

REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

Projet de loi n° 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé
et des services sociaux

Mémoire présenté à

La Commission de la santé et des services sociaux

Mars 2011

59 rue Riverview, Lasalle (Québec), H8R 3R9
Téléphone : 514 738-8090, Télécopie : 514 738-0370
Courriel : sages.femmes.qc@bellnet.ca; Internet www.rsfq.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
INTRODUCTION	3
PRÉSENTATION DES SAGES-FEMMES ET DE LEUR PRATIQUE	4
LE REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC (RSFQ)	4
LA PROFESSION SAGE-FEMME	5
AVANTAGES LIÉS À LA PRATIQUE SAGE-FEMME	6
L'EXERCICE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	7
MAISONS DE NAISSANCES	8
CONTRIBUTION AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	9
LE PROJET DE LOI 127	11
RECOMMANDATIONS DU RSFQ	11
RECOMMANDATION 1 :	12
Modification de l'article 129 portant sur la composition des conseils d'administration des instances locales	
RECOMMANDATION 2	16
Modification de l'article 133.2 portant sur la désignation des nouveaux membres des conseils d'administration des instances locales	
RECOMMANDATION 3 :	16
Modification de l'article 159 portant sur la vice-présidence du conseil d'administration	
RECOMMANDATION 4 :	17
Modification de l'article 397 portant sur la composition des conseils d'administration des agences	
RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES SUR LE PROJET DE LOI N° 127	18
CONCLUSION	19
RÉFÉRENCES	20

INTRODUCTION

Très tôt dans l'histoire de leur renaissance au Québec, les sages-femmes ont souhaité la légalisation de leur profession afin que leurs services soient accessibles à toutes les femmes qui le désiraient, et ce, partout au Québec. Depuis 1994, date de la mise en place des projets-pilotes pour l'évaluation de la pratique sage-femme, celles-ci se sont montrées diligentes dans l'intégration de leur réalité dans le système de santé québécois. Naviguant de résistances en ouvertures, elles doivent se battre encore aujourd'hui pour être reconnues comme des actrices essentielles du Réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS). Le modèle unique de pratique et d'organisation des équipes gagne à être connu. Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) est persuadé que ce modèle contient des solutions pour l'organisation de tous les services de première ligne.

Les sages-femmes s'attendaient sans aucun doute à devoir rencontrer quelques résistances, mais sont étonnées de constater que le plus grand obstacle reste encore celui de la non-reconnaissance ou peut-être de la méconnaissance des décideurs qui ne nous permet pas de contribuer pleinement au système de santé. Le Projet de loi n° 127 en est un bon exemple. Les sages-femmes se retrouvent mises de côté : on leur enlève le droit de participer au conseil d'administration de leur établissement. Il est important pour le RSFQ d'être entendu sur la question. Nous vous présentons nos recommandations de modifications au Projet de loi n° 127, afin de maintenir la place qui a été reconnu aux sages-femmes depuis la législation de leur pratique.

Afin de bien situer les membres de la commission, nous présenterons brièvement le RSFQ, la profession sage-femme et sa participation dans le RSSS. Nous exposerons ensuite nos recommandations au sujet de la place des sages-femmes au sein des conseils d'administration, des instances locales et auprès des agences de santé et de services sociaux. Nous terminerons par des commentaires d'ordre général concernant le Projet de loi n° 127.

PRÉSENTATION DES SAGES-FEMMES ET DE LEUR PRATIQUE

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.

MISSION

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

Considérant sa mission, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec présente ses recommandations à l'égard du Projet de loi n° 127, *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*.

En premier lieu, il importe toutefois de rappeler les principales caractéristiques de la profession de sage-femme ainsi que des éléments essentiels touchant les conditions de pratique des sages-femmes dans le réseau public de la santé du Québec.

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-femmes¹, 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 6 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. Son travail s'appuie sur la continuité relationnelle.

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

PHILOSOPHIE

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 leur 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.²

¹ L.R.Q., c. S-0.1

² Regroupement Les Sages-femmes du Québec (1997) et Ordre des sages-femmes du Québec (2002)

AVANTAGES ASSOCIÉS À LA PRATIQUE

Les résultats de la recherche publiée en 1997 ³ ont démontré que les sages-femmes offrent des soins de qualité. 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.

Ces résultats ont des impacts directs sur la santé et les coûts.

▪ Quatre fois moins d'induction	5,5 %	vs	23,6 %
▪ Quatre fois moins de forceps bas	1,4 %	vs	4,1 %
▪ Huit fois moins de ventouses	1,7 %	vs	10,2 %
▪ Cinq fois moins d'épisiotomies	5,8 %	vs	32,1 %
▪ Deux fois moins de césariennes chez les nullipares	10,8 %	vs	19,8 %
▪ Quatre fois moins de césariennes chez les multipares	1,4 %	vs	6,8 %

Pour le même type de grossesses à bas risque, on note aussi :

▪ Deux fois moins de prématurité	2,9 %	vs	5,7 %
▪ Près de deux fois moins de bébés de faible poids	1,6 %	vs	2,9 %
▪ Trois fois moins d'hospitalisations en cours de grossesse	3,3 %	vs	10,3 %

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997) *Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. Rapport final et recommandations*, p. 41 à 44.

CONTRAT DE SERVICES

Selon l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, « *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.* »⁴

STATUT DANS L'ÉTABLISSEMENT

La Loi 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* ». ⁵

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 Loi 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 l'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. »⁶

⁴ L.R.Q., c. S-4.2

⁵ Idem

⁶ Idem

LES MAISONS DE NAISSANCE

« La maison de naissance est un endroit où la femme vient pour son suivi complet de maternité assuré par une sage-femme. [...] et pour les différents services leur permettant de développer leur capacité et leur confiance de porter un enfant, de lui donner naissance et d'en prendre soin ».⁷

Les maisons de naissance sont des infrastructures des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) dédiées à la périnatalité de première ligne, dans lesquelles devraient être installés des services de sage-femme, des services en périnatalité du réseau local de services et des activités communautaires.

L'organisation de chaque maison de naissance doit répondre aux besoins de la population en tenant compte des ressources existantes dans le réseau local de services.

Environ 80% des femmes ayant un suivi avec une sage-femme privilégient une des neuf maisons de naissance du Québec comme lieu d'accouchement.

UN MILIEU DE FORMATION UNIVERSITAIRE

Les maisons de naissance offrent aux étudiantes sages-femmes un lieu de stage privilégié et essentiel pour observer et participer aux suivis ainsi qu'aux accouchements spontanés et normaux sous la supervision de sages-femmes expérimentées.

Elles sont aussi un lieu de stage pour plusieurs résidents en médecine familiale ou infirmières en formation, ce qui leur permet d'être en contact avec le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'adaptation postnatale en tant qu'évènements de vie normaux, en dehors du contexte hospitalier. Cela a aussi un impact sur la diminution des interventions obstétricales, priorité de la Politique de périnatalité 2008-2018.⁸

⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002) *La sage-femme : une professionnelle de la santé*.

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008) *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*.

CONTRIBUTION AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

De 2000 à 2009, le nombre annuel de naissances au Québec est passé de 72 000 à 87 240 soit un taux d'accroissement de 21%.⁹

La prévision d'une pénurie de ressources en obstétrique a été largement démontrée et malheureusement, elle s'actualise présentement dans plusieurs régions du Québec, compromettant ainsi l'accessibilité des services aux femmes enceintes. Des sages-femmes formées et compétentes sont disponibles et prêtes à relever ce défi. Là où elles sont implantées, les équipes de sages-femmes démontrent qu'elles sont efficaces et qu'elles atteignent les standards de qualité de soins et de services à la population, avec un haut taux de satisfaction des usagères, comme en font foi les rapports d'agrément des établissements où elles exercent.

La Politique de périnatalité 2008-2018 prévoit d'ailleurs le développement des services de sages-femmes « afin que d'ici 10 ans elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes » (p. 137)¹⁰

EFFICIENCE PAR LA SIMPLIFICATION DES RESSOURCES

Les sages-femmes offrent des services du début de la grossesse à six semaines postnatales. Une équipe de deux sages-femmes est attribuée à chaque femme afin d'offrir une disponibilité 24/7 durant tout son suivi. Deux sages-femmes sont présentes à chaque accouchement. Lors des accouchements, les services d'infirmières, d'anesthésistes, de pédiatres, de médecins omnipraticiens ou spécialistes ne sont pas requis sauf en situation de transfert.

Les sages-femmes contribuent ainsi à répondre à un autre objectif de la politique périnatale : « Améliorer l'offre de service en périnatalité et renforcer l'utilisation de la première ligne pour le suivi prénatal » (p. 135)¹¹

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010) *Fichier des naissances vivantes*.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008) *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*

¹¹ Idem

UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES ET DIMINUTION DES INTERVENTIONS

La disponibilité des équipes de sages-femmes et le lien privilégié développé avec les femmes sont les clés dans la qualité des services offerts ainsi que dans la prévention et le dépistage de situation pathologiques. S'en suit une réduction à l'intérieur du réseau de la santé de l'utilisation des ressources matérielles et humaines soit, moins d'hospitalisations pendant la grossesse; moins de consultations aux urgences; moins d'hospitalisations pour l'accouchement; moins de césariennes; moins de forceps; moins de ventouses; moins de prématurité; moins de retard de croissance. Les sages-femmes font la promotion réussie d'une approche physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, en accord avec l'actuelle politique périnatale. (p. 138)¹²

¹² Idem

LE PROJET DE LOI N^o 127

Pour faire suite au dépôt du Projet de loi n^o 127 *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec souhaite émettre ses recommandations.

RECOMMANDATIONS DU RSFQ

Les recommandations du Regroupement Les Sages-femmes du Québec concernent d'une part la composition des conseils d'administration des instances locales et d'autre part, celle des conseils d'administration des Agences de santé et de services sociaux.

Ainsi, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec émet quatre recommandations dont les deux premières concernent le maintien d'un siège pour une représentante du conseil des sages-femmes au conseil d'administration des instances locales, alors que la troisième vise à souligner une omission dans les articles concernant la vice-présidence, et que la quatrième vise l'obtention d'un siège au conseil d'administration des Agences de santé et de services sociaux.

Aux fins de compréhension, lorsque nous faisons référence aux nouveaux articles de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, il faudra comprendre qu'il s'agit de l'article de cette loi pour lequel une modification est proposée par le Projet de loi n^o 127.

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec souhaite ardemment que ses recommandations soient prises en compte. Le présent document s'élabore à partir de préoccupations fondées et réelles qui motivent ces demandes.

RECOMMANDATION 1 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 129 PORTANT SUR LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES INSTANCES LOCALES

Le RSFQ demande une modification au nouvel article 129 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux touchant la composition des conseils d'administration des instances locales afin qu'une représentante du conseil des sages-femmes ait une place désignée au conseil d'administration des instances locales où elles exercent leur profession.

Le RSFQ recommande donc que soit modifié le nouvel article 129 par l'ajout à l'article 6 de ce qui suit :

« de quatre **ou cinq personnes, si le sous-paragraphe b trouve application**, issues de la communauté interne de l'établissement dont :

b) une personne désignée par et parmi les membres du conseil des sages-femmes de l'établissement, le cas échéant;

et conséquemment, les sous-paragraphe b, c, et d, proposés dans le projet de Loi deviennent les sous-paragraphe c, d, et e, avec les références correspondantes.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET LES SAGES-FEMMES NE PEUVENT SE PERMETTRE UN REcul.

En 2005, lors de la modification en profondeur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la présence sage-femme sur le conseil d'administration a été maintenue. Or en 2011, en voulant réduire le nombre de personnes au sein des conseils d'administration, on éliminerait la présence d'une représentante du conseil des sages-femmes, alors que les services de sage-femme font justement partie des services de première ligne qui sont à consolider pour répondre aux besoins accrus des familles de chaque territoire de CSSS. Il s'ensuivrait ainsi une perte d'une voix importante visant à faire connaître les besoins de la population qu'elle dessert et la perte d'une expertise dans la contribution au développement des services de première ligne pour toute la population.

En effet, la présence d'une sage-femme au conseil d'administration des établissements où elles exercent est essentielle afin de faire connaître davantage les services qu'elles offrent et les développer en fonction d'une vue d'ensemble des besoins de la population du territoire et de concert avec tous les acteurs du réseau local. De plus, comme nous le démontrerons plus loin dans ce document, l'expérience des sages-femmes dans la dispensation des services de première ligne est un atout important pour le conseil d'administration face aux nombreux défis qu'il rencontre.

Il est toujours pertinent et essentiel de maintenir cette présence au sein des conseils d'administration des établissements dans lesquels elles exercent leur profession, car tant les établissements que les sages-femmes ne peuvent se permettre un tel recul. Avec tous les défis rencontrés par les instances locales, il est important que toutes les expertises soient mises à contribution.

LE NÉCESSAIRE APPORT DES SAGES-FEMMES DANS L'EXERCICE DES MANDATS CONFIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

En raison de leur formation et leur expérience, les sages-femmes sont à même de participer activement à la définition du projet clinique et organisationnel dont l'instance locale est responsable d'établir pour sa population ainsi qu'à la gestion des services offerts à la population.

L'identification des besoins socio sanitaires et des particularités de la population

Selon la Loi sur les services de santé et de services sociaux, l'instance locale définit un projet clinique et organisationnel pour le territoire de son réseau en fonction de l'identification des besoins socio sanitaires et des particularités de la population qu'elle a à desservir, et ce, en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci. (article 99.5, alinéa 1)¹³

Les sages-femmes peuvent et doivent participer à l'identification des besoins de la population. Elles ont un apport indéniable auprès des jeunes familles et de la clientèle 0-5 ans, particulièrement lors de la grossesse et de la venue au monde d'un enfant. Du fait que les suivis s'échelonnent sur une période d'un an, que les familles reviennent en suivi en général plus d'une fois, et qu'elles sont fréquemment en contact avec la famille élargie, les sages-femmes sont à même de connaître les besoins présents pour l'ensemble de la population. De plus, devant se rendre à domicile pour toutes les familles en suivi, elles sont au fait des impacts liés à la réalité socio-économique de celles-ci. Comme elles se déplacent sur tout le territoire du CSSS, elles connaissent bien les ressources communautaires et professionnelles présentes. Elles sont aussi capables de bien comprendre les différentes problématiques rencontrées et leurs impacts, tels la violence conjugale, les problèmes de santé mentale, la pauvreté, l'immigration, etc. Elles peuvent donc participer activement aux travaux du conseil d'administration et contribuer à développer son approche populationnelle.

La formation des sages-femmes axée sur les sciences de la santé, mais également sur les dimensions psychologiques, sociales et humaines, fait d'elles des ressources précieuses en ce qui concerne le développement d'une vision de santé globale, de promotion de la santé et de responsabilisation de la population en regard de sa santé et des services de santé. Travaillant auprès d'une population en santé, elles apportent une expertise différente dont le conseil d'administration doit pouvoir bénéficier.

¹³ L.R.Q., c. S-4.2

L'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population

Les services de première ligne sont la responsabilité première des instances locales. À cette fin, elles doivent consolider et renforcer les services existants afin de répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité de l'allocation des ressources en fonction du champ de compétences de chacun et des coûts générés.

Le maintien à domicile est sans conteste un des défis importants à relever. Les coûts d'hospitalisation et d'hébergement ne cessant de croître, il devient urgent de mettre en place des services efficaces de maintien à domicile. En plus de diminuer les coûts dans le réseau, ces services lorsqu'ils sont bien rendus augmentent la satisfaction des usagers.

La conception et le développement de services à domicile exemplaires peuvent être enrichis par l'expertise acquise par les sages-femmes en ce domaine. En effet, elles ont contribué à mettre en place les services d'accouchement à domicile ainsi que le suivi à domicile des mères durant la période postnatale avec une petite équipe tout en assurant également des services 24/7 pour les suivis de grossesse, l'assistance lors du travail et la pratique des accouchements.

Les sages-femmes sont à même de connaître les possibilités et les limites du réseau de soutien familial et communautaire, et ce, à toutes les étapes de la vie. En effet, le soutien devant être apporté aux nouveaux parents lors de la naissance d'un enfant permet de constater les forces et les faiblesses du tissu social autour de la famille et les possibilités de soutien intergénérationnel.

Les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du réseau

Formant une petite équipe devant offrir des services sans interruption dans un contexte d'imprévisibilité temporelle, les sages-femmes sont mises au défi de développer des modes d'organisation efficaces.

Les services de sage-femme étant des services de première ligne en complémentarité avec les autres services, celles-ci ont vécu la réalité de la collaboration à établir avec les différents partenaires professionnels et communautaires. Elles ont également acquis au fil des ans une expertise en ce qui concerne les trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne et les nécessaires ententes de services à établir, ainsi que le suivi de celles-ci. Cette connaissance et cette expérience doivent être mises à profit pour enrichir les discussions des administrateurs du conseil d'administration, et les sages-femmes doivent être partie prenante des décisions concernant la gestion des services mis à la disposition de la population du territoire.

En légalisant la profession de sage-femme, le gouvernement du Québec a démontré sa volonté d'intégrer ces professionnelles au réseau de la santé et des services sociaux en prévoyant toutes les dispositions législatives leur permettant une appartenance pleine et entière dans ce réseau et il convient de les maintenir.

UN CONSEIL PROFESSIONNEL DEVANT ÊTRE REPRÉSENTÉ AU MEME TITRE QUE LES AUTRES.

Selon la Loi sur les services de santé et de services sociaux, 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 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. Comment peut-on envisager une telle option?

Par ailleurs, le législateur a confié au conseil d'administration des mandats en regard de la pratique des sages-femmes. Ainsi, il doit conclure des contrats de service avec les sages-femmes et il exerce des responsabilités de nature clinique touchant leur pratique. Il est donc primordial que les sages-femmes siègent sur le conseil d'administration comme elles sont en possibilité de le faire jusqu'à maintenant.

Même si le nombre de sages-femmes est encore relativement petit et que leurs services ne sont pas encore offerts dans toutes les régions du Québec, il est d'autant important de tenir compte de leur rôle, de leur expertise et de leur contribution. Partout où elles exercent, les sages-femmes assument pleinement les responsabilités qui leur sont dévolues en tant qu'administratrice de l'instance locale et souhaitent pouvoir continuer à y contribuer.

Le conseil des sages-femmes doit être un partenaire à part entière de l'instance locale et en conséquence, être un membre votant du conseil d'administration.

RECOMMANDATION 2 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 133.2 PORTANT SUR LA DÉSIGNATION DES NOUVEAUX MEMBRES DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES INSTANCES LOCALES

Le RSFQ recommande que soit ajouté au paragraphe 3° de l'article 133.2 entre les segments un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou un conseil des infirmières et infirmiers, les mots suivants : «**ou un conseil des sages-femmes**».

Faisant suite à sa première recommandation, le RSFQ demande qu'un membre désigné par et parmi les membres du conseil des sages-femmes puisse siéger au conseil d'administration de l'instance locale lorsqu'un conseil des sages-femmes est créé dans cette instance.

RECOMMANDATION 3 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 159 PORTANT SUR LA VICE-PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le RSFQ tient à souligner à la commission l'omission faite dans le présent projet de loi de la sage-femme. En effet, compte tenu du statut administratif des sages-femmes à l'effet qu'elles ne sont pas des employées de l'établissement mais bien qu'elles exercent à contrat de services pour celui-ci, il est nécessaire d'ajouter à l'article 159 les mots suivants : « un pharmacien **ou une sage-femme** »

RECOMMANDATION 4 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 397 PORTANT SUR LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES AGENCES

Le RSFQ demande une modification à l'article 397 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* touchant la composition des conseils d'administration des agences, afin qu'une représentante des conseils de sages-femmes du territoire de l'agence ait une place désignée au conseil d'administration de l'agence où elles exercent leur profession.

Le RSFQ recommande donc que soit modifié l'article 397 avec l'ajout entre les paragraphes 3 et 4 de ce qui suit :

« et le cas échéant, une personne membre d'un conseil des sages-femmes exerçant sur le territoire régional choisie à partir d'une liste de noms fournie par le conseil ou l'ensemble des conseils de sage-femme de la région »

L'agence étant responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel contenant notamment :

« 2^e un état des besoins socio sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;[...]

*4^e les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population; »*¹⁴

De plus, il est prévu dans la Politique de périnatalité (2008-2018) adoptée par le gouvernement que les agences sont responsables, d'« *Élaborer un plan de développement régional des services médicaux (PREM) en tenant compte des besoins en obstétrique et dresser le portrait des effectifs requis (médecins et sages-femmes) en fonction des objectifs fixés* » (p. 9)¹⁵

On y dit aussi dans l'article 346.1 de Loi sur les services de santé et de services sociaux que :

*« Aux fins d'élaborer son plan stratégique, une agence doit [...] mettre à contribution les établissements et les organismes communautaires de sa région et s'assurer de la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux. »*¹⁶

¹⁴ Projet de loi n° 127 article 50, p.15-16

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008) *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*

¹⁶ L.R.Q., c. S-4.2

Comment peut-on prendre des décisions éclairées à l'égard de la planification des services de première ligne en périnatalité et en obstétrique si les sages-femmes dont le champ de compétences concerne précisément ces questions sont absentes des lieux décisionnels?

La politique de périnatalité, qui trace les grandes orientations nationales en matière de périnatalité, fait pourtant état de l'importance de développer les services de première ligne en prenant en compte la pratique des sages-femmes. L'absence d'une représentation sage-femme dans ces instances se fait cruellement sentir à l'heure actuelle. La présence des sages-femmes aurait pour effet d'enrichir les discussions et les prises de décision en regard des principaux enjeux actuels, notamment la rupture des services à laquelle font actuellement face de plus en plus de régions. La crise en obstétrique est bel et bien réelle. Comme société, nous ne pouvons nous permettre le luxe de nous priver des ressources qui peuvent concourir à mettre en place des solutions aux problèmes vécus.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES SUR LE PROJET DE LOI N° 127

La gouvernance au sein du réseau de la santé devrait prévoir un partage des responsabilités entre les instances locales, les agences et le Ministère de la Santé et des Services sociaux de façon à éviter les doublons, et ce, afin d'être plus efficace dans la mise en place des services.

Ce projet de loi aurait aussi avantage à être révisé pour tenir compte de la nécessité de pouvoir adapter les services aux besoins de la population sur un territoire local. Tout en tenant compte des orientations nationales et régionales, un établissement doit pouvoir bénéficier d'une certaine marge de manœuvre pour pouvoir répondre à des besoins spécifiques présents chez la population de son territoire ou pouvoir mettre en œuvre des projets novateurs lorsque les moyens mis en place n'atteignent pas les résultats escomptés. La nécessité de programmes structurés respectant les orientations nationales ne doit pas se solder par « un mur à mur » qui ne permet plus l'émergence de nouvelles solutions face aux nombreux défis rencontrés en santé.

De plus, nous sommes d'avis que la participation citoyenne est essentielle dans la définition des services et que le public gagne à s'engager et à se responsabiliser envers tous les aspects de sa santé. Le projet de loi actuel ne tient pas compte de cet aspect. L'abolition du forum régional des citoyens répond sans doute à des expériences négatives vécues en regard de cette structure, mais le projet de loi actuel ne propose aucune nouvelle avenue permettant, et de prendre en compte les besoins exprimés par les citoyens, et d'entendre officiellement leurs points de vue sur des sujets cruciaux.

CONCLUSION

Par le présent document, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec espère avoir fourni un éclairage essentiel sur la présence des sages-femmes dans le Réseau de la santé et des services sociaux. Le travail qu'accomplissent les sages-femmes est exemplaire à plusieurs niveaux. Dans les limites de leur champ de pratique, les sages-femmes peuvent atteindre la totalité des objectifs de la politique de périnatalité 2008-2018, et y arriver avec une efficacité remarquable si on leur en donne les moyens. Nous croyons que le système de santé québécois ne peut se priver de l'apport de ces professionnelles dans l'organisation et la distribution des services de première ligne. La profession entre actuellement dans une phase de déploiement importante. Les sages-femmes sont plus que jamais disposées à participer à l'amélioration de la santé de la population québécoise. Le Projet de loi n° 127 tel que proposé constituerait un obstacle à l'apport de notre profession dans le Réseau. Nous demandons donc les modifications suivantes :

- Modification de l'article 129 portant sur la composition des conseils d'administration des instances locales afin que les sages-femmes puissent faire partie du conseil d'administration de l'établissement et conséquemment, de l'article 133.2 portant sur la désignation des nouveaux membres des conseils d'administration des instances locales.
- Modification de l'article 159 portant sur la vice-présidence du conseil d'administration.
- Modification de l'article 397 portant sur la composition des conseils d'administration des agences afin d'y inclure la présence des sages-femmes.

Le RSFQ porte une vision d'un système de santé québécois à l'écoute de la diversité des besoins de sa population et ouvert à la participation citoyenne dans l'organisation des soins et des services. Nous croyons que les maisons de naissance, avec leurs particularités régionales, démontrent qu'il est possible d'être à la fois près des gens et en lien fort avec les politiques gouvernementales.

Notre modèle de pratique est envié partout dans le monde; plusieurs pays et provinces souhaitent importer notre modèle d'organisation. À l'échelle mondiale, les sages-femmes sont reconnues comme actrices essentielles de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement fixés par l'Organisation des Nations unies (ONU)¹⁷ afin d'améliorer la santé maternelle et infantile. Le Québec ne peut pas se permettre de fermer la porte à un groupe de professionnelles aussi dynamique que les sages-femmes, qui déploient autant d'efforts à satisfaire à la fois la population et les exigences des instances démocratiques en place, et qui atteignent avec brio les objectifs nationaux en matière de santé et d'économie.

¹⁷ ONU. OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT (2011)

RÉFÉRENCES

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les sages-femmes* : L.R.Q., chapitre S-0.1: à jour au 1^{er} février 2011, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CQ.html]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : L.R.Q., chapitre S-4.2: à jour au 1^{er} février 2011, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html]

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi N° 127 Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, 2010, Éditeur officiel du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. Rapport final et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 41 à 44, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des naissances vivantes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La sage-femme : une professionnelle de la santé*, [En ligne], 2004, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-816-02.pdf>]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux 163 p., 2008.

ONU. OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT *Objectifs 3, 4 et 5*, [En ligne], 2011 [<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>]