et les droits des femmes et personnes enceintes.

Les enjeux sont importants pour nos membres et la population desservie. Nous déplorons la rapidité avec laquelle le ministre souhaite les implanter et rappelons l'importance du processus démocratique incontournable face à l'ampleur des impacts annoncés. Nous souhaitons que la consultation soit l'occasion pour le gouvernement de prendre en considération les recommandations des sages-femmes et de bonifier en conséquence le projet de loi n°15.

L'exercice professionnel des sages-femmes: mise en contexte

La profession sage-femme

Les sages-femmes sont des professionnelles autonomes, responsables des soins et des services requis pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que durant les six premières semaines de 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. Elle est devenue légale à la suite de la demande des femmes et familles qui revendiquaient une alternative au suivi médical, soit des soins individualisés, basés sur un continuum relationnel impliquant la famille et permettant d'accoucher hors centre hospitalier. Durant les suivis, les sages-femmes sont la référence première des femmes et personnes enceintes, portant une attention particulière à la santé physique et mentale, la nutrition, l'adaptation parentale et familiale, pour ne nommer que celles-ci.

Expertes de la grossesse et de l'accouchement physiologique, dit normal, elles détiennent un baccalauréat au terme de 4 ans et demi d'études, dont plus de deux mille trois cent cinquante (2 350) heures de stage. Cette formation universitaire leur permet de développer les compétences requises pour offrir des services de qualité aux femmes et aux familles du Québec.

Spécificité de la pratique sage-femme

Les sages-femmes sont des professionnelles de la santé de première ligne spécialisées dans le continuum de santé reproductive et sexuelle. La relation non hiérarchique, la pratique réflexive, l'utilisation et la transmission de savoirs multiples dans le cadre des suivis qu'elles font sont des éléments spécifiques à leur approche. Par leur *leadership* et leur expertise en prévention et promotion de la santé, elles répondent aux besoins des communautés afin d'offrir des services individualisés soutenant la prise de décision libre et éclairée. Leur organisation des soins met les femmes au cœur des décisions et est un exemple de services de proximité extrêmement apprécié dont les résultats cliniques et expérientiels sont très positifs.

Au cœur de la pratique des sages-femmes se trouve le respect du vécu des femmes et des familles autour de l'arrivée d'un enfant dans leur vie. La continuité des soins qu'elles offrent est un outil pour l'engagement relationnel entre la professionnelle et la famille durant la trajectoire périnatale, qui alimente le pouvoir d'agir des personnes enceintes. 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 la ou le professionnel·le de la santé qui l'accompagne.

Les maisons de naissance

Les maisons de naissance sont des lieux dédiés à la périnatalité de première ligne, permettant l'offre des services de sage-femme et d'activités communautaires. Ces installations offrent un espace pour soutenir la vision de la maternité comme un événement normal, aux nombreuses facettes et porteur de sens dans la vie des familles. Chaque maison de naissance est un lieu de stage pour les étudiant·es sages-femmes, essentiel pour observer et participer aux suivis ainsi qu'aux accouchements spontanés et physiologiques sous la supervision de sages-femmes expérimentées¹.

¹ À noter que des maisons de naissance accueillent aussi des étudiant·es en médecine et à la maîtrise en physiothérapie.

Le statut des sages-femmes dans le réseau

Les sages-femmes sont des travailleuses autonomes, liées par des contrats de services aux établissements de santé. La Loi sur la santé et les services sociaux stipule 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 ». De plus, les Responsables des services de sage-femme assurent la coordination ainsi que le contrôle de la qualité des soins et des services de sage-femme, en considérant les recommandations du conseil des sages-femmes.

Des résultats parlants

En offrant une disponibilité ininterrompue, pour une clientèle à bas risque, le suivi avec les sages-femmes assure de meilleurs résultats de santé maternelle et néonatale quand on le compare avec le même type de clientèle suivie par les médecins: réduction des morts fœtales in utero, des interventions médicales non nécessaires, des bébés de faible poids, de la prématurité, ainsi qu'une augmentation des taux d'allaitement maternel exclusif et de la satisfaction des femmes². Ce modèle de soins permet aussi de réduire les disparités en santé en offrant un accès équitable aux soins de santé maternels et néonataux, notamment aux femmes marginalisées et vivant dans des régions éloignées, dont les personnes autochtones³. Ces résultats ont des impacts directs sur la réduction des coûts du parcours de soins dans la période périnatale.

Préserver l'autonomie professionnelle des sages-femmes pour assurer des soins et services périnataux de qualité et accessibles

L'accessibilité à des services de santé périnataux est un enjeu de santé important, particulièrement dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Nous entrevoyons un développement plus rapide de la profession dans les années à venir et une contribution accrue des sages-femmes dans les soins de santé reproductive et sexuelle des femmes ainsi que du nourrisson. Nous croyons que la réforme doit prévoir ces changements et reconnaître une place pleine et entière aux sages-femmes dans le système de santé. Dans cette perspective, nous vous présentons des propositions pour assurer l'autonomie professionnelle et garantir une accessibilité optimale aux services de sage-femme.

Gouvernance médicale : une dérive pour la pratique sage-femme

Le projet de loi prévoit l'abolition du rôle de Responsable des services de sage-femme (article 1107) pour qu'elles deviennent chef-fes de département clinique sage-femme (article 178). Avec ces changements, les chef-fes de départements sages-femmes perdent des responsabilités au profit du directeur médical, sous l'autorité immédiate de laquelle elles seront (article 181). Le directeur médical dirige, coordonne et surveille les activités des chef-fes de départements cliniques (article 180). Sous l'effet de cette réforme, l'exercice professionnel des sages-femmes deviendrait régi par les mêmes règles de soins que celles des médecins, dentistes et pharmaciens et le directeur médical ou le

² Sandall, J. et al. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. Apr 28;4:CD004667. Disponible ici: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667>

³ International confederation of midwives, [Midwife-led continuity of care \(MLCC\)](#), 2021.

président-directeur général (PDG) a le pouvoir de les élaborer lorsque le ou la chef-fe de département refuse de le faire (article 184).

Cette organisation hiérarchique et cette uniformisation des règles de soins posent plusieurs problèmes. Le premier étant qu'il amalgame la profession médicale et la profession sage-femme alors que le caractère distinct des deux n'est plus à débattre. La section ci-haut sur l'exercice professionnel des sages-femmes démontrent qu'il ne peut être attendu d'une sage-femme qu'elle agisse comme un médecin et vice versa. Chacune des professions évolue dans des paradigmes et un cadre clinique et législatif distincts, reflétant ce que l'on attend d'elle, parfois similaires, parfois différentes.

Un deuxième problème que pose une telle hiérarchisation et uniformisation est l'inévitable confrontation des approches. Demander à un directeur médical d'être au fait et responsable de décisions de sages-femmes qui agissent selon un corpus de règles de soins et des normes professionnelles qui sont différentes pour les médecins constitue un grand risque d'un point de vue de la sécurité des usager-ères. En réponse aux pressions subies et aux préoccupations face aux risques de plaintes liées à leur pratique différente, les sages-femmes pourraient alors développer une pratique défensive. Cela entraînera inévitablement une variation des soins, incluant des changements dans l'approche basée sur celle des choix éclairés, qui constitue les fondements mêmes de la pratique sage-femme. Des interventions non nécessaires et des soins plus médicalisés, protocolaires et potentiellement indésirables pour les femmes enceintes en découleront.

Il est essentiel de prévoir une structure de gouvernance qui assure l'exercice d'une pratique professionnelle autonome basée sur la littérature, centrée sur l'autodétermination des femmes et respectueuse de leurs droits pour garantir la sécurité et la qualité des soins prodigués par les sages-femmes. La coordination des activités professionnelles et scientifiques, l'élaboration des règles d'utilisation des ressources ainsi que la conception des horaires de gardes sont directement en lien avec l'autonomie professionnelle de nos membres. Le tout doit donc être sous la responsabilité d'une sage-femme intégrée au plus haut niveau hiérarchique. Au-delà de garantir l'autonomie professionnelle, cette structure permettrait de multiplier les occasions de collaborations interprofessionnelles au sein de l'établissement et de déployer une offre de service de sage-femme le plus près possible des orientations ministérielles et des besoins de la population.

Recommandations :

1. Qu'une direction clinique sage-femme sous l'autorité du président-directeur général soit créée dans les établissements de santé territoriale, avec les fonctions correspondantes
2. Que la directrice sage-femme soit obligatoirement une sage-femme
3. Que la Responsable des services de sage-femme, en fonction la veille du jour de la fusion, devienne directrice sage-femme à compter du jour de la fusion

Selon le nombre de professionnel·les à contrat dans l'établissement territorial, la directrice sage-femme peut cumuler les rôles et responsabilités de différents niveaux hiérarchiques clinico-administratifs. Cependant, le nombre de sages-femmes est appelé à augmenter à travers la province et l'offre de soins dans différents services et programmes offerts par celles-ci à se développer. Il faut donc prévoir que la gestion, la coordination, la supervision des activités ainsi que l'élaboration de règles de soins des sages-femmes offrant le modèle de soin en continuité dans les services de sage-femme et maisons de naissance demeurent sous la responsabilité d'une sage-femme imputable et de proximité.

Recommandations :

4. Que la nomination d'une coordonnatrice clinico-administrative sage-femme, à la demande de la directrice sage-femme, sous recommandation du conseil des sages-femmes et approbation du président-directeur général, soit prévue dans la loi
5. Que les rôles et responsabilités de la coordonnatrice clinico-administrative sage-femme soient prévus dans la loi et sous l'autorité de la directrice sage-femme
6. Qu'il soit inscrit dans la loi que la coordonnatrice clinico-administrative sage-femme gère les ressources humaines, matérielles et financières de ses services, sous l'autorité de la directrice sage-femme
7. Que la coordonnatrice clinico-administrative sage-femme soit obligatoirement une sage-femme.

Collaboration interprofessionnelle

L'article 154 prévoit les sièges réservés sur le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique. Les sages-femmes n'y sont pas mentionnées.

L'interdisciplinarité est un élément clé pour instaurer une culture de respect des professionnels et paradigmes différents et ainsi préserver l'approche de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement qu'offrent les sages-femmes dans notre système de santé. En travaillant de pair avec les professionnels pour répartir les ressources cliniques et la clientèle de manière efficace, nous pourrions améliorer l'accès à des soins en santé reproductive et sexuelle aux femmes.

Recommandation :

8. Que les sages-femmes aient un siège au sein du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique des établissements territoriaux

Une voix à Santé Québec

Les articles 30 à 36 prévoient la composition et le fonctionnement du conseil d'administration de Santé Québec.

Ce dernier aura un rôle important à jouer pour l'amélioration de l'accès à des soins de qualité aux femmes et personnes enceintes. Afin que les sages-femmes soient incluses dans les politiques et trajectoires, il est primordial qu'elles aient une voix dans les différentes instances. Cela permettra leur participation dans les consultations et la prise de décisions organisationnelles. D'ailleurs, la composition du CA de Santé Québec doit être représentative de l'ensemble des professionnels de la santé du réseau. Il en est de même pour le programme national de la qualité des services.

Recommandations :

9. Qu'un siège au sein du conseil d'administration de Santé Québec soit réservé pour un.e membre d'un conseil des sages-femmes
10. Qu'il y ait une représentation sage-femme au sein du programme national de la qualité des services

Un plan des effectifs pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre ensemble

Le projet de loi prévoit, à l'article 15, l'élaboration d'un plan des effectifs médicaux et dentaires par le directeur médical.

La pénurie actuelle de sages-femmes est le résultat de nombreux facteurs, dont le manque d'engagement politique concret en ce sens, l'absence d'une planification de la main-d'œuvre par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le sous-financement des différentes instances travaillant au développement de cette profession. Afin de soutenir rapidement le déploiement des services de sage-femme et permettre l'actualisation des orientations ministérielles localement, les établissements doivent être au fait de la capacité des sages-femmes à répondre à différents besoins et les considérer dans leur plan. En plus des suivis complets de grossesse jusqu'à 6 semaines de vie des nourrissons, elles peuvent contribuer au système de santé et réaliser différentes activités dans plusieurs services de première ligne. Pour y arriver, les obstacles administratifs et organisationnels doivent être surmontés. Ainsi, l'obligation pour les PDG d'élaborer un plan des effectifs, appuyé par la direction sage-femme et après consultation des conseils concernés, est nécessaire pour améliorer l'accès aux soins et aux services de sage-femme.

Recommandations :

11. Que les sages-femmes soient incluses au plan des effectifs médicaux et dentaires
12. Que la direction sage-femme soit consultée dans l'élaboration du plan des effectifs médicaux, dentaires et sage-femme, en considérant les recommandations du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique et du conseil des sages-femmes

Le rôle des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS)

Le Chapitre IV du projet de loi n°15, soit les articles 364 et les suivants, aborde la question des RUISSS. On y considère particulièrement les médecins, alors que la pénurie de main-d'œuvre affecte un grand nombre de professionnels, dont les sages-femmes.

Les RUISSS sont importants afin d'assurer une meilleure fluidité et collaboration entre les universités et les établissements de santé. L'arrivée de nouvelles sages-femmes devrait être une priorité pour contrer la pénurie de main-d'œuvre et améliorer l'accès à des soins périnataux. L'attribution des milieux de stage pour les étudiant-es sage-femme demeure un enjeu chaque année pour le programme en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'ouverture de lieux de stage, facilitant l'augmentation du nombre d'étudiant-es au programme, doit être réfléchi de façon concertée avec les acteurs clés.

Recommandations :

13. Que soit intégré un haut dirigeant de l'Université du Québec à Trois-Rivières, responsable du département sage-femme, sur le comité de direction des RUISSS
14. Que le comité prévoie le déploiement de lieux de stage pour les étudiant-es sages-femmes dans tous les établissements offrant des services de sage-femme et d'obstétrique

Des processus d'évaluation des plaintes et disciplinaires qui respectent les droits des sages-femmes

Plusieurs articles dans le projet de loi ont des impacts sur les processus disciplinaires et d'évaluation des plaintes concernant une sage-femme. Le projet de loi prévoit des processus disciplinaires et de cheminement des plaintes différents pour les médecins et les sages-femmes (articles 218 à 224 et 242 à 246). Les articles 572 à 596 détaillent le traitement des plaintes par un commissaire aux plaintes et à la qualité des services et par un médecin examinateur et les articles 600 à 613 leurs nominations et rôles respectifs.

Les processus d'évaluation des plaintes et disciplinaires présentés dans le projet de loi ne reconnaissent pas l'autonomie professionnelle des sages-femmes et ne permettent pas au législateur d'assurer le respect de leurs droits fondamentaux. Pourtant, lors de la légalisation de la pratique sage-femme, les débats parlementaires ont soulevé l'importance de l'autonomie des sages-femmes et de leur positionnement par rapport aux médecins. En effet, le journal des débats témoigne du fait que les sages-femmes doivent demeurer autonomes dans leur pratique, car leurs gestes et approches sont différents de ceux des médecins, même si elles posent des actes médicaux⁴. Les sages-femmes, en tant que profession distincte de la profession médicale, sont les seules en mesure de juger de la qualité des soins et de l'exercice d'une sage-femme.

Ainsi, suivant le principe d'autonomie et d'autodétermination des professions, le médecin examinateur ou tout autre professionnel ne devrait pas pouvoir rendre une décision dans un dossier de plainte concernant une sage-femme. Compte tenu de la spécificité de leur pratique et du niveau de responsabilité, il est primordial qu'elles puissent être entendues et évaluées par des pairs. La littérature a fait la démonstration que ce processus d'évaluation favorise la qualité de l'acte, la sécurité des usager-ères et des conditions de pratique optimales. Les sages-femmes ont des compétences, des normes et des connaissances particulières qui doivent être prises en compte et intégrées dans les décisions qui les concernent et ce, pour l'intérêt du public.

De plus, pour assurer des conditions de pratiques optimales et maintenir la confiance du public en la capacité disciplinaire de l'Administration gouvernementale, il est essentiel que les décisions impliquant une sage-femme reposent sur les principes d'équité procédurale et les règles de justice naturelle. Pour soutenir une décision juste, les procédures administratives en matière de discipline doivent être menées en respect des droits de chacune des parties, conformément aux règles de justice naturelle. Pour favoriser la qualité des décisions rendues par l'Administration gouvernementale, ces principes sont repris dans la Loi sur la justice administrative du Québec. En ce sens, comme les décisions qui concernent les sages-femmes ont un caractère d'intérêt public étant donné leurs impacts sur les services offerts à la population, le droit de se faire entendre et à l'impartialité doit être au cœur de l'équité procédurale qui encadre les interactions avec l'Administration gouvernementale.

Recommandations :

15. Que les sages-femmes conservent leur statut de travailleuses autonomes et qu'elles soient traitées en conséquence dans le cadre de tout processus disciplinaire les concernant
16. Que le conseil des sages-femmes soit obligatoirement consulté lors de toute situation disciplinaire

⁴ Rapport final et recommandations, Conseil d'évaluation des projets pilotes sage-femme, 1998, <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs40403>.

17. Qu'un comité de discipline, ou le comité de révision lorsqu'applicable, soit formé par le conseil des sages-femmes et constitué en majorité de sages-femmes, lorsqu'une sage-femme est visée par une plainte
18. Qu'une sage-femme examinatrice soit désignée pour examiner toute plainte impliquant un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes ou des services d'une sage-femme posés au sein d'un établissement ou concernant autrement l'exercice par une sage-femme
19. Qu'une sage-femme examinatrice nationale soit nommée par Santé Québec pour le traitement des plaintes impliquant un contrôle et une appréciation de la qualité de l'acte sage-femme
20. Que les sages-femmes bénéficient de garanties d'équité procédurale, comme les médecins et dentistes à l'article 219

Demeurer un exemple de gestion de proximité

Le projet de loi n°15 prévoit que le conseil des sages-femmes cesse d'exister à compter du jour de l'adoption du projet de loi (article 1108). Les articles 166 à 172 précisent les responsabilités du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF) et les moyens nécessaires pour les remplir. On observe une grande perte de responsabilités du conseil professionnel au niveau de l'organisation du travail et utilisation des ressources au profit d'une concentration des pouvoirs dévolus au directeur médical (articles 158 à 162). Pourtant, en étant détentricice d'un contrat de services, le Code civil prévoit qu'il n'existe aucun lien de subordination entre elles et le client (l'établissement), C.c.Q. art. 2099. Il est essentiel de maintenir la capacité des sages-femmes à s'impliquer dans les décisions les concernant.

Lorsque l'on examine les objectifs du gouvernement avec le projet de loi n°15, on constate qu'il vise à accroître la participation des professionnel·les à l'organisation du travail, à favoriser la prise de décisions locales, à offrir des services personnalisés aux patient·es et à rendre les gestionnaires plus accessibles et imputables. Cependant, la fusion des conseils des sages-femmes (CSF) avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens aurait un effet totalement inverse pour les services de sage-femme et affecterait l'offre de soins en santé reproductive et sexuelle.

Dans tous les services de la province, grâce aux responsabilités qui incombent au CSF, les sages-femmes ont un grand sentiment de responsabilité collective pour offrir des services de qualité à la population et un fort sentiment d'appartenance à leur équipe et à leur communauté. Les sages-femmes sont des travailleuses autonomes ayant une grande liberté dans l'organisation du travail, toujours en priorisant les besoins du service et des usager·ères qu'elles desservent. Elles sont pleinement impliquées dans les réflexions et les prises de décisions de leur conseil professionnel, ce qui assure une efficacité et une agilité à faire face aux responsabilités légales qui les concernent, particulièrement le contrôle de la qualité et de la pertinence des actes ainsi que l'élaboration de recommandations pour la distribution appropriée des services. Par exemple, durant la pandémie, malgré le grand nombre d'absences et de mouvements dans les équipes, aucun bris de services n'a été enregistré. Les sages-femmes ont pu se réorganiser rapidement et à de nombreuses reprises, tout en offrant des soins sécuritaires et de qualité. Au jour le jour, elles se sont soutenues mutuellement et en collaboration avec d'autres équipes.

Recommandations :

21. Que le conseil des sages-femmes indépendant, avec les responsabilités et pouvoirs inhérents à sa raison d'être, soit maintenu
22. Que le conseil des sages-femmes soit responsable de remplir ses rôles et responsabilités envers le PDG des établissements

La directrice sage-femme devra collaborer étroitement avec les CSF et pour se faire, devra siéger au conseil exécutif. La place du PDG au comité exécutif du CSF permettra aussi d'assurer un lien important avec la vision organisationnelle de Santé Québec et d'orienter les décisions en synergie avec les orientations ministérielles et les besoins de la population. De plus, pour favoriser une organisation locale, il est essentiel de maintenir les responsabilités des CSF en termes de recommandation pour la distribution appropriée des services.

Recommandations :

23. Que la directrice clinique sage-femme soit membre d'office du comité exécutif du conseil des sages-femmes
24. Que le PDG soit membre d'office du comité exécutif du conseil des sages-femmes
25. Que le pouvoir de recommandation du conseil des sages-femmes sur la distribution appropriée des services soit maintenu

Les CSF doivent être engagés envers les communautés qu'ils desservent pour garantir que les décisions prises sont en faveur de la santé et du bien-être des femmes et personnes enceintes. La professionnalisation des sages-femmes et leur intégration dans le réseau de la santé est le résultat d'une lutte sociale et le développement de chaque service est le fruit de longues démarches par des groupes de parents, ce qui se traduit par une proximité unique entre les familles et les différentes équipes de sage-femme. Cette collaboration doit être préservée et renforcée afin de s'assurer de continuer à offrir des soins de qualité.

Recommandation :

26. Qu'un siège soit réservé à un-e usager-ère partenaire au sein du comité exécutif du conseil des sages-femmes

Offrir une expérience périnatale positive à toutes les femmes et personnes enceintes du Québec

La participation active dans les différentes instances des usager-ères et de leur famille est cruciale pour l'amélioration des soins et services du réseau de la santé.

Des représentant.es essentiel·les au conseil d'établissement

Les articles 106 à 108 détaillent la composition et critères de sélection des conseils d'établissement, un organe consultatif important pour les familles ayant recours à des soins et services en périnatalité. Le conseil doit également veiller à ce que l'offre de services et les processus assurant la qualité des soins soient inclusifs et prennent en compte les besoins spécifiques de chaque population, y compris les femmes et les populations vulnérables et marginalisées.

Recommandations :

27. Qu'un·e représentant·e des usager·ères en santé reproductive et sexuelle soit nommé·e au conseil d'établissement parmi les sièges réservés aux usager·ères
28. Qu'un siège additionnel soit prévu et réservé au sein du conseil d'établissement pour un·e représentant·e des organismes œuvrant auprès des femmes
29. Qu'un siège additionnel soit prévu et réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des communautés autochtones

Des comités de parents reconnus et soutenus

Par la suite, les articles 143 à 152 prévoient la constitution, les rôles et responsabilités des comités des usagers et comités des résidents.

De leur côté, les services de sage-femme ont des comités de parents qui jouent un rôle majeur au niveau de la satisfaction des usager·ères. Leurs activités favorisent l'échange et le partage des expériences des familles. Par leurs liens privilégiés avec les équipes de sages-femmes, les comités de parents donnent une voix aux usager·ères sur la qualité des services. En ce sens, nous recommandons que les comités de parents soient formellement reconnus dans la Loi afin d'optimiser leur contribution à l'amélioration continue des services. De plus, des sous-comités pourraient être nommés pour aborder des enjeux spécifiques tels que les services de sage-femme dans les communautés autochtones.

Recommandations :

30. Que soit renommée la SECTION III pour y ajouter la mention de « comités de parents »
31. Qu'un comité de parents soit institué dans chacune des maisons de naissance ou service de sage-femme
32. Que le comité de parents soit composé d'un minimum de 3 usager·ères
33. Que le comité de parents exerce l'animation de la vie communautaire et l'organisation d'activités en fonction des besoins exprimés par les usager·ères en plus des mêmes fonctions légales des comités des usagers ou des résidents

La négociation : pour répondre aux besoins des femmes et des familles

L'article 247 prévoit la possibilité que les conditions de travail des sages-femmes puissent ne pas être négociées, ce qui pourrait avoir des impacts directs sur l'expérience des familles.

Fortes des liens avec les communautés et avec nos membres, les demandes de négociation du RSFQ et le mode de rémunération des sages-femmes ont comme objectifs de permettre d'obtenir des conditions de travail soutenant l'offre de services répondant aux besoins des communautés et favorisant la meilleure expérience. Le processus de négociation est essentiel pour permettre des échanges entre les parties sur la vision de la profession et les conditions de travail permettant d'atteindre des objectifs communs. En aucun cas il serait avantageux que le Conseil du trésor empêche ce droit fondamental de s'associer et de négocier collectivement nos conditions de travail.

Recommandation :

34. Que la mention suivante soit retirée du projet de loi (article 247) : *À défaut d'entente, le Conseil du trésor peut fixer la rémunération ou les modes de rémunération par règlement qui tient lieu d'entente.*

Conclusion

En résumé, nous avons besoin de garanties légales pour la protection de l'autonomie organisationnelle et professionnelle des sages-femmes. Pour ce faire, nous recommandons de créer une direction sage-femme sous l'autorité du président-directeur général et ainsi permettre la collaboration avec les médecins et autres professionnels en tant qu'égaux, d'impliquer les sages-femmes dans les prises de décisions organisationnelles et cliniques et de soutenir le travail en interdisciplinarité. Il faudra aussi inclure les sages-femmes dans le plan des effectifs médicaux et dentaires des établissements et les impliquer dans les lieux décisionnels clés pour le développement de la profession. Ces mesures pourront améliorer l'accès à des soins en santé reproductive et sexuelle aux femmes et garantir une pratique autonome optimale pour les sages-femmes.

De plus, les conseils des sages-femmes doivent demeurer. Les sages-femmes sont des travailleuses autonomes impliquées dans les prises de décisions de leur conseil professionnel, ce qui assure une grande réactivité et agilité face aux enjeux organisationnels et cliniques. De plus, les voix de la direction clinique sage-femme et de la direction générale sur les conseils des sages-femmes permettront d'assurer la qualité et la fluidité des soins et des services en périnatalité et ainsi répondre aux besoins de la population.

Enfin, pour améliorer l'expérience périnatale des femmes et personnes enceintes au Québec, il est crucial de répondre à leurs besoins évolutifs et variés. La participation active des usager·ères de soins et services périnataux dans les conseils d'établissement doit être une priorité. Il faut aussi prévoir des sièges réservés aux conseils d'établissement pour des représentants d'organismes œuvrant auprès des femmes et des communautés autochtones. Au niveau des maisons de naissance et services de sage-femme, la formalisation des comités de parents, jouant déjà un rôle central dans l'organisation axée sur la satisfaction des usager·ères, permettra d'optimiser leur contribution à l'amélioration continue des services.

Les objectifs du projet de loi n°15, qui visent à accroître la participation des professionnels à l'organisation du travail, à favoriser les décisions locales dans le but d'offrir des services personnalisés aux patient·es et de rendre les gestionnaires plus accessibles et imputables, sont louables et nous les partageons. Toutefois, certaines modifications du projet de loi, tel que proposé, ne permettent pas l'atteinte de ces objectifs ou du moins pas de manière optimale. C'est donc dans une optique de collaboration que nous avons partagé nos recommandations. Nous souhaitons, tout autant que vous, offrir un meilleur accès aux soins pertinents prodigués par le bon professionnel de la santé au bon moment, améliorer la rétention de nos membres et assurer une expérience positive aux femmes et familles du Québec dans la période charnière qu'est celle de l'arrivée d'un enfant.

Recommandations

1. Qu'une direction clinique sage-femme sous l'autorité du président-directeur général soit créée dans les établissements de santé territoriale, avec les fonctions correspondantes
2. Que la directrice sage-femme soit obligatoirement une sage-femme
3. Que la Responsable des services de sage-femme, en fonction la veille du jour de la fusion, devienne directrice sage-femme à compter du jour de la fusion
4. Que la nomination d'une coordonnatrice clinico-administrative sage-femme, à la demande de la directrice sage-femme, sous recommandation du conseil des sages-femmes et approbation du président-directeur général, soit prévue dans la loi
5. Que les rôles et responsabilités de la coordonnatrice clinico-administrative sage-femme soient prévus dans la loi et sous l'autorité de la directrice sage-femme
6. Qu'il soit inscrit dans la loi que la coordonnatrice clinico-administrative sage-femme gère les ressources humaines, matérielles et financières de ses services, sous l'autorité de la directrice sage-femme
7. Que la coordonnatrice clinico-administrative sage-femme soit obligatoirement une sage-femme
8. Que les sages-femmes aient un siège au sein du Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique des établissements territoriaux
9. Qu'un siège au sein du conseil d'administration de Santé Québec soit réservé pour un.e membre d'un conseil des sages-femmes
10. Qu'il y ait une représentation sage-femme au sein du programme national de la qualité des services
11. Que les sages-femmes soient incluses au plan des effectifs médicaux et dentaires
12. Que la direction sage-femme soit consultée dans l'élaboration du plan des effectifs médicaux, dentaires et sage-femme, en considérant les recommandations du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique et du conseil des sages-femmes
13. Que soit intégré un haut dirigeant de l'Université du Québec à Trois-Rivières, responsable du département sage-femme, sur le comité de direction des RUISS
14. Que le comité prévoie le déploiement de lieux de stage pour les étudiant-es sages-femmes dans tous les établissements offrant des services de sage-femme et d'obstétrique
15. Que les sages-femmes conservent leur statut de travailleuses autonomes et qu'elles soient traitées en conséquence dans le cadre de tout processus disciplinaire les concernant
16. Que le conseil des sages-femmes soit obligatoirement consulté lors de toute situation disciplinaire
17. Qu'un comité de discipline, ou le comité de révision lorsqu'applicable, soit formé par le conseil des sages-femmes et constitué en majorité de sages-femmes, lorsqu'une sage-femme est visée par une plainte

18. Qu'une sage-femme examinatrice soit désignée pour examiner toute plainte impliquant un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes ou des services d'une sage-femme posés au sein d'un établissement ou concernant autrement l'exercice par une sage-femme
19. Qu'une sage-femme examinatrice nationale soit nommée par Santé Québec pour le traitement des plaintes impliquant un contrôle et une appréciation de la qualité de l'acte sage-femme
20. Que les sages-femmes bénéficient de garanties d'équité procédurale, comme les médecins et dentistes à l'article 219
21. Que le conseil des sages-femmes indépendant, avec les responsabilités et pouvoirs inhérents à sa raison d'être, soit maintenu
22. Que le conseil des sages-femmes soit responsable de remplir ses rôles et responsabilités envers le PDG des établissements
23. Que la directrice clinique sage-femme soit membre d'office du comité exécutif du conseil des sages-femmes
24. Que le PDG soit membre d'office du comité exécutif du conseil des sages-femmes
25. Que le pouvoir de recommandation du conseil des sages-femmes sur la distribution appropriée des services soit maintenu
26. Qu'un siège soit réservé à un-e usager-ère partenaire au sein du comité exécutif du conseil des sages-femmes
27. Qu'un-e représentant-e des usager-ères en santé reproductive et sexuelle soit nommé-e au conseil d'établissement parmi les sièges réservés aux usager-ères
28. Qu'un siège additionnel soit prévu et réservé au sein du conseil d'établissement pour un-e représentant-e des organismes œuvrant auprès des femmes
29. Qu'un siège additionnel soit prévu et réservé au conseil d'établissement pour un-e représentant-e des communautés autochtones
30. Que soit renommée la SECTION III pour y ajouter la mention de « comités de parents »
31. Qu'un comité de parents soit institué dans chacune des maisons de naissance ou service de sage-femme
32. Que le comité de parents soit composé d'un minimum de 3 usager-ères
33. Que le comité de parents exerce l'animation de la vie communautaire et l'organisation d'activités en fonction des besoins exprimés par les usager-ères en plus des mêmes fonctions légales des comités des usagers ou des résidents
34. Que la mention suivante soit retirée du projet de loi (article 247) : *À défaut d'entente, le Conseil du trésor peut fixer la rémunération ou les modes de rémunération par règlement qui tient lieu d'entente.*

