



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

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

Le mardi 12 décembre 1989 — No 5

Président : M. Jean-Pierre Saintonge

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec (APPASQ)	CAS-219
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec	CAS-230
Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais	CAS-244
Section du Québec du Collège des médecins de famille du Canada	CAS-250
Conclusions	
M. Denis Lazure	CAS-256
M. Marc-Yvan Côté	CAS-256

Autres intervenants

Mme Pauline Marois, présidente

M. Guy Chevette

Mme Cécile Vermette

M. Henri Paradis

Mme Denise Carrier-Perreault

M. Jean A. Joly

* Mme Jacinthe Lévesque, Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec

* Mme Marjolaine Piquette, idem

* M. André Aubry, Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

* M. Robert Marier, idem

* Mme Louise Lafond, idem

* M. Gérard Cournoyer, idem

* Mme Géraldine Hutton, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

* Mme Colette Trent, idem

* Mme Thérèse Maloney, idem

* Mme Jocelyne Gad bois, idem

* Mme Marie-Claude Desjardins, idem

* M. Viateur Lalonde, Section du Québec du Collège des médecins de famille du Canada

* M. Jean-Pierre Despins, idem

* M. Alain Pavilanis, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

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

Chèque rédigé au nom du ministre des Finances et adressé à:
Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1060, Conroy, R.-C. Édifice "G", C.P. 26
Québec, (Québec)
G1R 5E6 tél. 418-643-2754

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Le mardi 12 décembre 1989

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

(Douze heures sept minutes)

La Présidente (Mme Marois): Si les membres de la commission veulent bien prendre leur siège, nous allons reprendre nos travaux. Je vous souhaite la bienvenue à la reprise de nos travaux ce matin. Nous poursuivons les consultations particulières dans le cadre de l'étude du projet de loi 4 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

Avant de démarrer nos travaux j'aimerais constater que M. MacMillan, député de Papineau, remplace le député de Rimouski. C'est bien cela? Est-ce qu'il y a d'autres remplacements à signaler?

La Secrétaire: Non, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): Non. Alors, nous pouvons procéder. Notre ordre du jour prévoit aujourd'hui l'audition de quatre groupes, en commençant par l'Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec. On poursuivra, au début de l'après-midi, avec l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, suivie du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, pour terminer avec la section Québec du Collège des médecins de famille du Canada.

Voilà! J'inviterais maintenant l'Alliance des professionnels en pratiques alternatives de santé du Québec à venir prendre place, s'il vous plaît, à l'avant.

Je vous répète nos règles du jeu. Peut-être que vous n'étiez pas là, la semaine dernière. On prend environ une heure pour couvrir chacun des mémoires. Certains mémoires prennent moins de temps, évidemment. Je faisais le décompte ce matin, on a déjà entendu 21 groupes ou personnes, la semaine dernière. Bien sûr, on a clarifié un certain nombre de questions. On peut prendre avec certains groupes un peu moins que l'heure, mais on essaie de prendre autour d'une soixantaine de minutes par présentation: une quinzaine de minutes de votre part, le reste du temps étant alloué aux questions du ministre et des députés, tant du côté du gouvernement que de l'Opposition.

Mme Lévesque, qui êtes la présidente-directrice générale, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent, s'il vous plaît.

APPASQ

Mme Lévesque (Jacinthe): Merci beaucoup, Mme la Présidente. M. le ministre, mesdames les députées, messieurs les députés, j'aimerais vous présenter l'équipe porte-parole du regroupement que nous sommes aujourd'hui. À ma droite, vous

avez Mme Colette Harrison, sage-femme diplômée. À ma gauche, vous avez Mme Marjolaine Piquette, sage-femme diplômée et moi-même, Jacinthe Lévesque, présidente de l'Alliance.

Je prends peut-être quelques instants au début, pour présenter l'organisme que nous représentons aujourd'hui, qui est un regroupement de différents professionnels en pratiques alternatives de santé, notamment la pratique sage-femme, qui est une des sept pratiques que nous représentons et que nous avons, avec beaucoup de cœur, voulu faire avancer jusqu'à ce jour.

Comme le mémoire le souligne, je m'abstiendrai de lire textuellement le mémoire, parce que je pense que vous en avez bien pris connaissance. Nous allons plutôt nous attarder aux différentes recommandations et pouvoir répondre, de part et d'autres, à vos questions sur les mécanismes d'intégration de la pratique sage-femme que nous proposons à cette étape-ci de notre démarche.

Il faut peut-être souligner aussi que l'organisme que nous représentons est une structure qui se distingue principalement par un critère, c'est-à-dire que l'accès à l'Alliance des professionnels se fait selon des critères et des standards professionnels. Dans la plupart de nos pratiques, nous nous sommes fiés à différents standards professionnels de compétence, qui existent. Pour la pratique sage-femme, il est bien entendu que nous avons utilisé les standards internationaux qui sont un critère que vous avez sûrement entendu beaucoup de fois dans les différentes présentations que vous avez pu entendre jusqu'à ce jour. Alors, pour nous, c'est très clair que la pratique sage-femme est une pratique parmi tant d'autres dans le circuit, si on veut, des pratiques alternatives et elle est importante pour des raisons qu'on pourra vous donner tout à l'heure, dans la partie plus spécifique du dossier sages-femmes.

Alors, je me permets de commenter à brûle-pourpoint un peu les différents commentaires généraux que notre organisme a porté à l'égard du projet de loi 156, qui considère la pratique sage-femme vue selon l'optique des différents projets-pilotes. Pour nous, il est bien clair que la volonté ministérielle de déjà se pencher sur le dossier sages-femmes est quand même un degré d'expression de conscience sociale qui est très considérable pour nous et, avec tout le processus aussi rétroactif qu'on a pu voir du dossier sages-femmes, il nous apparaît qu'à cette étape-ci du dossier, la pratique sage-femme mériterait d'être encadrée non pas sous le format projets-pilotes mais que la reconnaissance de la pratique sage-femme devrait être un fondement, devrait être un critère solidement ancré et ce qui nous

apparaît comme sujet à des projets-pilotes, ce serait beaucoup plus les différentes modalités d'intégration de la pratique sage-femme. Je pense qu'il y a une nuance. Pour nous, c'est fondamental dans la prise de position qu'on vous présente ce matin. La pratique sage-femme mérite ou devrait être reconnue comme une pratique autonome et ce qui pourrait être évalué à l'aide de différents projets-pilotes, ce sont les **différentes** façons d'intégrer la pratique sage-femme dans le réseau existant. Ça, je pense que pour nous c'est très important.

Deuxième commentaire pour nous ce matin. À travers l'analyse aussi du réseau de santé au Québec, et aussi à l'analyse sociologique de la conjoncture financière de la situation de la santé, non seulement au Québec mais un peu sur le plan international, il va de soi pour nous que le réseau sages-femmes devrait s'intégrer dans une structure déjà existante, c'est-à-dire l'utilisation des ressources existantes. Et je me permets de faire une parenthèse quand même intéressante pour nous, c'est que nous, on est tout à fait convaincus que le réseau des CLSC pourrait être facilement utilisé et cela, sans ajout de coûts supplémentaires au fardeau financier que pourrait représenter l'intégration de la pratique. Alors, pour nous, c'est quand même fondamental et toute notre optique, toute notre analyse a été basée en fonction de l'intégration de la pratique sage-femme via le réseau des CLSC.

Évidemment, le projet de loi 156 tient compte beaucoup aussi du réseau hospitalier mais nous, je pense qu'on positionne le dossier sages-femmes un peu à l'autre bout de la lunette, c'est-à-dire que la partie de la pratique sage-femme qui nécessite ou qui pourrait nécessiter de se faire en centre hospitalier est probablement la partie la plus courte du processus, du suivi qu'une sage-femme peut accorder. Alors nous, on pense que la pratique sage femme aurait beaucoup plus de chances de survivre si elle était d'emblée intégrée au réseau des CLSC. c'est à dire toute la partie, toute la définition, autant la définition internationale de la pratique sage femme que les sept ou huit fonctions que le projet de loi veut bien donner aux sages-femmes. Ce sont toutes des fonctions qui, à ce moment ci, pourraient très bien se faire dans le réseau existant. Lorsqu'on parle de soins prénataux, de cours prénataux, de "counseling" de couples, toute l'infrastructure des CLSC existante pourrait très facilement loger sans coût supplémentaire toute l'infrastructure.

Évidemment, un troisième commentaire non moins important, c'est-à-dire que la pratique sage-femme, telle que définie dans le projet de loi va sûrement avoir une difficulté majeure, parce que la déréglementation, l'article 2 qui donne quand même la possibilité aux sages femmes de faire l'accouchement et de faire tous

les actes définis, rentre un peu en contradiction, pour ne pas dire en conflit, avec une loi qui est déjà existante et qui est comprise dans la loi médicale. Alors, tant que cette situation ne se sera pas clarifiée, il va être très difficile pour les sages-femmes d'être capables de travailler de façon fonctionnelle dans le réseau, autant au niveau des centres hospitaliers qu'au niveau des CLSC. C'étaient nos trois points principaux.

Une autre optique aussi qu'il faut quand même souligner, c'est que la pratique sage-femme a été vue, a pris beaucoup de place au niveau de la place publique et je pense qu'il faut être très vigilant en ce qui concerne l'ampleur de la demande réelle de la pratique sage-femme. C'est très évident que c'est en demande, mais si l'application du projet de loi se continue tel qu'il est, je pense qu'on risque d'augmenter une demande ou de créer un nouveau besoin qu'on ne pourra pas satisfaire à très court terme. Ça va engendrer des coûts supplémentaires et nous allons créer un nouveau besoin. Alors que c'est peut-être plus conservateur et plus prudent de regarder la demande réelle à ce moment -ci. Lorsqu'on sait que le taux de natalité au Québec est quand même un des taux les plus bas, alors il faudrait peut-être considérer quand même en termes de priorité l'ampleur du dossier des sages-femmes par rapport aux besoins exprimés dans d'autres domaines des pratiques alternatives de santé.

Je me permets de passer tout de suite à la section "recommandations" que nous souhaiterions voir appliquer. En partie, il y a déjà des choses dans la recommandation qui semblent déjà en bonne voie. Première recommandation évidemment de notre organisme, c'est que le ministre de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire M. Marc-Yvan Côté, et les principaux intervenants dans le dossier de la pratique sage-femme, manifestent clairement leur intention que le gouvernement légifère et accorde un véritable statut professionnel à la pratique sage-femme, mais intégrée dans un regroupement de différents thérapeutes alternatifs, puisque la démarche de législation sera la même pour toutes les pratiques.

Également, que le ministre responsable de l'application des lois professionnelles, M. Savoie, de concert avec l'Office des professions, autorise la création d'une structure qui pourrait facilement encadrer les pratiques alternatives - ce que nous appelons notre corporation "parapluie" - qui régirait toutes les pratiques; alternatives et qui verrait à réglementer les conditions d'accréditation dans chacune des pratiques.

Évidemment, l'encadrement "parapluie" que l'on propose respecte quand même l'autonomie et l'intégrité de chacune des pratiques, c'est-à-dire que la pratique sage-femme, comme chacune des pratiques qui pourra être intégrée, aura le loisir de voir ses critères, de voir ses mécanis-

mes d'accréditation faits par l'expertise sage-femme dans le cas présent et aura aussi le loisir de travailler avec des gens qui ne sont que de cette profession. Ce qui est tout à fait raisonnable au niveau encadrement professionnel.

Aussi, une de nos recommandations, c'est que dans la période de transition, dans la période où nous sommes en train d'instituer des nouveaux mécanismes de collaboration avec les différentes corporations professionnelles et aussi avec les différents intervenants des instances gouvernementales qui pourront s'impliquer, on pense qu'un moratoire dans le temps, un moratoire limité pourrait être décrété, de sorte que le mécanisme de collaboration soit beaucoup plus facile. Je dirais même que le mécanisme d'identification des personnages au Québec qui ont une formation de sages-femmes soit rendu possible, parce que le phénomène de répression qui existe à ce moment-ci au niveau des pratiques alternatives et également pour le dossier sages-femmes, fait qu'on a même du mal à identifier les personnages qui sont de la pratique concernée.

Aussi, c'est bien évident qu'à travers tout le discours, ça revient toujours. Je pense que ça serait vraiment essentiel de calquer le modèle québécois au niveau des critères internationaux, c'est-à-dire que je pense que dans une société quand même évoluée où il y a eu des progrès de faits au niveau de l'humanisation des soins, tout ce qui touche le processus de la grossesse et de l'accouchement, il serait normal que, tout au moins, les critères internationaux soient respectés.

Évidemment, au niveau de l'accréditation de la pratique sage-femme, je pense que c'est là qu'on entre essentiellement dans le cœur du sujet, c'est-à-dire comment - à travers la pratique sage-femme, l'existence de professionnels sages-femmes - est-ce qu'on va être capable de niveler la formation et de faire en sorte que la liberté de choix des couples, des individus qui voudront se prévaloir des services des sages-femmes pourront être assurés, tout en assurant la protection du public?

Et c'est vraiment là, à notre sens, le cœur, l'essence même de toute la problématique du dossier sages-femmes. Et nous, on va privilégier plutôt une approche où, dans un premier temps, il suffirait d'identifier, d'une part, les sages-femmes qui ont une formation. Et, par définition dans la pratique ou dans la définition internationale de la pratique sage-femme, une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation dans le pays concerné.

Alors, ici au Québec, on sait qu'il y a eu une école de formation, une tendance de formation, si on veut, qui a été faite à l'Université Laval, fin des années soixante, début des années soixante-dix et les autres pratiquantes sages-femmes diplômées ont reçu leur formation à l'extérieur. Alors, dans un premier temps, on

suggérerait peut-être de voir à identifier les sages-femmes diplômées qui, selon des statistiques de nos consultants, pourraient être aux alentours de 110 à 130 personnes à avoir une formation de sages-femmes diplômées.

Selon les critères, aussi, de plusieurs écoles européennes, des gens qui ont une formation de sages-femmes diplômées et qui n'ont pas été en pratique, admettons, depuis plus de dix ans, on pourrait arriver à recycler ces gens-là, à parfaire leur formation facilement dans un délai de trois à six mois. Première stratégie au niveau des sages-femmes diplômées.

Et, pour le groupe de sages-femmes qui ont une formation autre ou qui ont de l'expertise, qui ont de l'expérience, et qui pourraient passer par un autre mécanisme d'accréditation qui serait celui de la reconnaissance des acquis et une fois ce processus d'accréditation fait, c'est un processus un peu plus exhaustif qui tient compte de tout l'inventaire des activités de la personne, toutes les situations d'apprentissage que la personne a pu avoir ailleurs que dans le réseau traditionnel de formation. Une fois qu'on aurait pu statuer et établir ce que l'autre groupe de sages-femmes ou l'autre clientèle sages-femmes possède comme formation à l'intérieur d'un exercice d'accréditation, là, il serait probablement facile d'établir un programme de formation pour celles qui n'ont pas nécessairement les fondements de base et un programme de recyclage aussi qui pourrait être mis sur pied pour l'autre groupe de sages-femmes.

Et quand vous lisez notre mémoire, ça se retrouve principalement à la fin de nos recommandations où nous suggérons qu'un programme de recyclage théorique et pratique à l'intention des sages-femmes soit institué. Et là, on pourrait retrouver aussi dans la pratique des sages-femmes diplômées et des sages-femmes autodidactes qui pourraient très facilement se retrouver dans une structure de formation.

Évidemment, l'autre recommandation, c'est que la loi des hôpitaux soit modifiée pour permettre aux sages-femmes professionnelles d'avoir le privilège d'exercer leur profession à l'intérieur de la corporation professionnelle des sages-femmes et, un peu comme tout autre professionnel, elles auraient un privilège ou des privilèges d'exercer l'accouchement dans les différents centres hospitaliers.

Alors, je pense que, brièvement, ça conclut la position générale, je dirais, de notre organisme au niveau du projet de loi 156. La plus grande faiblesse du projet, à notre sens, c'est qu'il ne donne aucune garantie de la reconnaissance de la pratique sage-femme au bout de cinq ans et aussi, le projet de loi, tel qu'il est, crée d'emblée deux catégories de sages-femmes, parce que le projet de loi ne tient aucunement compte de la venue des sages-femmes qui sont en pratique privée. Il ne tient compte que des

sages-femmes qui auraient l'occasion de travailler au niveau des différents projets-pilotes. Donc, tout de suite on partirait encore avec deux catégories de professionnels ce qui, à notre sens, affaiblit beaucoup la partie, l'intention première puisque, en partant, c'est un phénomène de dissension que ça crée alors qu'à cette étape-ci, je pense qu'on doit penser des mécanismes d'unification du réseau sages-femmes plutôt qu'un mécanisme de dissension.

Alors, je pense que ça fait un peu le tour de la question textuelle du projet de loi. Quelques commentaires, à part ça, qu'on peut peut-être ajouter: Nous pensons que la description du projet de loi, tel qu'il est fait, c'est-à-dire en partant essentiellement du centre hospitalier, c'est une structure qui va coûter beaucoup d'argent à l'État dans une période où on ne peut pas se permettre d'ouvrir encore plus la pratique et d'élargir les coûts associés à cette pratique.

Je pense qu'il faut vraiment voir ça dans un contexte culturel et sociologique. C'est peut-être mon âme de professionnelle en santé communautaire qui parle à cette étape-ci. Je pense qu'il faut tenir compte de la conjoncture économique et le réseau CLSC, avec toutes les infrastructures, toutes les accommodations, toutes les facilités qu'il peut avoir, je pense, pourrait, à court terme, être utilisé plutôt que de recréer au niveau des centres hospitaliers toute une infrastructure qui s'appelle centres de naissance, qui s'appelle maternité, peu importe l'appellation. À notre sens, ce serait peut-être plus intéressant de débiter dans une structure avec ce qu'on a comme ressources et, au fur et à mesure que le réseau pourra se développer, on pourra, à ce moment, voir différentes modalités d'application.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme Lévesque.

Mme Lévesque: Alors merci.

La Présidente (Mme Marois): Ça va? Ça fait le tour de la présentation. Il nous reste environ 35 minutes pour une période de questions. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme Lévesque. Si j'ai bien saisi le mémoire, il me paraît y avoir deux questionnements d'importance: le premier sur les sages-femmes et un deuxième bloc qui m'apparaît tout aussi important dans vos préoccupations sur les pratiques alternatives dont vous faites état à l'intérieur du mémoire, d'entrée de jeu d'ailleurs, de chacune des catégories.

Abordons la première, l'objet de la commission, et on ne tentera pas d'éviter la deuxième. On gardera ça pour le dessert de notre échange sur le plan des pratiques alternatives.

Vous dites, dans un premier temps: Il faudrait davantage reconnaître, à ce moment-ci.

la pratique légale de la sage-femme que de reconnaître des projets-pilotes, les projets-pilotes étant, quant à eux, davantage du ressort de la mécanique opérationnelle de cette situation qui est avant, pendant et après.

D'après tout ce que j'ai entendu - on en est à la quatrième journée, je sais que vous avez assisté vendredi - est-ce que vous croyez réaliste que, demain matin, on puisse en arriver à dire: On reconnaît demain matin, légalement, la pratique des sages-femmes sans expériences-pilotes, les expériences-pilotes étant davantage la mise en place du système de manière permanente et de voir de quelle manière ça va opérer? Est-ce que vous ne pensez pas que si on faisait ce que vous souhaitez, on se retrouverait devant des sages-femmes reconnues mais qui, en principe, ne pourraient pas pratiquer? C'est ça. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les gouvernements tentent d'en arriver à solutionner le problème; ça fait 15 ou 20 ans. Mais l'os a toujours été très clair là où vous le situez, vous aussi, et où tout le monde l'a situé. La naissance est un acte naturel d'abord. Ça peut, à l'occasion, être un acte médical. Si c'est un acte médical, dans ces conditions, dans le contexte actuel de nos lois, c'est le médecin qui doit intervenir et c'est là que se situe l'os. Tout le monde a convenu que lorsqu'il y a des accouchements normaux, il n'y a pas de problème, la sage-femme est parfaitement habilitée à faire le travail. Cependant, il faut bien admettre qu'il n'y a pas grand monde qui a fait la démonstration très claire devant cette commission qu'à partir du moment où il y a complications, il y a une urgence d'intervention au niveau des complications et qu'à ce moment-là on doit toujours être dans une situation où on puisse se référer à un médecin où qu'il y ait le support médical.

(12 h 30)

Mon opinion - elle est très personnelle, on verra ce qui se dégagera à la fin de la commission - c'est qu'on pourrait légaliser demain matin par une loi, mais, dans la pratique, il n'y aura pas de pratique, alors que les projets-pilotes permettraient de faire la démonstration, positive ou négative, je ne présume pas du résultat de l'expérience-pilote, qu'effectivement ça peut se passer, ça peut se passer en centre hospitalier, ça peut se passer en CLSC, comme vous le souhaitez maintenant, ce qui n'est pas le cas du projet de loi. J'ai l'impression qu'accepter votre position d'une reconnaissance légale dès maintenant de la pratique des sages-femmes ne ferait pas avancer le dossier, mais davantage le percuterait contre un mur difficile à défaire.

Mme Lévesque: Si vous me le permettez, M. le ministre, il y a peut-être une parenthèse que je me permettrais d'ouvrir. Notre organisme, tel qu'il est, on a quand même un code d'éthique et

de déontologie et, même si ça peut sembler différent de la définition de la pratique des sages-femmes internationale, nous, on a vraiment comme préoccupation d'humaniser le processus de l'accouchement - c'est une chose - mais on ne voudrait pas retourner à la pratique des sages-femmes de brousse pour aucune considération. Pour nous, c'est vraiment très important, même que ça fait partie de notre code de déontologie; les accouchements que nos sages-femmes font à l'intérieur du mouvement se font exclusivement dans un centre hospitalier. Je pense que c'est important de comprendre que, pour nous, s'il y a une urgence qui arrive durant l'accouchement, c'est très clair que notre sage-femme est sur place dans un centre hospitalier, mais ça n'empêche pas que tout le processus du "counseling", de consultation, soins prénataux, tout ce qui est autre que l'accouchement comme tel, peut se passer dans d'autres endroits que le centre hospitalier comme tel.

Il est bien évident que, lorsqu'on dit aussi reconnaître la pratique sage-femme, il faut quand même prévoir dans le temps des mécanismes d'intégration. Il faut quand même être réaliste, l'accréditation demain matin de la pratique sage-femme, je ne pense pas que ça permettrait à tout le monde de faire n'importe quoi n'importe comment. Dans ce sens, vous avez tout à fait raison de dire que ça ne ferait pas nécessairement avancer le dossier.

Avec une stratégie d'implantation et un calendrier raisonnable, si on prend de six à huit mois pour faire un recyclage des sages-femmes diplômées au Québec, je pense qu'à l'intérieur de ce délai, pendant que les sages-femmes seront en processus de recyclage, soit théorique, soit pratique, ce serait très plausible d'être capable de voir, au niveau de différents établissements de santé du Québec, l'intégration de la pratique sage-femme. Je vois très bien, au lieu de huit projets-pilotes dans différents centres hospitaliers qui en ont fait la demande, peut-être un projet-pilote par région sociosanitaire et que le CRSSS de chacune des régions sociosanitaires du Québec pourrait très bien déterminer comment les privilèges d'exercice de la pratique sage-femme se feraient dans les établissements, les centres hospitaliers de son territoire. Pour nous, c'est un mécanisme, une stratégie très plausible et qui semble être possible avec les ressources existantes.

M. Côté (Charlesbourg): Il y a toujours la notion d'avant, pendant et après. Ça semble assez clair sur l'avant et l'après et sur l'humanisation de tous ces soins, je pense que c'est unanime devant la commission, tout le monde en convient, une politique périnatale, tout le monde convient de ça.

J'aimerais que vous me précisiez davantage votre point de vue sur le pendant, puisque vous

nous dites que tous les accouchements devraient se faire en centre hospitalier. Si ça se fait en centre hospitalier, qui fait l'accouchement? Est-ce que c'est la sage-femme ou si c'est le médecin?

La Présidente (Mme Marois): Oui, Mme Lévesque.

Mme Lévesque: C'est la grande question. Je vais peut-être me permettre de laisser répondre une sage-femme, qui est peut-être meilleure porte-parole que moi à ce sujet.

La Présidente (Mme Marois): Mme Piquette.

Mme Piquette (Marjolaine): Je pense que, effectivement, ça doit être la sage-femme. Pour autant qu'on parle d'un accouchement qui va bien, qui se déroule dans la normalité et qu'on a fait ces convenances dans le cadre des projets, je pense que d'aider à la naissance de l'enfant, c'est également la tâche de la sage-femme. Advenant une complication, advenant un problème, je pense qu'on aurait le même mécanisme de recours qu'un autre généraliste qui viendrait à l'hôpital d'accoucher quelqu'un, de demander à un obstétricien-gynécologue en consultation ou le pédiatre, si c'est un problème au niveau du nouveau-né. Je pense qu'on suivrait la même procédure d'accompagnement à ce niveau.

M. Côté (Charlesbourg): Sauf que le seul hic... Si c'était aussi simple que ça, ça ferait longtemps que ça se ferait. Le seul hic, c'est que les médecins, entre eux autres, sont capables de se sentir mais je ne suis pas sûr, avec la démonstration qu'on a eue, qu'ils sont prêts à endurer les sages-femmes, du moins sur le plan des corporations. C'est là qu'est le hic. Parce que si cette solution-là avait été faisable, je pense qu'on serait déjà dans une situation où il y aurait un processus qui aurait reconnu la légalité de tout ça. Évidemment, pour nous, la préoccupation, c'est bien sûr, et comme la vôtre aussi, c'est la préoccupation de tout le monde, c'est la santé de la mère et du bébé qui est extrêmement importante, et c'est pour ça que vous allez à la fois plus loin et moins loin que ce qu'on a entendu. Plus loin dans la reconnaissance immédiate de la sage-femme, mais avec la précaution que ça doit se passer en centre hospitalier au niveau de l'accouchement, compte tenu que c'est à ce moment-là que peuvent intervenir des problèmes un petit peu plus importants. C'est une distinction qui est quand même assez importante par rapport à ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant et ça me paraissait important qu'on en discute.

Mme Lévesque, vous avez dit tantôt: Ça pourrait se faire dans les CLSC sans nécessairement avoir de coûts additionnels. Je comprends

un petit peu mieux maintenant parce que l'accouchement, dans tous les cas, se ferait en centre hospitalier. Je comprends un petit peu mieux, mais l'avant et l'après pourraient être des ressources de sages-femmes intégrées au niveau des CLSC, et vous nous dites: Sans que ça coûte d'argent additionnel. Expliquez-moi ça, moi, ça m'intéresse. Quand ça ne coûte pas d'argent additionnel puis qu'on donne plus de services, c'est très intéressant.

Mme Lévesque: Je veux dire que la reconnaissance de la pratique sage-femme, c'est bien clair que dans la démarche qu'on vous propose, c'est une pratique privée. Alors, si un CLSC, si un établissement de santé décide que, à travers la gamme de professionnels existants, y compris la pratique sage-femme, décide que, par exemple, le CLSC Plateau-Mont-Royal, qu'il a une population à risques, qu'il a une population qui pourrait justifier d'aller chercher une autre professionnelle pour venir, si on veut, travailler au niveau de l'équipe en périnatalité, à ce moment-là, les sommes pourront être votées au niveau de l'enveloppe budgétaire. À ce moment-là, ce sera le choix de l'établissement de voir s'il va se chercher un professionnel sage-femme ou non. Mais c'est important de garder la pratique sage-femme dans le réseau privé puisque, de toute façon, c'est comme ça que la pratique sage-femme est venue au monde, c'est comme ça qu'elle a grandi, et peut-être plus travailler au niveau des différentes compagnies d'assurances, la reconnaissance de différents services au niveau des polices d'assurance qui pourraient partager, en partie, les services avec les consommateurs de ces services-là. Pour nous, c'est très clair que, évidemment, s'il y a des projets pilotes, il y aura des sommes d'argent - un projet-pilote, par définition, c'est un projet subventionné entièrement par le gouvernement - mais advenant le cas où on ne veut pas faire de projets-pilotes tels que statues, ça pourrait carrément être une subvention que le gouvernement donne pour voir le mécanisme de fonctionnement et laisser le CLSC le comprendre dans sa masse salariale tout simplement sans en faire un ajout et sans ajouter d'infrastructure supplémentaire, sans avoir à bâtir d'édifices, l'infrastructure étant déjà toute présente.

M. Côté (Charlesbourg): J'aimerais comprendre qu'est-ce qui est privé. Ce que je comprends, c'est que le CLSC, à partir des choix que lui-même pourrait faire, on l'a dit, il y a des zones un peu plus défavorisées où, effectivement, on retrouve une présence de femmes qui ont besoin d'un meilleur encadrement avant et après; pendant, je pense qu'elles en ont déjà maintenant, alors on se place dans une situation où le CLSC dirait, lui: C'est un problème que j'ai sur mon territoire, donc, je suis prêt à engager

une sage-femme pour faire de l'encadrement, mais la sage-femme serait dans le privé. Je ne comprends pas là. Est-ce que la femme qui ferait appel aux services d'une sage-femme privée paierait? Parce que là, ce que je comprends, c'est le CLSC qui paierait

Mme Lévesque: Il y a deux choses.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

Mme Lévesque: La sage-femme qui travaille dans le réseau privé, ça c'est une possibilité et si le CLSC veut avoir les services, à ce moment-là, lui, il pourra voir à travers sa masse budgétaire s'il se permet les services de cette professionnelle. C'est un choix.

M. Côté (Charlesbourg): Là, je comprends. Finalement, c'est...

Mme Lévesque: Sans augmenter la...

M. Côté (Charlesbourg): ...elle est privée, mais elle est payée par le public.

Mme Lévesque: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): C'est ça, parce que évidemment, si tu recours...

Mme Lévesque: C'est un choix. C'est un choix que le CLSC pourra faire.

M. Côté (Charlesbourg): Mais ça devient public, à ce moment-là, parce que, l'acte étant reconnu par le ministère, il est public, tu paies. À ce moment-là, ce n'est pas privé. La sage-femme demeure avec son autonomie privée mais convient d'un mode de rémunération, compte tenu des services qu'elle va offrir au CLSC qui, lui, prend l'argent sur sa masse...

Mme Lévesque: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): ...sur son budget pour être capable de la payer.

Mme Lévesque: Qui peut être de différentes formes, ça peut être un contrat de services, ça peut être un salaire, ça peut être... toutes les modalités peuvent être possibles, selon les besoins du CLSC.

M. Côté (Charlesbourg): O.K.

Mme Lévesque: Évidemment l'idéal, ce serait aussi de prendre l'étude OSIS et de regarder au niveau d'un OSIS comment on pourrait intégrer la pratique sage-femme aussi. C'est sûr que si on s'en va à l'étude exploratoire, ça pourrait être très intéressant, au niveau des OSIS, de l'in-

tégrer.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, je passe très rapidement sur des questions que vous avez soulevées comme la liberté de choix, ça m'apparaît fondamental. Ce sont des choses déjà réglées. La formation, vous l'avez bien exprimé, je pense, dans la lignée de ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant, ça prend des gens bien formés pour être capables de faire ce travail. J'en arrive à votre corporation professionnelle "parapluie". Évidemment, comme on parle de sages-femmes à ce moment-ci, est-ce qu'une proposition comme celle-là, corporation "parapluie", a été validée ou êtes-vous allées chercher de l'information, à savoir l'assentiment de l'Alliance et de l'Association des sages-femmes, qui représentent quand même la grande majorité des sages-femmes?

Mme Lévesque: C'est-à-dire que, pour nous, le dossier sages-femmes est un dossier parmi tant d'autres et la reconnaissance des pratiques alternatives dans toute sa globalité doit être vue dans un bloc. On n'en est plus à l'étape où il faut prendre les morceaux spécialité par spécialité parce que, dans 35 ans, on sera encore... Je veux dire qu'on l'a vécu avec l'acupuncture où on a eu des projets temporaires de cinq ans et où on est rendus au bout de cinq ans, puis il n'y a rien de réglé. Alors, au lieu de perpétuer quelque chose à chacune des pratiques, des études exploratoires qui vont durer cinq ans et qui font qu'on semble qu'on est dans un cul-de-sac, ce serait peut-être plus intéressant de voir ça dans une optique globale, vu que la problématique est la même, vu que ce sont toutes des approches qui ont une même idéologie et vu aussi que ce sont toutes des approches dans le privé et dont le consommateur choisit de se prévaloir. Ce sont vraiment tous des points communs de chacune des approches.

Alors, pour nous, la corporation professionnelle "parapluie", c'est bien évident que les sept pratiques qu'on représente ne pourront pas être intégrées à court terme, toutes en même temps, mais dans un échéancier de quatre ans. Si on prend une stratégie de quatre ans, c'est très clair que, de façon prioritaire, le dossier sages-femmes et le dossier acupuncture devront être encadrés. À la suite de mécanismes que ces deux dossiers-là auront pu créer, on pourra facilement intégrer d'autres pratiques qui vont se faire, parce que les mécanismes d'intégration vont être les mêmes. Le plus gros problème à toute l'infrastructure, c'est la reconnaissance des acquis. Comment fait-on pour dire à quelqu'un, qui a été en pratique pendant dix ans, quinze ans ou vingt ans et qui n'a pas nécessairement de diplôme accrédité par l'État: Oui je permets à cette personne-là de pratiquer, tout en étant capable d'assurer la protection du public? C'est là qu'est

vraiment la pierre fondamentale de toute la reconnaissance. Une fois qu'on aura développé l'outil, je pense que toutes les approches pourront facilement être intégrées. C'est le même mécanisme.

M. Côté (Charlesbourg): Je m'étais bien dit que je gardais, du temps et on me signifie que mon temps est terminé. Mais, plus globalement, sur ce que sous-entendait votre mémoire, deuxième partie, les pratiques alternatives. Vous avez fait l'inventaire de 7 spécialités, si on peut s'exprimer ainsi, que regroupe l'Alliance. C'est un problème beaucoup plus large qu'on appelle, dans d'autres milieux, les médecines douces, avec tout ce que ça comporte. Il ne faut pas nier, à ce moment-ci, qu'il y a cette pratique assez répandue à travers le Québec; les gens la veulent, les gens la souhaitent et les gens paient pour. Finalement, ils trouvent certains soulagements dans le cas de certains problèmes particuliers et je suis un de ceux-là, pas dans tous les cas, mais je suis un de ceux-là. Tout simplement pour vous passer le message très clair, c'est qu'il avait été question, du temps de Mme Lavoie-Roux, qu'on puisse éventuellement avoir une commission parlementaire que vous évoquez dans le mémoire. Tenter de prendre connaissance du phénomène dans une commission parlementaire, je suis très ouvert à cela. Une commission parlementaire éventuelle, compte tenu de ce qu'il y a sur la table, on en a pour 120 mémoires aux mois de janvier, février et mars, ce qui veut dire que c'est très chargé. Cela pourrait être à l'automne 1990, dans la mesure où on réussirait à s'entendre sur une commission qui n'entendrait pas 200 mémoires, parce que je ne suis pas sûr que ça nous aiderait, mais davantage une commission plus limitée sur invitation, avec entente, avec l'Opposition et avec les gens qui sont directement concernés pour qu'on puisse siéger pendant une période de temps. Si c'est deux semaines à l'automne, prendre deux semaines à l'automne et dire: On va entendre les gens s'exprimer et dire ce qu'ils ont à nous dire en termes de témoignages - c'est peut-être là où on en est rendus aujourd'hui - puis de voir les actions qu'on pourrait poser après. Voilà.

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

J'inviterais maintenant M. le leader de l'Opposition et critique.
(12 h 45)

M. Chevette: Merci, Mme la Présidente. La première question qui m'intrigue, c'est de vous voir accompagnée de deux sages-femmes qui disent, par votre intermédiaire, qu'elles veulent que les accouchements se fassent dans les hôpitaux, alors qu'on a rencontré deux groupements de sages-femmes qui nous ont dit que s'il

y a une place où il ne fallait pas que ça se fasse, c'était à l'hôpital. J'aimerais savoir comment vous conciliez ça ou à quel des deux groupes de sages-femmes vous appartenez.

Mme Lévesque: Je vais laisser ma... Vas-y.

La Présidente (Mme Marois): Mme Harrison ou Mme Piquette?

Mme Piquette: Je pense que la raison pour laquelle on a proposé cette démarche, c'est un peu en réponse à ce qu'on a dit tout à l'heure: C'est pour rester dans le réseau actuel. On a proposé le CLSC de première ligne qui fait... qui est actif, qui a déjà des équipes périnatales en place, comme étant un pied-à-terre où la sage-femme pourrait être intégrée dans une équipe et faire un suivi de grossesse, l'accompagnement de couples et tout.

On a déjà les structures hospitalières, on a déjà un contexte obstétrical québécois qui a quand même un haut standard, qui est reconnu, qui est coté. On ne veut pas aller en deçà de cette pratique. On pense qu'on peut très bien humaniser et garder notre identité sages-femmes, mais en vivant à l'intérieur de ce genre de structure-là, sans revenir aux accouchements tables de cuisine, entre guillemets.

M. Chevette: Je reprends ma question sous une autre forme.

Mme Piquette: Oui.

M. Chevette: Étant donné que vous vous déclarez sage-femme, est-ce que vous appartenez à un des deux groupes de sages-femmes ou si, purement et simplement, vous faites partie du groupe alternatif, point?

Mme Piquette: On est membre de l'Alliance des professionnels en pratiques alternatives, tout simplement.

M. Chevette: Vous êtes deux sages-femmes qui ne sont pas membres d'un des deux groupes de sages-femmes.

Mme Piquette: Ça, c'est exact.

M. Chevette: Bon. Dois-je comprendre que vous vous situez, à ce moment-là, plutôt comme un professionnel qui s'intègre au réseau, une spécificité de professionnel qui s'intégrerait au réseau actuel, dans le domaine hospitalier, puisque c'est un peu... Autrement dit, il y a des médecins, il y a des infirmières et il y aurait des sages-femmes et non pas comme un statut d'autonomie complète et entière d'une sage femme qui nous est réclamé par le groupe de sages-femmes. Est-ce que j'ai bien compris?

Mme Piquette: Nous autres, on réclame le même statut d'autonomie de professionnel autonome, mais pouvant très bien oeuvrer avec d'autres professionnels dans des structures déjà existantes.

M. Chevette: O.K. Mais pour l'acte d'accouchement comme tel, parce que le reste, vous avez bien dit que ça pouvait se faire dans un CLSC, que ça pouvait se faire à la maison. À ce compte-là, il n'y aurait pas de problème. Mais pour l'acte de l'accouchement lui-même, vous dites que vous réclamez l'autonomie entière, à l'intérieur d'un centre hospitalier. C'est ça que vous me dites?

Mme Piquette: Oui, c'est ce qu'on dit. Mais on le dit bien dans le cadre d'un projet-pilote, parce qu'on parle, pour le moment, de projet-pilote. Quand l'expérimentation du projet-pilote sera faite, si ça ouvre sur d'autres possibilités, par exemple même d'installer une infrastructure à l'intérieur d'un CLSC où ça pourrait même, à la fois, se faire là dans un "pattern" plus normal ou au niveau de certains couples avec un dispositif plus spécial, répondre même à une demande d'accouchement à domicile, ce sera à voir, mais dans un très long terme. Pour le moment, ce qu'on propose, parce qu'on parle de projet-pilote, c'est d'abord de reconnaître la sage-femme comme une professionnelle autonome par le biais de sages-femmes cadres qui seraient reconnues à un niveau international, qui viendraient ici donner une espèce d'accréditation à ce qu'on est comme sages-femmes. Ensuite, ces sages-femmes qui seraient reconnues comme des sages-femmes, leur donner la chance, dans des projets-pilotes, d'expérimenter un vécu pour voir comment, au niveau des modalités, ça va fonctionner avec les infirmières, tant au niveau CLSC que milieu hospitalier, comment ça va fonctionner avec les médecins - vous avez dit: bon, on va peut-être avoir des objections - et, à la suite de ça, on va voir qu'elles seront les conclusions. Est-ce qu'on est bien dans ce style de pratique-là? Est-ce que ça ouvre sur d'autres avenues? C'est ça qu'on veut expérimenter. Ce sont les modalités à l'intérieur des projets-pilotes.

M. Chevette: Vous dites à la recommandation 5, je pense: "Que dorénavant l'encadrement professionnel des sages-femmes accréditées par un diplôme international ou par reconnaissance des acquis soit assuré par la Corporation professionnelle "parapluie", organisme totalement indépendant de la profession médicale et sous l'autorité de l'Office des professions du Québec"

J'ai essayé de comprendre ce que vous vouliez et vous allez devoir me l'expliquer, parce que vous demandez la reconnaissance légale du statut de sage-femme. Je vais vous demander ça,

dans un premier temps, et quasiment comme un préalable. Puis, vous dites que l'encadrement professionnel, si vous reconnaissez la profession, ça aurait l'air donc du ministre responsable des professions avec les codes de déontologie qui existent dans la reconnaissance juridique. Comment pouvez-vous, dans un même temps, demander que ce soit l'organisme "parapluie" qui s'organise, qui contrôle l'encadrement professionnel alors que vous demandez de reconnaître la corporation qui, nécessairement, de par sa reconnaissance, doit avoir la définition de son encadrement professionnel, son code de déontologie, son comité de discipline, un peu tout? Je ne saisis pas pourquoi vous demandez une reconnaissance légale préalable et, après, un encadrement professionnel par un organisme "parapluie" qui, lui-même, juridiquement, n'existe pas. J'ai de la difficulté à me faire une "tête" là-dessus.

Mme Lévesque: La nuance, c'est que l'organisme "parapluie" chapeaute cette pratique et ce qu'on demande, plus particulièrement au dossier sages-femmes, de la reconnaissance de la pratique sage-femme comme profession autonome, ça ne touche que la section sage-femme. L'organisme "parapluie" a un rôle beaucoup plus large, mais qui serait comme une corporation professionnelle autonome à tout niveau, qui relèverait de l'Office des professions.

M. Chevette: Je comprends, mais logiquement, si, demain matin, j'étais ministre des corporations professionnelles, comment est-ce que je pourrais vous reconnaître, vous, comme sages-femmes, par une loi, quand on sait que la reconnaissance juridique d'une profession nécessite toute la définition de l'encadrement professionnel, du champ d'action, de la formation et des pouvoirs de sanction? C'est ça...

Mme Lévesque: C'est en plein ça. On dit la même chose.

M. Chevette: Mais quel rôle est-ce qu'une autre profession pourrait venir jouer sur une profession reconnue légalement? C'est ça.

Mme Lévesque: C'est que l'Office des professions serait l'entité responsable de tout l'encadrement de cette corporation professionnelle élargie, si vous voulez, qui comprendrait aussi les sages-femmes, mais le volet sage-femme aurait toute son autonomie à l'intérieur.

M. Chevette: En d'autres mots, vous aimeriez que le ministre responsable du Code des professions vous confie le mandat d'encadrer la profession des sages-femmes.

Mme Lévesque: Pas à nous. Qu'il confie ça

à un organisme...

M. Chevette: Mais à l'organisme "parapluie", je parle...

Mme Lévesque: Oui, "parapluie", qui verrait à légiférer en ce qui concerne les pratiques alternatives de santé, y compris celle des sages-femmes. On parle des sages-femmes parce qu'on commence par celles-ci, c'est le but de la commission, mais ça ne serait pas la seule entité qui serait chapeautée par le parapluie.

M. Chevette: Vous me permettez de vous féliciter pour votre habileté à parler de votre dossier par le biais des sages-femmes.

Mme Lévesque: Je vous remercie.

M. Chevette: Cela dit, à mon point de vue cependant, et un peu dans le sens du ministre, je suis obligé de reconnaître que le volet sage-femme, pour le régler juridiquement, je pense qu'il y a de deux choses l'une: ou on la reconnaît juridiquement avec tout ce que ça implique ou on s'en va vers des projets-pilotes, mais qui n'en font pas une professionnelle. C'est une professionnelle potentielle qui verra son aboutissement dans cinq ans. C'est ce que j'ai compris des propos du ministre. Vous autres, qu'est-ce que vous préconisez?

Mme Lévesque: Nous, ce qu'on veut, c'est que la profession sage-femme, à très court terme, soit reconnue une fois pour toutes, comme une profession autonome, et on propose une modalité d'encadrement qui est plus large que juste la profession de sage-femme. Pour nous, c'est important que l'autonomie de la pratique soit respectée parce que, sinon, on pense que les projets-pilotes sont voués à l'échec parce qu'on ne donne aucune reconnaissance en partant. On ne sait pas où ça va aller et, comme il y a beaucoup d'irritants dans l'implantation avec tout ce que ça peut apporter, bien ça risque de décourager la profession au bout de cinq ans. On ne le sait pas. Alors, si on part et qu'on prend comme fondement de base: Oui, la profession de sage-femme elle existe, ce qui sera projet-pilote, ce sont les différentes modalités d'intégration dans le réseau. Est-ce qu'on veut voir comment ça marchera une maison de naissances? Ça peut être un choix. Comment est-ce qu'une sage-femme va s'intégrer dans un centre hospitalier? C'est un autre choix.

Un peu pour répondre aussi à votre question de tout à l'heure: Pourquoi on s'est quand même donné comme objectif de garder la pratique au niveau du centre hospitalier, je pense que la réponse est aussi fort simple. Pour nous, c'est le gros bon sens. Ce n'est pas toujours évident, mais quand on vient pour négocier des polices

d'assurance-responsabilité professionnelle avec plusieurs compagnies - parce que nous l'avons fait depuis plusieurs mois - il est bien évident qu'il n'y a aucune police d'assurance-responsabilité professionnelle qui va couvrir des accouchements à domicile. Pour nous, c'est important que, si on veut légiférer sur la pratique sage-femme et lui donner la chance d'être capable de faire ses preuves, positivement, on lui donne toutes les chances, dans les meilleures conditions possible. Dans cinq ans, on verra. Dans deux ans, dans trois ans, on pourra déterminer des modalités. On n'est pas contre, d'emblée, l'accouchement à domicile. De toute façon, ça fait partie de la définition de la pratique sage-femme. Mais c'est, à notre sens, dangereux de comparer la Hollande avec le Québec, parce qu'on n'a pas une infrastructure de système d'urgence équivalente à celle de la Hollande. Je veux dire, il faut quand même vivre ici.

M. Chevette: Moi, je reviens sur ce que vous venez de dire. C'est effectivement vrai que vous pourriez interpréter que le fait de ne pas reconnaître la profession de sage-femme, dès le départ, signifie que c'est dans cinq ans, à ce moment-là, par des projets-pilotes, qu'on saura s'il y aura des sages-femmes ou s'il n'y en aura pas au Québec. Je pense que vous touchez du doigt le véritable dilemme auquel on fait face à la lecture des mémoires. Ou bien on la reconnaît tout de suite en disant: Voici quel est le minimum de formation, parce que ça suppose, s'il y a une reconnaissance légale, qu'on va parier nécessairement de la formation exigible dès le départ, qu'on va nécessairement parler du code de déontologie ou du processus, en tout cas, devant juger de la qualité de l'acte posé, et qu'on va sûrement parler aussi des actes à transférer. Si vous demandez, dans une profession, de transférer des actes qui sont normalement dévolus à un médecin, à un obstétricien ou à un gynécologue, il va falloir qu'il y ait, au niveau de la législation, la définition d'un champ de pratique, et si le champ de pratique était exclusif à une autre profession, il faudrait donc en enlever l'exclusivité à l'autre profession pour la donner à celle-ci. C'est une mécanique qui peut être compliquée, mais c'est à peu près ça qu'il faut faire.

Les projets-pilotes tels que présentés dans le projet de loi, c'est un essai en surveillance pour décider si, dans cinq ans, il y aura ou pas des sages-femmes. C'est là tout le dilemme qui n'est peut-être pas ressorti assez clairement à la commission, mais qui était clair dans les questions qui ont été posées des deux côtés de la table. Je pense qu'on savait que, par rapport aux demandes des groupes, à date, qui voulaient avoir l'autonomie, cette autonomie exigéo supposait la reconnaissance immédiate. Sinon, tu ne

peux pas, légalement, avoir une autonomie, à moins qu'il n'y ait un contrôle. Là, un contrôle, c'est une tutelle, et une tutelle, ça veut dire qu'il n'y a pas d'autonomie, dans mon jargon à moi.

Je voulais vous dire que vous êtes en accord avec les groupes de sages-femmes en ce qui regarde la demande d'autonomie, mais, pour le reste, je vous avoue qu'à moins que je ne comprenne mal, je n'ai pas senti que les sages-femmes allaient dans votre sens, en ce qui regarde, entre autres, la façon de fonctionner. Vous êtes plutôt, à ce moment-là, Je dirais, en accord avec le côté médical. Quand vous partez du centre hospitalier, la surveillance, la complémentarité des professions, ça m'apparaît que vous exigez plus, à ce moment-là. En exigeant l'autonomie dès le départ, vous exigez une complémentarité par la suite, ce qui m'apparaît plutôt être un type de professionnalisme. L'impression que j'ai eue à lire votre mémoire, c'est que - d'abord, ne parlons pas du volet alternatif - vous vouliez être des professionnelles qui s'intégreraient dans le pluralisme des professionnels à l'intérieur d'un centre hospitalier, à un moment donné. C'est l'impression que j'ai eue.

Mme Lévesque: Vous avez tout à fait raison.

M. Chevette: Bon, j'ai bien compris. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Donc, il donne une interprétation juste de vos propos. Je crois qu'il y a une dernière question de la députée de Marie-Victorin.

Mme Vermette: C'est peut-être une question ou un commentaire. J'ai compris à peu près la même chose que mon collègue de Joliette et leader parlementaire. En fait, ce que j'ai compris, c'est que, pour vous, la question fondamentale, en fait, c'est la reconnaissance des sages-femmes, la pratique des sages-femmes comme telle. Quant au reste, ça demeure des modalités qui pourront être considérées, en fait, par les projets-pilotes. Mais, l'important, c'est que vous demandez maintenant au gouvernement ou au ministre, en fait, de trancher la question un peu comme Salomon, entre, finalement, les corporations médicales qui disent qu'il n'y a pas de place pour les sages-femmes dans le réseau et vos prises de position en disant: Oui, il y a une place pour nous dans le réseau puisque, déjà, on fait 2000 accouchements par année au Québec et, effectivement, s'il n'y avait pas ce débat, peut-être qu'on en ferait davantage. Alors, vous dites: Écoutez, il est grand temps. Plutôt que d'attendre dans cinq ans, de remettre à dans cinq ans cette décision, on aimerait bien connaître exactement les orientations quant à notre avenir professionnel et savoir si ça vaut encore la

peine, quant à nous, de mettre du temps, de l'énergie et des études dans la profession de sage-femme. C'est à peu près ça, si j'ai bien compris, et vous n'êtes pas nécessairement en contradiction avec les autres groupes. Il y a des possibilités de modalités, mais vous voulez avoir le plus d'assurances possible, en fait, pour qu'à un moment donné, on arrive à un cadre de référence pour établir des modalités d'exercice de la profession.

Mme Piquette: On pense que la légalisation de la pratique sage-femme, de toute façon, à peu près partout ailleurs dans le monde, elle est déjà établie, elle est déjà reconnue. On pense qu'il y a des pays où il y a des écoles de sages-femmes cadres qui sont très compétentes, qui pourraient venir ici. On propose un mécanisme d'encadrement avec la fameuse corporation où on pourrait dresser des critères de compétence, d'éthique, et le reste, et le reste. À partir de ces individus qui seront reconnus, on pourrait ensuite leur donner les projets-pilotes comme plancher d'expérimentation et puis, effectivement, aller détacher toutes les modalités qui devraient s'ensuivre pour, après ça, établir un modèle typiquement québécois de sages-femmes, qu'on devrait avoir dans cinq ans ou ne pas avoir, selon ce qui en ressortira.

Mme Vermette: Ce qui veut dire que tout ce que vous proposez une fois, en fait, que la réponse vous serait donnée clairement, à savoir si, oui, vous allez exister comme des professionnelles, c'est que tout le reste serait à négocier ou en tout cas à reconsidérer, et, là, qu'on pourrait travailler dans un esprit de collaboration, y compris avec le corps médical, les infirmières et les gens du réseau.

Mme Piquette: Oui, parce qu'on pense qu'on va peut-être, par le biais des projets-pilotes, si on n'est pas reconnues d'emblée, faire un petit peu l'odieux d'une situation et on va plutôt générer des guerres de professionnels où on aura un statut, entre guillemets, inférieur dans notre pouvoir de négociation. C'est pour ça qu'on pense qu'il faudrait la connaissance d'abord, l'expérimentation ensuite, avec les gens qui auront été reconnus.

Mme Vermette: Alors, avec cette reconnaissance-là, vous seriez peut-être plus en mesure de faire votre place à l'intérieur des équipes multidisciplinaires dans les hôpitaux?

Mme Piquette: Oui.

Mme Vermette: C'est à peu près ça que vous dites comme message. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme la

députée. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): J'entends tout ça, j'enregistre. Évidemment, c'est une question d'ouverture d'esprit, point, "period", qui va se traduire par une pratique. Ce n'est pas du fait que vous reconnaissez légalement que ça va bien fonctionner, c'est du fait que chacun accepte que la pratique des sages-femmes est aujourd'hui une nécessité et qu'on doit l'intégrer dans un processus multidisciplinaire. Ce n'est pas le fait que c'est légal. Légal, forcé - ce que j'ai compris - à ce moment-ci, va davantage créer de problèmes que de faire l'expérience-pilote. D'ailleurs, le Plateau-Mont-Royal a soumis une proposition dans les projets-pilotes, c'est ça qui est intéressant, en collaboration avec l'hôpital Saint-Luc. Donc, il y a une ouverture d'esprit au niveau de certains hôpitaux pour que ça puisse se faire et je pense que c'est dans ce sens-là que ça va aller. Alors, merci beaucoup de votre présentation.

La Présidente (Mme Marois): Merci beaucoup de votre présentation. Alors, nous suspendons les travaux jusqu'à 15 heures où nous reprendrons avec l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 3)

(Reprise à 15 h 9)

La Présidente (Mme Marois): Si les membres de la commission veulent bien reprendre leur siège, leur fauteuil, nous allons reprendre nos travaux.

J'inviterais maintenant... Ah oui! Est-ce qu'il y a des remplacements, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Avec le consentement de la commission?

La Présidente (Mme Marois): Oui. Avec le consentement de la commission, le député de La Prairie remplacerait le député de Joliette. Ça va?

M. Côté (Charlesbourg): Pas de problème.

La Présidente (Mme Marois): Parfait, merci, il n'y a pas d'autre remplacement à constater. Alors, je vais maintenant inviter l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, s'il vous plaît, à bien vouloir prendre place. Et pendant que vous prenez un fauteuil, j'aimerais vous rappeler, évidemment, les règles: de quinze à vingt minutes, tout au plus, pour la présentation du mémoire, ensuite des questions seront soulevées par les membres de la

commission, le temps étant partagé à part égale entre le gouvernement et l'Opposition,

Alors, Dr Aubry, le président, j'aimerais vous inviter à présenter les personnes qui vous accompagnent et à procéder à la présentation de votre mémoire. Merci.

Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec

M. Aubry (André): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, MM. les membres du Parlement du Québec, je suis André Aubry, président de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de la province de Québec, organisme qui a pignon sur rue depuis près d'un demi-siècle, 50 ans. J'ai à mes côtés ici le vice-président, Dr Robert Marier, de Sacré-Coeur; Louise Lafond, pharmacienne, notre conseiller juridique, Me Jacques Laurent, et un autre membre de l'exécutif, psychiatre à Louis Hippolyte-Lafontaine, Gérard Courmoyer.

Je me sens fort à l'aise d'être assis devant cette Assemblée, aujourd'hui, d'autant plus que, dans la littérature que nous recevons tout à fait fréquemment, je voyais que notre ministre de la Santé a fait son cours à l'UQTR, à Trois-Rivières, en sciences politiques et en histoire, de sorte que j'ai la sensation que les vibrations qu'on va émettre, aujourd'hui, seront bien perçues à l'extrémité de la table.

Par hasard, ou tout autrement - notre association élit par voie démocratique, bien sûr, son exécutif - je suis obstétricien-gynécologue depuis 1965. Tout à l'heure, je mentionnerai peut-être quelques-uns des 11 242 accouchements que j'ai faits. Également, j'ai à ma droite, ici, Robert Marier, qui est obstétricien-gynécologue et professeur à l'Université de Montréal, pour l'entraînement de nos jeunes du futur. Robert est également obstétricien-gynécologue. Non pas que nous ne soyons pas psychiatres à nos heures, au bureau, mais Gérard, permets-nous de prendre la première place.

Le projet de loi 4, actuellement sous étude, a pour objet de reconnaître la pratique des sages-femmes à titre expérimental à travers des projets-pilotes en milieu hospitalier ou dans un lieu qui s'y rattache. L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec a étudié attentivement le contenu de ce projet de loi pour conclure qu'il était inacceptable, tant dans son libellé actuel que dans son orientation fondamentale.

Avant même d'aborder certains arguments de fond à l'appui de ces conclusions, l'Association tient d'abord à souligner l'absence totale de consultation préalable au dépôt formel dudit projet de loi. Les intervenants du monde de la santé ont été victimes de la politique du fait accompli. Bien sûr, l'actuelle commission parlementaire nous permet de nous exprimer, mais

seulement à l'égard d'une volonté déjà consacrée de reconnaître la pratique des sages-femmes. La réflexion préalable sur l'opportunité, les incidences et l'intégration d'une telle démarche dans le cadre d'une politique globale de périnatalité semble avoir été ignorée. Nous ne pouvons que déplorer cette mesure d'improvisation qui marque, en outre, la marginalisation du corps médical, pilier pourtant fondamental du système de santé - nous nous référons au rapport Rochon, clef de voûte, disait-on.

Les contraintes de temps nous imposent une limite à l'énoncé des nombreux arguments qui militent en faveur du rejet de ce projet de loi. Nous évoquerons dans le présent mémoire certaines considérations à l'égard de la protection du public, mais, d'abord, nous soumettrons quelques motifs de nature administrative qui justifient notre position.

L'administration des services de santé et des services sociaux. Par sa vocation consacrée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de chaque établissement doit assumer un rôle administratif à l'égard, notamment, des règles de soins, de la qualité des services, de l'appréciation des actes et de l'utilisation des ressources en milieu hospitalier. Ceci est écrit textuellement dans la loi. Il n'est donc pas étonnant que notre association, au nom des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens agissant localement, se préoccupe des impacts administratifs qui découleraient du présent projet de loi.

La structure administrative d'un centre hospitalier constitue une réalité complexe mettant en équilibre les préoccupations d'un grand nombre d'intervenants. Par-delà cette complexité, l'efficacité administrative commande une cohérence d'actions et l'évitement de duplication.

Or, le projet de loi propose la venue d'un nouvel intervenant - nous utiliserons ce terme très fréquemment en cours de conversation - je répète, nouvel intervenant dans un cadre qui se situe en marge des structures existantes. En effet, au terme du projet de loi, pour accueillir les sages-femmes, CG nouvel intervenant, un centre hospitalier devra créer un conseil de sages-femmes qui assumera des fonctions parallèles à celles des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens. Par exemple: nombreux comités que nous avons, contrôle des actes, élaboration des règles de soins, règles d'utilisation des ressources, etc. En outre, les sages-femmes auront une pratique qui s'exercera hors les cadres du département d'obstétrique déjà existant, puisque nous créerons un service de maternité dont le coordinateur agira directement sous l'autorité du directeur général de l'établissement.

Pour ajouter à la duplication, les sages-femmes auront, tout comme les médecins, une responsabilité à l'égard de l'admission et de la

sortie des bénéficiaires en établissement. À la suite de l'admission des bénéficiaires, les sages-femmes poseront des gestes de nature médicale qui échapperont à l'évaluation des médecins, en violation flagrante des règles actuelles. En d'autres mots, la pratique des sages-femmes sera marquée d'une autonomie exceptionnelle échappant au contrôle des structures administratives déjà existantes. Les sages-femmes seront seules responsables de la qualité des actes médicaux qu'elles poseront, sans même avoir une responsabilité analogue à celle des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens qui, eux, doivent s'assurer du maintien de la compétence de leurs membres. Une duplication, et qui plus est imparfaite, des responsabilités semble être à la base du texte législatif qui nous est proposé.

Bref, le projet de loi 4 donne aux sages-femmes le droit de poser des actes médicaux dans une structure administrative distincte et autonome sans, cependant, prévoir des mesures pour assurer le maintien de la compétence de ses membres, comme c'est le cas pour les médecins. Cette source de confusion risque de s'accroître, en raison d'une marge de manoeuvre consacrée localement. En d'autres mots, le degré d'autonomie de la sage-femme dans l'exercice de ses fonctions pourra varier d'un projet-pilote à l'autre.

Dans cette même perspective d'initiative locale, chaque projet-pilote pourra fournir une identification différente des actes médicaux que les sages-femmes sont autorisées à poser. Enfin, les critères d'admissibilité aux services seront établis eux aussi localement par chaque conseil des sages-femmes.

De l'autonomie administrative des établissements, nous en arrivons maintenant à ce que nous appelons l'embrouillement institutionnalisé. Chaque projet-pilote obéira à sa propre logique, tant et si bien qu'il devient un mandat en blanc à l'administration des établissements concernés. Dans l'état actuel, nous ne pouvons que condamner ce principe. Il est impossible de faire plus, puisque la teneur des projets-pilotes non seulement est inconnue, mais sera variable. En clair, l'essence même de la pratique réelle des sages-femmes n'est pas l'objet de la présente consultation puisqu'elle est inconnue de tous, y compris du législateur.

Dans un semblable contexte, ce projet de loi expérimental a raison d'inquiéter. Non seulement la substance est-elle absente, mais encore les objectifs poursuivis dans l'expérimentation sont indéterminés, le projet de loi n'y faisant aucune allusion. Il s'agit d'une recette infaillible pour être en situation d'incapacité de juger de l'efficacité des mesures mises de l'avant. Nous serons simplement à nouveau devant le fait accompli dans cinq ans. De telles lacunes sont inacceptables à l'égard du présent projet de loi qui recèle des conséquences lourdes

au plan administratif et qui, plus fondamentalement, a des incidences sur la protection du public, parlons-en.

Les préoccupations marquées traditionnellement par l'autorité législative gouvernementale - tous ceux qui sont ici en sont - face aux activités professionnelles ne sont pas le fruit du hasard. Ce ne sont pas les intérêts corporatistes, mais plutôt la protection du public qui est au coeur des règles régissant l'activité professionnelle. La formation adéquate, la compétence, l'identification des responsabilités et devoirs et la qualité de l'acte posé constituent des normes professionnelles visant à garantir minimalement un service adéquat au public.

Or, en reconnaissant à titre expérimental la pratique des sages-femmes, les autorités semblent en rupture avec cette tradition de protection du public. D'une part, la reconnaissance d'un droit de pratique simultanément à l'élaboration de critères de formation paraît un processus tout aussi innovateur que redoutable. Jusqu'à ce jour, le Québec ne connaît aucun processus formel de formation des sages-femmes. Pour l'avenir, un comité ministériel sera chargé d'élaborer les critères généraux de formation et de compétence.

Je me réfère, entre parenthèses, aux articles concernés. Toutefois, dans l'immédiat, un certain nombre de sages-femmes seront accréditées, passant directement de la clandestinité à la reconnaissance formelle de leur statut. Sur quelles bases, un comité ministériel pourra-t-il juger de l'aptitude de l'un et de l'inaptitude de l'autre? Les critères établis par la Confédération internationale des sages-femmes seront-ils un substitut aux critères généraux de formation et de compétence établis pour le Québec? L'évaluation immédiate de chaque sage-femme qui en fera la demande se fera-t-elle sur une base purement théorique?

À quels critères doit-on actuellement répondre pour prétendre au titre de sage-femme et être admissible à une évaluation? Toutes ces questions sont sans réponse. À nos yeux, les autorités ne peuvent pas se soustraire ainsi à leurs responsabilités face au public en confiant un aussi large mandat à un comité ministériel. Faut-il le rappeler, les sages-femmes auront à poser des actes de nature médicale, le suivi d'une grossesse, le dépistage de conditions anormales chez la mère ou l'enfant, l'accouchement, etc. D'ailleurs, l'article 3 du projet de loi énonce clairement et de façon non limitative, le principe de la délégation d'actes médicaux en faveur des sages-femmes. Il est pour le moins étonnant qu'un champ aussi large d'exercice soit accordé aux sages-femmes, tout en n'établissant pas un cadre plus fixe et rigoureux quant à leur formation et à leur compétence. Une lecture attentive des différentes responsabilités confiées aux sages-femmes nous permet de conclure que leur activité professionnelle chevauchera, notam-

ment, la pratique des infirmières, des médecins généralistes, des obstétriciens, des pédiatres, sans compter le rôle d'éducation et de prévention. De toute évidence, leur formation devrait être pour le moins polyvalente et très dense pour rencontrer de pareilles exigences. L'étendue de leur champ de pratique paraît inversement proportionnelle aux exigences imposées quant à leur formation et compétence. N'est-on pas en train d'accroître indûment les risques?

Bien qu'actuellement au Québec la qualité du travail obstétrical ne soit pas mise en cause, il faut constater que les médecins qui y oeuvrent doivent acquitter des sommes considérables au chapitre de l'assurance-responsabilité professionnelle. Il y a fort à parier que la présence des sages-femmes ne fera pas diminuer le nombre de poursuites reliées à la pratique obstétricale. En effet, les mêmes actes médicaux posés par des personnes non-médecins ne sont pas de nature à diminuer les risques. Qui en défraierait la note en bout de ligne?

Dans cette même foulée, la protection du public requiert un mécanisme efficace en cas de plaintes professionnelles. Dans l'état actuel du projet de loi, seul l'article 9 aborde sommairement cette question en référant le tout au directeur général de l'établissement qui doit faire rapport au conseil d'administration. À son tour, ce dernier fait une recommandation au ministre de la Santé et des Services sociaux et au ministre responsable de l'application des lois professionnelles. Nulle part mention n'est faite de pouvoirs spécifiques quant aux sanctions. Chaque plainte trouvera réponse devant les deux ministres concernés. Point n'est besoin d'insister sur le caractère inapproprié et inefficace d'un tel processus.

Mais il y a plus. Les sages-femmes n'ont pas à répondre aux exigences d'un code de déontologie. Le projet de loi ne fait aucune mention à cet égard. Les devoirs et obligations envers le public et envers la patiente, les conditions d'exercice, les obligations d'intégrité, de disponibilité, de responsabilité, d'indépendance, de désintéressement, les relations avec les autres sages-femmes, la tenue et l'accessibilité des dossiers et même le secret professionnel ne font pas l'objet d'obligations déontologiques spécifiques pour les sages-femmes. Pourtant, toutes ces obligations sont à juste titre jugées essentielles dans la pratique médicale actuelle.

Déléguer des actes médicaux à des personnes dont la formation et l'encadrement sont moindres, voilà l'expérimentation à laquelle nous convie le présent projet de loi, au risque de mettre en péril la protection du public.

Au-delà des idées reçues, nous ne saurions conclure cette brève présentation sans aborder sommairement quelques arguments traitant plus globalement du système de santé. Tous les observateurs s'entendent actuellement pour

constater l'extrême fragilité du système devenu incapable de répondre à la demande croissante des besoins. Les coûts augmentent, les pressions se multiplient, les conflits se font persistants et le climat de travail se perturbe. Dans cette tourmente, où se situe la priorité dans le système de santé? Nous nous posons la question. Nous avons la profonde conviction que la reconnaissance d'un nouvel acteur et la mise sur pied d'une structure parallèle pour l'accueillir ne sont pas la tâche première du nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les statistiques démontrent la qualité de travail en obstétrique. Comme d'ailleurs plusieurs intervenants l'ont souligné, nous sommes les quatrièmes au monde, pour ce qui est de la qualité et du degré élevé de satisfaction de la part des bénéficiaires. Vous avez eu notion, bien sûr, des études faites par la Corporation professionnelle et l'Association médicale du Canada; on se situe entre 95 % et 98 %. Bien sûr, même là, nous disons que tout cela demeure perfectible, mais les autorités doivent savoir choisir leurs priorités. Le temps, l'énergie, les coûts, les adaptations qu'entraînera la pratique des sages-femmes nous semblent faire largement contre-poids aux bénéfices escomptés dans le contexte actuel.

On aura certainement fait grand état, au cours des travaux de la présente commission, du besoin pressant d'humaniser les soins de santé. Cette vérité est indéniable. Pourtant, l'atteinte de cet objectif comporte des enjeux qui vont bien au-delà du contenu du projet de loi 4. Aussi longtemps que nous vivrons dans un système de santé marqué par la rationalisation, les coupures de budget et d'effectif et la polarisation dans les relations de travail, il sera illusoire de prétendre véritablement humaniser les soins.

La pratique des sages-femmes ne change en rien la fermeture des petites unités d'obstétrique en milieu hospitalier. Les sages-femmes, tout comme les médecins, devront s'accommoder souvent de pratiquer au sein d'un gros service à l'intérieur de grands centres et c'est souvent là où commence la déshumanisation. Confier aux sages-femmes des tâches jusqu'ici exercées par les médecins, sous prétexte de vouloir humaniser les soins, reviendrait à affirmer que le problème d'humanisation est attribuable au corps médical. Nous ne pouvons souscrire à un tel postulat.

Dans la relation avec sa patiente, le médecin n'est pas qu'un scientifique froid et distant, seulement capable de diagnostics et de traitement. La tradition médicale a toujours su ménager un espace pour le counselling et pour les confidences, en vue d'assurer présence et réconfort.

La femme enceinte vit une période intense de sa vie où elle a des besoins spécifiques et multiples auxquels les professionnels de la santé sont actuellement capables de répondre. Si

naturel que soit le phénomène de la grossesse, il requiert néanmoins une attention médicale puisqu'il commande à l'organisme humain un fonctionnement inhabituel. Au risque de choquer, la grossesse n'est pas un phénomène normal, dans le sens où il s'agit plutôt d'une physiologie poussée à son maximum qui demande une expertise qualifiée. Si un athlète qui court les 100 mètres aux Jeux olympiques a besoin d'expertise ou d'experts médicaux pour atteindre ses objectifs, il est tout au moins logique de penser que la femme enceinte puisse profiter d'une telle expertise.

Se soucier notamment de l'intégrité de la mère et de l'enfant n'est pas, contrairement à la prétention de certaines idéologies, une médicalisation à outrance. Joindre compétence et humanisme, voilà la qualité du service à rendre. Pour ces raisons, le projet de loi 4 est, aux yeux de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, totalement inacceptable. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le président. On est entrés dans le temps prévu. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense, Dr Aubry, qu'on va se faire vibrer tous les deux en toute amitié et loin de renier l'excellente formation que j'ai reçue à Trois-Rivières, j'en suis extrêmement fier, et de l'accueil aussi que j'ai reçu là-bas, pour un Gaspésien, de la part des gens de la Mauricie.
(15 h 30)

Évidemment, c'est un mémoire qui n'y va pas avec le dos de la cuillère sur le plan du fond et sur le plan des questions qu'il écorche en allant dans le vif. Il y a des choses que je veux clarifier dès le départ, avant même d'entamer le sujet qui nous préoccupe actuellement. Évidemment, le ministre de la Santé et des Services sociaux aurait peut-être pu choisir un autre sujet pour faire son entrée parlementaire que le dossier des sages-femmes, mais, compte tenu des priorités, il a choisi celui-là, et c'est sa responsabilité à lui qui est toujours validée par l'électorat qui choisit les hommes politiques qui, eux, se font des priorités. Donc, c'est celui-là que j'ai choisi, parce qu'il avait déjà été entamé sous mon prédécesseur, qui était Mme Thérèse Lavoie-Roux, et qu'il a fait l'objet d'un premier dépôt à l'Assemblée nationale; c'est aussi parce qu'il peut facilement se détacher de la réforme qui, elle, sera abordée après les fêtes.

Qu'on se le dise et qu'on le tienne pour dit, à ce moment-ci: la réforme que nous allons aborder en commission parlementaire, le 23 janvier, va devoir toucher tout le monde. Et ce ne sera pas uniquement l'affaire de structures, de corporations, de fédérations, de patients, mais ça va aussi être l'affaire de tout le monde,

y compris les hommes politiques, y compris les structures du ministère, y compris les pouvoirs locaux dans tous les domaines: CLSC, CSS, centres hospitaliers. La responsabilité qui nous incombe maintenant est de faire en sorte qu'on ait une réforme et de se dire aussi, une fois pour toutes, qu'avec au-delà de 10 000 000 000 \$ du budget du Québec affectés à la Santé et aux Services sociaux, qui est le tiers du budget du Québec, il va falloir, un de ces jours, finir par admettre que le gouvernement fait probablement plus que son effort sur le plan financier. Il est maintenant venu le temps de demander à nos partenaires partout dans le réseau, y compris des dispensateurs de services et les utilisateurs de services de faire aussi leur part pour éviter les abus, éliminer les abus et faire en sorte qu'on ne retrouve pas ce que vous qualifiez tantôt de budget de rationalisation, de coupures d'effectif et de voir là où il y a des abus. Vous le savez pour être un pratiquant: il y a des abus de la part de tout le monde, dans le système, à la fois des dispensateurs de services et des utilisateurs. Mais on y reviendra, parce que 120 mémoires après les fêtes... On aura très certainement l'occasion d'y revenir.

Autre chose que je veux tenter de "clarifier" de manière non équivoque, ça fait... Chaque fois que les médecins se sont présentés, ils nous ont toujours dit: Il n'y a pas eu de consultation de la part du ministère. Vous avez raison de le dire, dans votre cas. Vous n'avez pas été associés à la consultation, après les différents documents. Ce n'est pas du tout le cas et ce n'est pas vrai pour toutes les corporations et les fédérations de médecins qui ont soumis des réactions à la suite des études rendues publiques et des différents comités. La Corporation professionnelle des médecins a été mis dans le coup sur le plan de la préparation du projet de loi, ayant choisi la voie législative qu'on connaît aujourd'hui, qui ne faisait pas l'affaire de la Corporation. Mais, effectivement, dans votre cas, vous n'avez pas été consultés et on va s'assurer que vous le soyez dans le prochain qui va être déposé au début du mois de mars et très rapidement, puisque c'est ce qu'on fait aujourd'hui.

Il y a une question fondamentale qui se pose, à la lecture de votre mémoire et, d'entrée de jeu, premier paragraphe, où vous nous dites: "L'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec a étudié attentivement le contenu de ce projet de loi pour conclure qu'il était inacceptable, tant dans son libellé actuel que dans son orientation fondamentale." Je pense que "tant dans son libellé actuel" peut devenir accessoire si on ne répond pas à la question fondamentale qui est la suivante, et je vous la pose: Est-ce qu'il doit y avoir des sages-femmes ou non? S'il ne doit pas y en avoir, tout le reste, oublions-le, si ce qu'il y a pour objectif, c'est de supporter la thèse qu'il ne doit pas

y en avoir.

S'il doit y avoir des sages-femmes, en termes de reconnaissance, à ce moment-là, c'est une mécanique qu'il faut analyser et il y a des arguments à l'intérieur de votre position qui sont vrais - on en a déjà parlé - qu'il faudra s'attacher à corriger dans le prochain projet de loi puisqu'il sera réécrit, ce projet de loi, et qu'on reviendra avec un nouveau projet de loi, compte tenu de tout ce qu'on aura entendu. Une commission parlementaire comme celle-là, c'est, bien sûr, pour nous renseigner, corriger notre tir s'il n'est pas bon. Ce n'est pas pour venir vous dire qu'on possède la totale et absolue vérité.

Ma question fondamentale: Est-ce que, comme ailleurs à travers le monde, au Québec, il devrait y avoir reconnaissance ou existence ou non des sages-femmes? C'est la question fondamentale. Après ça, on va discuter tous les deux. Moi, je dis oui; vous, vous dites non. Mes arguments vont supporter ma thèse; les vôtres vont supporter la vôtre. Évidemment, on va pouvoir en débattre pendant des jours.

Nl. Aubry: Au premier questionnaire que vous avez fait sur la consultation, nous n'avons pas été consultés. Je vous remercie de nous annoncer comme étant présents dans la suite, mais ce à quoi nous nous référons, ce sont des choses comme ici, par exemple: Six livres écrits, aucune consultation. Là, je ne dis pas: André Aubry n'a pas eu de consultation. Je lis la première page du premier livre. Je lis même l'avant-propos, le dernier paragraphe que je citerai mot à mot: "La collaboration des corporations, ordres ou associations professionnelles des différents organismes ou groupes populaires n'a pas été sollicitée officiellement pour cette étape des travaux. Il fallait, dans un premier temps, colliger le plus d'information possible sur l'état de la problématique et l'ensemble du dossier, tel qu'il a été communiqué, etc." Il n'y en a pas eu de consultation. On est devant un fait accompli.

Ma réponse à votre deuxième va également être une réponse à cette portion. Nous ne sommes pas contre les sages-femmes, nous sommes contre un nouvel intervenant dans un système qui est actuellement le quatrième au monde. Pour l'obstétrique, les naissances, nous sommes quatrième au monde.

Or, nous disons ceci: Dans les structures qui existent déjà dans le système hospitalier au Québec, il y a abondance de solutions aux deux seuls éléments qui ont été apportés dans ces mêmes consultations après coup, à savoir les bébés prématurés et ceux de petit poids. La solution qui est apportée par un groupe, nommé les sages-femmes, ne vient pas solutionner cet aspect. Nous vous disons, M. le ministre: Utilisez vos ressources et nous sommes entièrement d'accord avec vous qu'il y a un manque d'intégration et de coordination. Sur ce phéno-

mène, non seulement nous vous endossons, mais nous sommes prêts à vous supporter. Mais quant à répondre aux demandes d'une minorité par quelque chose qui ne règle pas de problèmes ou qui en fait état alors qu'ils n'existent pas, nous vous disons: Nous voulons être là au début et discuter avec vous, précisément des moyens pour améliorer ces deux aspects qui demeurent perfectibles. On ne trouve pas, dans la présentation d'une solution qu'on identifie comme les sages-femmes, que ce soit la solution à apporter. C'est simplement la réponse que l'on a à vous donner.

M. Côté (Charlesbourg): O. K. On se rejoint sur certains points. Le constat: Il n'y en a pas de politique de périnatalité. L'objectif des documents que vous avez évoqués tantôt, c'était d'en avoir une, éventuellement. La sage-femme est un moyen. Ce n'est pas le seul et le projet de loi ne tend pas à dire que la sage-femme va régler tous les problèmes dans ce merveilleux monde de la périnatalité. Ce n'est pas vrai.

Vous avez évoqué l'humanisation des soins. C'est clair, tout le monde l'a dit, même les médecins sont venus l'admettre: On a du travail à faire, nous, pour humaniser les soins. Que ce soit la FMOQ, la Fédération des médecins spécialistes, que ce soient les pédiatres, que ce soient les gynécologues, ils sont venus nous dire qu'effectivement, au niveau de l'humanisation des soins, il y avait du travail à faire, et tout le monde le constate.

On dit: Oui, il y a le problème du petit poids - c'est un exemple qui est pris. Il y a des problèmes, en particulier, pour trois catégories de femmes: les adolescentes, les gens des régions isolées et les gens des milieux socio-économiquement défavorisés. Évidemment, c'est un constat. Il n'y a personne qui nie le constat. Il est là, les chiffres le démontrent et c'est clair. Évidemment, l'autre constat qu'on se doit de faire, c'est qu'il y a au-delà de 2000 accouchements par année, au Québec, faits par des sages-femmes. Ce n'est pas la femme qui a décidé, chez elle, toute seule dans son milieu, qu'elle préférerait être accouchée par une sage-femme plutôt que par un médecin, c'est un choix personnel qu'elle fait. Qu'il y en ait 2000 sur 75 000 ou 80 000 par année, c'est un phénomène quand même assez important. Ça, ça m'apparaît un constat sur lequel on doit travailler. Ou on décide qu'elles sont illégales, ou on décide, finalement, de faire le test, comme nous avons choisi de le faire, l'expérience-pilote, en disant très clairement. Premièrement, il doit y avoir une autonomie au niveau des sages-femmes et, deuxièmement, un support médical. Et c'est là qu'on rejoint l'intérêt public que vous évoquez dans votre document.

Évidemment, votre position, qui est différente de la nôtre, vise exactement aux mêmes buts: le bien d'autrui, le bien de la sage-femme, le bien du bébé. Nous aussi, c'est ce qu'on veut.

Mais on dit à la sage-femme: Vous n'êtes pas le seul moyen, ça n'a pas pour but d'éliminer totalement les médecins de cette pratique, ce n'est pas vrai. D'abord, c'est impossible. Mais on se dit: C'est un intervenant additionnel qui peut, effectivement, apporter une contribution intéressante sur le plan de l'humanisation des soins.

J'en arrive à ma question. Vous dites: On va se retrouver devant un fait accompli. D'abord, le fait accompli de déposer un projet de loi et, deuxièmement, l'expérience-pilote va nous mener, dans cinq ans, devant un fait accompli où on sera obligés de reconnaître la pratique des sages-femmes. Si on est obligés de la reconnaître, c'est parce que, d'abord, elle sera utile et elle aura prouvé son utilité. Ce que je dis, à la fois au médecin et à la sage-femme: À partir du moment où on enclenche le processus de projet-pilote, on aura, une fois pour toutes, la vérité. Si des sages-femmes font la démonstration qu'elles réussissent à humaniser les soins et que c'est un élément extrêmement important dans ce processus pour régler nos problèmes en périnatalité, tant mieux, c'est là l'objectif qu'on vise, c'est ça que vous visez, comme objectif. Si, au contraire, l'expérience ne règle pas nos problèmes, non pas tous les problèmes mais un certain nombre de problèmes, ce sera non.

Vous dites: On n'a pas besoin d'un intervenant additionnel, mais vous ne dites jamais, dans ces cas-là, que la sage-femme, effectivement, ne réussira pas à apporter une contribution intéressante. Ce qu'on a comme impression, à l'occasion, c'est qu'elle risque de prendre la place d'autres, et ça, c'est ahalant.

La question est la suivante: Si, effectivement, vous pensez que la sage-femme n'apportera rien, ou si peu, pourquoi avoir peur de l'expérience-pilote, en termes de conclusion? Je dirais la même chose aux sages-femmes: Si vous ne voulez pas de l'expérience-pilote, comme vous êtes tellement convaincues que vous allez faire la démonstration de votre utilité, pourquoi avez-vous peur de l'expérience-pilote? Je vous pose la question parce que cette expérience-pilote semble vous faire peur. Si c'est juste la peur de vous enlever une partie de l'espace que vous occupez actuellement, pour moi, ce n'est pas convaincant. Par contre, lorsqu'on a interrogé les pédiatres, ils nous ont dit: Il y a des problèmes qui peuvent survenir pour la santé et la sécurité du bébé et de la mère. Ça, ça me touche. Ça me touche profondément, compte tenu de la responsabilité que j'ai. Mais, jusqu'à maintenant, sur le plan de la difficulté de la structure organisationnelle, avec une ouverture d'esprit et une bonne volonté, on finit par régler ça. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Aubry: Vous avez deux aspects extrêmement intéressants et c'est à ce genre de discus-

sions qu'on s'attendait ici, vous connaissant d'ailleurs antérieurement comme un homme décisionnel. Je vais laisser la portion... À mon avis, non, les sages-femmes ou ce nouveau groupe d'intervenants ne peut pas améliorer, et je laisserai à mon universitaire le soin d'en parler.

La question humanisation, pour moi, je retends plus loin parce que je suis dans un centre plus petit et mon expérience de 11 240 accouchements me permettrait de vous raconter des choses et il y a des gens qui frémiraient. Mais je vais juste raconter la théorie. La théorie, c'est que, oui, on a une solution à l'humanisation. L'universitaire parlera des soins, de la qualité. Oui, on a une solution. Pourquoi n'augmentez-vous pas le nombre d'infirmières attirées au département d'obstétrique? Et, de plus, nous avons une qualité ici au Québec, pour avoir travaillé aux États-Unis, qui est excellente en termes d'expertise. Alors, qu'il y ait un nombre suffisant de ces gardes-malades entraînées spécifiquement pour ce type de travail, comme ça se fait en cardiologie, aux soins intensifs ou en chirurgie orthopédique ou cardiovasculaire. Pourquoi ces gens-là ne sont-ils pas payés ce qu'ils valent? C'est ça qui est la solution. Pas créer, utiliser les ressources qu'on a.

On n'a pas besoin d'attirer ou d'affubler un titre nouveau pour attribuer les qualités qu'on connaît à nos infirmières. Je vous dis même que c'est inopportun d'accepter de faire un projet de loi pour à peu près 50 femmes au Québec parce que c'est ça, le nombre, un peu moins, 50 soit disant reconnues avec entraînement et 100 autres qui ne sont pas reconnues. Si vous reconnaissez une marginalisation comme celle-là, demain, mon confrère m'en faisait mention, vous aurez le groupe des 200 cardiaques qui attendent des examens à l'Institut de cardiologie. Vous aurez les 300 autres qui attendent un traitement typique dans un domaine spécifique. Pourquoi "sectionnaliser" un système qui, en soi, s'est avéré actuellement productif? L'utilisation maximum de vos ressources à l'intérieur, dans un système qui, malgré toute la tourmente dans laquelle on vit, a développé des expertises et une humanisation extraordinaire - les enquêtes le prouvent, M. le ministre - c'est ça qu'on vous dit. On ne nie pas votre compétence ni votre jugement, mais on veut apporter, comme vous l'avez dit vous-même, un nouvel éclairage et une nouvelle optique à ce problème.

(15 h 45)

M. Côté (Charlesbourg): D'accord. Avant d'avoir la réponse à la deuxième partie de la question, parce que vous soulevez des choses très intéressantes, j'ai deux questions sur ce que vous avez dit. Premier commentaire. Pour moi, le projet de loi n'a pas pour but de régler le problème de 50 sages-femmes, mais c'est davan-

tage de régler le problème des 2000 femmes par année qui se font accoucher par les sages-femmes parce que ça, c'est un choix fondamental. Elles ont eu le choix de se faire accoucher par un médecin ou par une sage-femme et elles ont choisi la sage-femme, pour toutes sortes de raisons. Ce ne sont pas les 50 sages-femmes, le problème qu'on essaie de régler. Je pense qu'ultimement, ce sont les 2000 qui, par année, sont accouchées, mais que, dans aucun des cas, la Corporation professionnelle des médecins n'a poursuivies au niveau des sages-femmes, alors que, dans d'autres, ça s'est fait. Il n'y a pas eu de poursuite par la Corporation professionnelle des médecins, à ma connaissance. Je regardais encore, dans ma quiétude de fin de semaine, le rapport de la Corporation professionnelle des médecins et je n'ai pas vu là-dedans de poursuite vis-à-vis des sages-femmes qui, supposément, auraient posé un acte médical, alors que, dans d'autres circonstances, la Corporation les poursuivait. Alors, ce n'est pas le problème des 50, c'est le problème des 2000. La santé publique, c'est là qu'elle est.

L'autre question, vous dites: Pourquoi ne pas ajouter davantage d'infirmières, et mieux les payer? Mieux les payer, je pense que dans la dernière convention collective on a réglé une bonne partie à leur satisfaction, puisqu'elles l'ont signée, mais je vous pose la question suivante: Ayant autant de considération sur l'efficacité, la compétence et la qualité des infirmières, comment expliquer que les infirmières elles-mêmes soient venues ici, tant représentées par la CSN que par la FIQ et par la FTQ, pour nous dire: Vous devez reconnaître la sage-femme pour autant que, sur le plan de la formation, elle soit infirmière en plus d'avoir un diplôme de premier cycle universitaire? Donc, ayant autant de considération vis-à-vis des infirmières et de leur capacité de travail, elles-mêmes jugent à propos de demander au gouvernement de reconnaître la pratique des sages-femmes, ça me paraît aussi extrêmement important.

M. Aubry: Sur les infirmières qui s'entendent avec les sages-femmes, premièrement, alors, il faudrait poser la question aux sages-femmes à savoir si ce sont des infirmières et vous aurez une réponse, à ce moment-là, qui sera douteuse. Si je lis "a University of California Berkeley letter", un centre mondialement reconnu, on y mentionne que les "nurse-midwives" sont licenciées par le State Board et qu'elles travaillent toutes associées à un corps médical. On donne cinq suggestions, à la fin, pour dire quelle sorte de sages-femmes la portion de 5 % aux États-Unis devraient choisir et pourquoi. On y dit: Assurez-vous que le médecin consultant, vous le connaissez avant de consulter la sage femme. Comme les gardes-malades font déjà partie intégrante du réseau de la santé, vous n'avez pas

à bâtir de nouvelles structures. La pensée médicale, la pensée scientifique est déjà là. On ne vous reproche pas du tout de vous faire influencer, mais on vous dit: Faites attention, parce que là, même les 2000 femmes auxquelles vous faites allusion, je pense bien que l'État à le devoir de les protéger contre elles-mêmes, s'il est prouvé qu'une action qui est faite deviendra coûteuse pour le gouvernement, puisqu'on est dans un système d'assurance-maladie universel.

M. Côté (Charlesbourg): Est-ce que je vous traduis bien, Dr Aubry, que... Corrigez-moi, on est là pour se corriger si ça force, je pense que c'est un exercice très intéressant. Des derniers propos que vous avez évoqués, est-ce que je comprends que si c'était une infirmière à l'intérieur déjà d'un centre hospitalier ou d'un CLSC avec entente avec un centre hospitalier, si elle était une sage-femme, elle pourrait être reconnue dans sa pratique, à l'intérieur d'un centre hospitalier, comme sage-femme, étant infirmière et étant déjà à l'intérieur du système, donc ne faisant pas intervenir un nouveau professionnel?

M. Aubry: Je ne vous corrigerai pas, je vais me corriger. C'est que "sage-femme", c'est redondant. Le mot est redondant. Nous sommes prêts à vous apporter l'expertise médicale pour vous indiquer les moyens d'améliorer les aspects qui ont été démontrés, même avec vous. Nous constatons les mêmes choses. Mais vous prenez, et je compare ça... Parfois, au bureau - des comparaisons à outrance, ça fait comprendre - quand je vois quelqu'un qui prend des moyens excessifs, je lui dis vous voulez tuer une mouche avec un marteau. Vous prenez un moyen qui est excessif dans une situation que nous, nous vivons, que je vis depuis 25 ans, et que je sais ne pas être le fait d'une seule solution, celle-ci. C'est juste l'aspect qu'on veut développer, M. le ministre. Je vais demander à mon confrère, l'universitaire, de vous parler de la qualité, justement, des bébés, à moins qu'on n'ait d'autres échanges à ce niveau-là, M. Côté.

M. Côté (Charlesbourg): Non, ça va.

M. Marier (Robert): Je n'ai pas la prétention d'être universitaire, plus que... Écoutez, le raisonnement est le suivant, on l'a souligné dans le rapport: avec le pourcentage de la qualité des services que les infirmières et les médecins ont donnés dans notre système de santé, on devrait plutôt avoir été félicités des objectifs atteints, puis on aurait dû nous demander, comme vous le disiez tout à l'heure: Écoutez, on va regarder ça ensemble, si on ne peut pas encore l'améliorer. Je pense que, sur le plan de la compétence et de la qualité des services donnés, on ne peut pas

dire grand-chose, sauf qu'on peut encore s'améliorer, même si on est à 95 %. Cette chose-là, ça va.

Quand on arrive du côté de l'humanisation, on l'avait dit dans une petite phrase, on n'était pas d'accord sur le blâme et même sur le fait, comme vous le souligniez tout à l'heure, même si des confrères ou d'autres associations ont dit qu'il y a place pour améliorer les rapports humains. Je pense que oui, dans toutes nos relations, que ce soit au Parlement, que ce soit dans la vie quotidienne, il faut les améliorer.

Je pense qu'il faudrait rappeler certaines choses. On a vécu les compressions budgétaires, la rationalisation des ressources, et ça a eu pour effet de diminuer sensiblement le personnel dans nos hôpitaux et également dans nos salles d'accouchement. Je pense que si on a eu moins de personnel, moins d'individus, moins d'intervenants, ça a eu un impact sur la qualité des services et sur l'humanisation des services surtout. Je pense qu'actuellement les infirmières et les médecins qui ont travaillé et qui travaillent encore quotidiennement pour rendre des services en obstétrique, je pense qu'ils rendent des services humains avec la bonne foi et, s'il y a place actuellement pour de l'amélioration, il pourrait y avoir du support et humain et technique pour qu'on les aide à atteindre ces objectifs-là.

Quand on fait le raisonnement, on se dit: D'accord, les gens qui sont déjà là sont capables d'être humains, ça ne fera pas accuser toute la population d'être inhumaine. Quand les gens me disent: Écoutez, il faudrait avoir des sages-femmes ou un nouvel intervenant de ce côté, à ce moment-là, on peut se poser la question suivante: Qu'est-ce que ça va apporter de plus, surtout dans un contexte - vous nous le rappelez tout à l'heure - où le tiers du budget de la province est déjà dans les services de santé? Est-ce qu'on va prendre de nouvelles ressources pour créer un autre système en parallèle ou ajouter un système quand déjà ça fonctionne bien? Si on prenait plutôt cet argent-là pour essayer de régler les problèmes vraiment existants dans le système, est-ce qu'on ne ferait pas un meilleur choix? C'est la conclusion à laquelle on arrivait, on disait: On ne veut pas d'un nouvel intervenant avec les connaissances que nous avons et les problèmes du système, parce que les ressources, on veut les utiliser, on veut identifier les problèmes et essayer de corriger des situations qui sont là. C'est ça, la dynamique qui est faite face à un nouvel intervenant.

La Présidente (Mme Marois): Le temps est écoulé, mais allez-y encore pour une autre question. Il y a un de vos collègues qui voulait en soulever une aussi.

M. Côté (Charlesbourg): Je vais laisser la

place à mon collègue, ayant déjà dépassé largement mon temps. C'est une discussion que j'aimerais avoir. On pourrait continuer de beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): M. le député de Matapédia. C'est ça?

M. Paradis (Matapédia): Oui, c'est ça. Merci, Mme la Présidente. Je n'ai pas abusé vraiment de mon temps devant cette commission.

La Présidente (Mme Marois): Tout à fait. D'ailleurs, vous avez vu comment nous avons reconnu ce fait-là.

M. Paradis (Matapédia): Oui, c'est ça. Puisque c'est le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et que je suis moi-même pharmacien, j'aimerais m'adresser à Mme Lafond. Par principe, est-elle pour ou contre les sages-femmes ou si elle se rallie à la décision qui a été prise au Conseil des médecins et dentistes?

Mme Lafond (Louise): Il faut dire honnêtement, de par l'histoire familiale chez nous, que je ne suis pas tellement pour les sages-femmes, donc je ne me rallie pas par esprit de corps, mais tout simplement par les histoires de famille qui sont arrivées par chez nous. Ça fait que moi, les sages-femmes, je vous remercie, mais je n'en ai pas besoin. Je calcule qu'avoir eu des enfants, je ne les aurais jamais eus à domicile; je les aurais eus en milieu hospitalier, puis je les aurais eus avec un médecin qui aurait été là pour m'accoucher. Tout simplement.

M. Paradis (Matapédia): Je vais poser une autre question. Vous vous souvenez des guérillas que nous avons pu tenir, comme professionnels, pour être reconnus au Conseil des médecins, dentistes, et maintenant pharmaciens depuis peu. Notre place, comme professionnels de la santé, comme intervenants... Avec les connaissances que nous pouvons avoir, je comprends mal que, finalement, un professionnel de la santé qui a eu à se battre pour se faire reconnaître par le corps médical - il ne faut pas se le cacher, c'est ça - ait de la difficulté, maintenant, à essayer de comprendre qu'une autre corporation professionnelle pourrait voir le jour, avec toutes les compétences et la formation qu'elle pourrait avoir.

Mme Lafond: Premièrement, ce n'est pas une corporation professionnelle. En tout cas. Moi, je vais vous dire, là-dessus, que c'est sûr qu'en ce qui concerne les pharmaciens, on s'est battu à l'intérieur des centres hospitaliers pour les faire reconnaître, mais ce n'est pas juste une question de pharmaciens en milieu hospitalier, c'est une question aussi d'image du pharmacien

"at large", dans tout le Québec. Ce n'est pas juste le pharmacien hospitalier qui a des problèmes, à l'heure actuelle. Je calcule que les gens du détail - on déborde un peu - ont plus de problèmes que nous à faire reconnaître leur professionnalisme versus le gouvernement, où tu es considéré plus, à un moment donné, comme un distributeur et comme un vendeur de bebelles en avant. Je ne pense pas que ce soit le cas ici. Je comprends des problèmes de guerre... qu'elles veulent faire reconnaître des choses. Je me dis: Je travaille dans le milieu, je travaille dans le système, je suis dans un hôpital général, à l'heure actuelle, affilié à une université. Je vois les problèmes qu'on vit dans un milieu. J'ai des problèmes. On a des problèmes de ressources. On a des problèmes de budget. On a des coupures. Ça ne fonctionne pas. On n'a pas d'argent. On se fait dire chaque année: Pour avoir ton fameux coût de système, il faut que tu coupes dans le gras. Là on est rendu à l'os.

Tantôt, quand M. Côté a dit qu'il y avait des abus qui se faisaient dans le système, j'aimerais beaucoup les connaître, parce que dans le milieu où je suis à l'heure actuelle, les abus, s'il y en a, sont fichement bien camouflés. On vit vraiment avec ce qu'on a. Tu ajoutes un intervenant de plus, et si tu n'es même pas capable de faire travailler des gens en obstétrique, si c'est une fille qui est obligée de couvrir deux salles en même temps, bien, ce n'est pas bien bon pour l'humanisation des soins. T'as ton premier petit comme ça, et au deuxième, tu dis: Je vais essayer autre chose. Si tu avais eu les budgets, s'il y avait eu des gens qui avaient pu, lors de l'accouchement, être présents et te suivre durant toute la période, je calcule qu'on ne serait peut-être pas en train d'en parler aujourd'hui.

M. Paradis (Matapédia): C'est dommage qu'on n'ait pas plus de temps. Je suis obligé de comprimer, si je comprends bien, Mme la Présidente. De toute façon, ce que les médecins nous disent, que ce soient vous autres, aujourd'hui, ou d'autres corporations professionnelles, ou les fédérations qui sont finalement des syndicats qui défendent les intérêts de certains médecins...

Mme Lafond: On n'est pas un syndicat, en passant.

M. Paradis (Matapédia): Non, non, je parle des fédérations qui sont venues avant vous.

Mme Lafond: D'accord.

M. Paradis (Matapédia): C'est ça, les fédérations, que je sache, ça défend les intérêts économiques des médecins. Ce que je veux dire, c'est qu'on aurait pu poursuivre cette discussion; je trouve malheureux qu'on manque de temps

pour le faire. Je continue à dire qu'au-delà de vos convictions ou de vos perceptions personnelles vous représentez peut-être un certain nombre du corps pharmaceutique, mais surtout pas moi.

Mme Lafond: Mettons que vous avez droit à votre opinion et que j'ai droit à la mienne. Vous avez votre historique, j'ai le mien.

M. Paradis (Matapédia): Parfait.

La Présidente (Mme Marois): Merci, madame. Mme la députée de Marie-Victorin, s'il vous plaît.

Mme Vermette: Oui, merci, Mme la Présidente. Tantôt, on disait: Compte tenu du fait que le système de santé au Québec coûte très cher. Je vous dirai: Oui, effectivement. Quand on considère que la maternité n'est pas un phénomène normal, mais un phénomène presque d'une médicalisation à outrance, je considère que ça peut hausser les soins de santé. Vous savez, vous êtes des entrepreneurs au niveau de la santé. Très souvent, on n'a aucun contrôle sur la demande. Moi, en tant que femme, je peux vous dire qu'à lire votre mémoire je trouve ça très difficile d'accepter ce qui est écrit. D'une part, en tant que femme, je considère que nous sommes capables de juger qui peut nous accompagner, surtout dans les moments d'un accouchement, et de faire la distinction entre ce qui est bon pour notre santé et pour le bébé et aussi en pouvant constater qu'une solidarité peut exister entre les femmes et en pouvant aussi considérer qu'au niveau de la maternité, beaucoup plus que l'accouchement comme tel, il y a tout ce processus de solidarité qui existe entre femmes, qui est drôlement considéré. C'est un côté que vous n'avez abordé d'aucune façon.

Je trouve ça intéressant, quand des hommes viennent nous dire à nous, les femmes, ce qui est bon pour nous, alors que nous pouvons nous pencher sur notre condition de femme et savoir très bien ce qui est bon pour nous, et ce, tout en prenant en considération le bien de notre santé et le bien de notre bébé et tout on constatant que le bien du public aussi sera bien gardé.

Pour avoir été présidente d'un conseil d'administration et pour avoir eu beaucoup à faire avec le Conseil des médecins et dentistes, pour savoir que ce n'est pas toujours facile de manier et de travailler dans un esprit de collaboration, avec un esprit d'ouverture, je trouve ça un peu dommage... J'aimerais bien que vous m'expliquiez en quoi le corps médical pourrait être marginalisé du fait qu'on accepte la profession de sage-femme. Est-ce que ça va avoir une influence à un point tel sur la pratique médicale dans son ensemble? En fait, ce qui est écrit ici, c'est que toutes ces mesures d'improvisation, de

marginaliser le corps médical, qui est un pilier pourtant fondamental du système de santé... Est-ce que vous vous sentez remis en cause du fait qu'il y aura des sages-femmes à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire, parce qu'on apporte une autre discipline à l'intérieur du réseau? J'aimerais bien vous entendre parler là-dessus. (16 heures)

M. Aubry: Très rapidement, nous ne nous sentons pas marginalisés en tant que travail et en tant qu'opinion à donner sur un système qui se voue à l'amélioration des soins de la santé, il y a une grosse différence. Mais la première portion de votre intervention est davantage intéressante. À propos, vous mentionnez que vous avez été présidente d'un conseil d'administration; je suis président d'un conseil d'administration et j'ai été également président d'un conseil de médecins et dentistes pendant 14 ans, 17 ans au niveau de l'administration. Évidemment, les expériences sont différentes selon les lieux. Mais quand on dit que la sage-femme est la spécialiste de l'accouchement normal, c'est le sophisme extraordinairement dangereux qu'on doit rectifier.

Je vous donne ici juste une lecture et ça répond justement à votre question, madame, quand vous dites: On sait ce qu'on ressent à ce qu'on est. Alors, dans cette étude qui a été faite par le Dr Moutquin dont j'ai des suppléments, 800 femmes ont été suivies entre 1979 et 1984 - 790 - chacun des cas est identifié dans ce mémo, avec l'expertise des gynécologues-obstétriciens, donc ce sont des critères que nous avons bâtis à même notre expérience. Ce n'est que dix ans d'entraînement, six ans de médecine et quatre ans de spécialité qu'on fait, bien sûr. Avec les critères que nous avons bâtis et l'expérience, la conclusion, malgré tout, est que l'existence d'un risque de complication est de l'ordre de 23 %. On débute en disant ce que vous venez de dire. Entre novembre 1979 et avril 1984, série consécutive de 790 grossesses, normales d'après la mère, et réputées sans facteur reconnu de risque lors de la visite prénatale, et pourtant, 23 %. Il n'y a pas d'accouchements normaux. La définition d'un accouchement normal, et je vous la donne après 11 242 accouchements, c'est celui qui s'est bien passé après qu'il est fait. Ça n'existe pas, un accouchement normal, et il n'y a rien dans les 25 années où j'ai travaillé que je n'ai pas vu et je ne voudrais pas en voir d'inattendu. C'est ça qu'on vous dit.

On vous donne tout, les femmes qui veulent accoucher, maintenant, je suis un apôtre chez moi; le père y assiste, la belle-mère, la mère, les enfants y assistent. Les deux conditions que je pose aux personnes qui, à mon bureau, viennent me voir, c'est que la vie de la mère et la vie de l'enfant à venir ne doivent pas être en péril. En dehors de ça, je fais tout ce qu'ils veulent. On est des avocats de cette chose-là. Alors, ça

n'existe pas, un accouchement normal. Il faut arrêter de dire qu'il y a des spécialistes d'accouchements normaux. S'il y a eu amélioration au point que nous sommes quatrième au monde, le Québec, c'est dû précisément aux interventions qui ont été faites par les gens qui pratiquent ce métier qui est glorifiant, je vous le dis, qui est le plus beau métier au monde, parce que c'est toujours nouveau.

Robert avait quelque chose à dire là-dessus également.

M. Marier: Simplement pour terminer là-dessus, c'est que concernant la question de la grossesse, je pense qu'il y a le normal et l'anormal mais, entre les deux, il y a une physiologie qui est poussée au maximum et c'est l'état de la grossesse. Je pense que souvent les gens, ou en tout cas dans la publicité qui a été faite, ont peut-être un peu mêlé ça. Quand une femme est enceinte, elle a des hormones en circulation que la voisine n'a pas quand elle n'est pas enceinte ou qu'elle-même n'a pas. Quand la femme est enceinte et qu'elle a 100 000 fois plus d'hormones en circulation, quand la femme est enceinte et qu'il arrive à un moment donné où son coeur travaille à 40 % fois plus, ses reins à 50 % fois plus, quand son volume sanguin est doublé, quand sa capacité respiratoire est modifiée ou diminuée, même sur le plan physique tout ça change. Ce n'est pas normal en soi. C'est naturel mais ce n'est pas normal.

C'est un peu comme le coureur du stade. Tout le monde est capable de courir, mais tout le monde n'est pas capable de courir le marathon. Si vous courez le marathon, vous devez faire un entraînement et développer de l'expertise pour être capable d'atteindre cet objectif. Donc, la grossesse, c'est naturel mais le phénomène de la grossesse entraîne une physiologie qui est poussée au maximum et qui demande, pour les gens qui suivent cette personne-là qui est enceinte, une expertise qui est différente. En fait, ce qui se passe, c'est que les intervenants comme les sages-femmes deviennent des sortes de techniciens en obstétrique et non pas nécessairement des spécialistes du normal parce que, à ce moment-là, ça donne l'impression qu'on peut identifier ce qui est vraiment normal ou pas quand tout ça est en équilibre.

Quand on regarde un peu partout dans les pays où ça existe, ces gens-là travaillent avec les experts ou les spécialistes de ce secteur en collaboration. Mais quand on dit, ici au Québec, la même chose et qu'on se pose la question, à savoir si on a besoin de ces techniciens, à ce moment-là, on se dit: Bien, compte tenu du contexte budgétaire, compte tenu des objectifs à viser, pour l'instant, la réponse est non, sauf que si le ministre veut faire un programme de périnatalité et étudier ça sous tous les angles, peut-être qu'on arrivera à oui à un moment

donné, mais pour l'instant, on arrive à la conclusion que c'est non.

Mme Vermette: Écoutez, c'est parce que vous avez de vos collègues de la Corporation des médecins et des pédiatres aussi qui sont venus et qui ont vécu certaines expériences, en région éloignée, qui se sont avérées très satisfaisantes. En fait, le discours était à l'effet que, dans les régions éloignées, la pratique de la sage-femme était admissible mais que, par contre, c'est plutôt dans les centres à forte agglomération, avec tous les services, qu'on défend le plus, en fait, que ça se passe en milieu hospitalier. Et ça, c'est le même principe, dans le fond: on défend toujours la pratique de la sage-femme. Pourquoi est-ce que ce serait admissible dans les régions éloignées tandis que, rendu dans les régions beaucoup plus équipées où il y a davantage de médecins, on est davantage pour une pratique en milieu hospitalier? Je m'explique mal, en tout cas, cette prise de position.

M. Marier: Je suis très sensible à votre question, madame, puisque j'ai eu l'occasion d'aller pratiquer en région éloignée durant sept ans, dans la région de Rouyn-Noranda, et je suis très sensibilisé aux problèmes des régions éloignées. Je pense que vous avez parfaitement raison, dans toutes les régions du Québec on doit être capable d'assurer aux femmes le meilleur suivi de la grossesse et le meilleur contexte d'accouchement. Il peut arriver que dans certains pays... Dans un des congrès internationaux auxquels on a participé, on nous a expliqué qu'en Amérique du Sud on avait mis sur pied la formation de techniciens pour aller chercher des populations qu'on n'avait pas la facilité de rejoindre parce qu'on manquait de ressources, on manquait de gens qualifiés, formés, etc. Donc, dans un choix comme celui-là, on peut former des techniciens pour essayer d'apporter un support; mais ici, au Québec, ce serait vraiment dans des régions très, très excentriques, parce que je pense que, dans tous les territoires, actuellement, on est capable d'avoir une accessibilité à ces services-là et un service de qualité pour les femmes.

Mme Vermette: C'est parce que ce qui sortait, c'est que le service qui était donné, surtout dans la région nordique, était une expérience des plus formidables et qui avait démontré que c'était un projet-pilote qui fonctionnait très bien, qui a déjà quatre ans d'existence et, effectivement, il y avait un accompagnement qui se faisait davantage et il y avait beaucoup moins de problèmes qu'il n'y en avait déjà eu au niveau de la grossesse comme telle. Pour répondre au médecin qui tantôt disait que ce n'était pas nécessairement normal, puisque la normale, c'est quand elle est terminée et que

tout s'est bien passé, en fin de compte, on disait que plus on fait d'empathie avec la femme, plus on diminue son stress, et le fait de diminuer le stress face à l'accouchement, on risque d'avoir un accouchement beaucoup plus normal, ce qui ne se produit plus parce qu'on n'a plus le temps, etc., pour x nombre de raisons, et que finalement la sage-femme le fait. Il y a une culture aussi qu'il faut respecter dans ces régions et cette culture-là a été très respectée. Plus on prend le temps, on suit la parturiente du début jusqu'à la fin, plus on est là pour l'accoucher, plus il y a de chances de réussite, de succès, sans traumatisme, d'une part, pour la mère, et pour l'enfant aussi.

Mais, actuellement, ce n'est pas ce qui se passe dans les "pools" de médecins, parce qu'on voit un médecin au début, on en voit un autre à la fin et un troisième vers la... Celui qui vient l'accoucher n'est pas du tout celui que tu as vu et, très souvent, tu as quatre versions différentes de ta grossesse ou du suivi de ta grossesse parce que chacun raconte son histoire. Donc, pourquoi, finalement, vu qu'il y a déjà des expériences-pilotes qui semblent concluantes au niveau de la pratique des sages-femmes, considérez-vous toujours - et vous le dites même dans votre mémoire - que cette loi serait à titre expérimental et pourrait mettre en danger la protection du public? Je m'explique mal cela, puisque déjà il y a des médecins qui favorisent ce genre d'expérience dans des régions éloignées et qui ne mettent pas en cause du tout la protection du public dans ces cas-là.

M. Marier: Écoutez, un service qu'un technicien peut rendre dans une situation difficile ou en région éloignée, je pense que c'est mieux qu'aucun service, mais il ne faudrait quand même pas offrir à nos femmes du Québec un système où on va dire: Désormais, on va vous offrir un service de techniciennes en obstétrique plutôt que de vous offrir un service de spécialistes auquel vous avez déjà droit. Je pense qu'il faudrait au moins offrir le vrai choix aux femmes.

La Présidente (Mme Marois): Oui, M. le député de La Prairie, s'il vous plaît.

M. Lazure: Je vais répéter ce que j'ai dit au président-directeur général de la Corporation des médecins, tout en faisant preuve de solidarité avec l'Association des conseils des médecins. Je me dissocie évidemment de leur position de fond. Ce n'est pas une nécessité clinique, j'en conviens, mais c'est une nécessité, comme je le disais l'autre jour, sociologique, et je pense qu'il faut absolument que les femmes au Québec, comme dans la plupart des pays d'Europe occidentale et même d'Europe, aient ce choix et elles décideront si elles veulent choisir le

médecin ou la sage-femme. Ceci étant dit, je suis d'accord avec la plupart de vos critiques, surtout celles qui touchent l'organisation et aussi celles qui touchent l'humanisation des soins. Je suis d'accord avec vous quand vous dites que c'est vraiment un peu trop court de dire: on va introduire quelqu'un qui n'est pas médecin et là les soins vont être plus humains. Moi aussi, je m'insurge contre ce raisonnement.

Je ferai remarquer au ministre que - je ne sais pas quelle est la situation au moment où on se parle - pendant plusieurs années, le ministère, par ses fonctionnaires, avait tendance à fermer les petits services d'obstétrique. Le mémoire y fait allusion ici. Lorsque j'ai été en fonction pendant quatre ans et demi, je me suis opposé à ces fermetures de petits services d'obstétrique. Mais je sais que ça a repris après. Les ministres passent, les fonctionnaires restent.

Je pense qu'il y a quelque chose d'assez cocasse dans le fait qu'on sait qu'il y a environ 2000 accouchements faits par les sages-femmes au Québec, toujours dans le cadre de l'humanisation, et que le ministère, pendant longtemps, disait: La norme, c'est qu'un service d'obstétrique qui fait moins de 2000 accouchements doit fermer. Longtemps, ça a été la norme, je ne sais pas combien c'est actuellement, pour toutes sortes de considérations, que plus on en fait, plus on a d'expertises. Peu importe le nombre, le principe demeure que si on veut miser sur une plus grande humanisation des soins, parce que les sages-femmes vont avoir moins d'accouchements que l'obstétricien moyen, à ce moment-là, il faudra peut-être réviser cet autre raisonnement qui dit qu'un hôpital trop petit, qui ne fait que 400 accouchements par année, doit fermer son obstétrique, ou 500 ou 1000. Je vais demander aux représentants de l'Association des conseils des médecins: Est-ce que vous êtes en train de dire au ministre: "Nous souhaiterions que les petits services d'obstétrique soient maintenus"? Quelle est votre position sur cette question-là?

La Présidente (Mme Marois): Allez-y, l'un ou l'autre de vous peut répondre.

M. Marier: Écoutez, ce qu'on souhaite, c'est d'éviter le gigantisme. On souhaite, disons, que les services d'obstétrique, qui ont quand même un minimum d'expertise, soient maintenus et non pas conglomerés comme ça a été le cas. Je pense qu'il y a eu sûrement un problème de planification quelque part puisqu'on se retrouve, dans certains hôpitaux, à des dépassements de 4500, 5000 accouchements. Ça veut dire qu'on a fermé peut-être trop des petits; après coup, on peut constater qu'on en a peut-être fermé trop. Je pense qu'on devrait avoir un niveau entre 1500 et peut-être 3000 au maximum, comme chiffres, mais on ne devrait pas arriver dans des conglomerats aussi gros qu'on l'a vécu dans certains

centres.

La Présidente (Mme Marois): M. le ministre veut intervenir.

M. Côté (Charlesbourg): Prenons le cas de Cité de la santé de Laval, je ne suis pas sûr que ce ne sont pas vos collègues qui sont à la base des problèmes de conglomérat.

M. Marier: Je pense que, dans ce cas-là, c'est la population qui veut aller accoucher là et un individu qui intervient ou qui fait des démarches, c'est un individu, que ce soit un médecin ou un autre.

M. Côté (Charlesbourg): Non, c'est parce que, si on prend l'exemple de Cité de la santé de Laval, si c'est 3500, on en fait presque 4500, ce n'est pas le ministère. Le ministère a tenté de faire en sorte que ce soit une proportion raisonnable, celle qui a été reconnue. On s'est fait poursuivre par les médecins devant les tribunaux et on a perdu. Alors, ce n'est pas le ministère, dans ce cas-ci.

M. Marier: Oui. Ah! un médecin!

M. Côté (Charlesbourg): En voulez-vous d'autres? Je vais vous en sortir d'autres, je pense qu'on a un bon examen de conscience à faire au ministère et vous en avez un bon à faire aussi. En tout cas, c'est à ça qu'on est conviés au mois de janvier et au mois de février. (16 h 15)

La Présidente (Mme Marois): J'aimerais poser une ou deux questions. Quand je lis en plus qu'environ 350 omnipraticiens avaient pratiqué 30 accouchements et plus en 1985, à vous entendre, j'imagine que vous ne souhaiteriez pas non plus que les omnipraticiens pratiquent des accouchements parce que ce que vous semblez nous dire, c'est qu'il n'y a pas une formation imaginable et possible pour les sages-femmes parce que, au départ, bien sûr, vous les rejetez - ça, ça va, je pense qu'on a tous bien compris ça - mais vous semblez dire qu'il n'y a aucune avenue possible à imaginer pour les former, pour les reconnaître et qu'elles n'ont aucune place dans notre système parce que vous craignez pour la santé - et je reprends mon propos - ou de la mère ou de l'enfant.

Si vous regardez, d'autre part, un omnipraticien qui a une formation générale, qui doit, évidemment, toucher l'ensemble du système de la personne humaine au plan de la santé et qui, par la suite, procède à des accouchements, semble-t-il, dans ce cas-là, sans danger et qu'il n'en fait pas nécessairement une spécialité ou une réalité de son quotidien - c'est le cas pour un bon nombre d'omnipraticiens, les données nous le disent - vous devriez avoir les mêmes

craintes à leur endroit. Est-ce que vous comprenez mon raisonnement? J'aimerais ça que vous essayiez de questionner ce raisonnement-là.

M. Aubry: Sûrement. Voici: la raison réelle pour laquelle vous avez un pourcentage aussi bas n'est pas celle que vous explicitez. L'omnipraticien a, en effet, une formation médicale collée à la physiologie qui a été expliquée tout à l'heure. Cette année, je paie 12 000 \$ d'assurances. Uniquement pour payer son assurance, l'omnipraticien devra faire 35 accouchements, c'est pour ça qu'ils n'en font plus, madame. Ce n'est pas ce que vous dites.

Nous reconnaissons aux omnipraticiens et nous souhaitons... Actuellement, la tendance est à la hausse. Les chiffres - vous pourrez les demander à la corporation, on ne s'occupe pas de cet aspect-là, nous, mais de la qualité de l'acte - nous en avons pris connaissance, sont à la hausse. Il y a plus de praticiens généraux et nous souhaitons qu'il y en ait plus, le praticien général étant déjà dans la structure hospitalière dont j'ai fait mention tout à l'heure.

M. Marier: J'aurais une question à vous poser. Dans le fond, d'accord, l'omnipraticien n'est pas un spécialiste en obstétrique-gynécologie, il fait de l'obstétrique. Je suis moi-même responsable d'un programme de formation à l'Université de Montréal pour les futurs omnipraticiens. À ce moment-ci, la question est la suivante: Si on forme des sages-femmes de façon adéquate, comme on l'avait dit déjà, à ce moment-là, elles ont la capacité, comme techniciennes en obstétrique, de faire de l'obstétrique. On s'est posé la question ici au Québec. Compte tenu de nos contraintes budgétaires, compte tenu de la rationalisation des ressources que l'on vit, on dit: Compte tenu de la qualité des services qu'on donne à la population, est-ce qu'on a besoin d'investir des sommes pour avoir un nouvel intervenant pour rendre les mêmes services qu'on a et pour régler des problèmes, s'il y en a, plutôt que de travailler avec les équipes déjà existantes et aller de l'avant, investir ces fonds pour régler les problèmes réels? C'est ce dont la population a besoin.

La Présidente (Mme Marois): Oui, à cela on dit, enfin, des gens qui sont concernés par la question nous ont dit: Une des façons d'ouvrir une avenue nouvelle, c'est la reconnaissance de la pratique sage-femme, pour autant qu'elle se fasse dans un encadrement correct, avec une formation qui est solide et qui fait en sorte qu'on évite les risques que vous présentez et qui peuvent exister si on n'était pas sérieux, effectivement, dans une démarche comme celle-là. Il y a eu des gens qui ont exprimé ce besoin. Je ne reprendrai pas les propos de mon collègue, le député de La Prairie, mais il le mentionnait, ce

n'est pas une réalité nécessairement clinique, mais une réalité sociologique devant laquelle on se trouve. Moi, je vous dis: Dans cette perspective, est-ce que l'attitude que vous devriez avoir ne serait pas celle de dire: "Voilà ce que nous souhaitons comme formation, voilà le type d'encadrement que nous vous recommandons", plutôt que d'opposer une fin de non-recevoir?

Je vais vous poser une ou deux autres questions. Vous dites: Le Conseil des médecins et dentistes, bien sûr, est déjà dans l'établissement et on veut mettre à côté les sages-femmes. Est-ce que vous accepteriez qu'elles soient membres, si elles sont reconnues, du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un centre hospitalier?

M. Aubry: Nous nous attendions à cette question, bien sûr, on en a discuté. Nous avons parfois le goût de répondre comme un politicien: C'est une question hypothétique. Si vous analysez notre attitude...

La Présidente (Mme Marois): C'est un talent intéressant, vous savez, que d'être une personne politique.

M. Aubry: Oui, ça peut être intéressant. D'ailleurs, votre façon de présenter la chose est très intéressante. C'est que si on n'admet pas la nécessité, au préalable, de l'intervenant à cause des conditions mentionnées, on va vous répondre d'une façon hypothétique. Non, nous n'accepterons pas la venue d'un nouvel intervenant dans les problèmes qui ont été identifiés dans ces choses. Là, on dérive vers un problème qui est fort intéressant et je vais laisser Gérard ici en parler. Vous abordez un problème d'éthique, c'est ce que vous faites, autant une éthique gouvernementale que médicale. J'aimerais ça que Gérard - il est psychiatre et il est habitué de manipuler les idées et les concepts - vous donne une petite idée de ce qu'on pense de cet aspect.

M. Cournoyer (Gérard): Vous comprendrez, Mme la Présidente, que mon président a une bonne opinion des psychiatres.

La Présidente (Mme Marois): Enfin, il a une opinion, à tout le moins.

M. Cournoyer: Oui, vous savez, je pense que, dans tout ça, moi, ce qui m'inquiète le plus, parce que je ne suis ni obstétricien, ni gynécologue, c'est qu'il y a une question, je pense, d'éthique dans l'allocation des ressources. L'argument qu'on défend, c'est qu'on ne voit pas, à l'heure actuelle, la nécessité d'introduire des nouveaux intervenants, et il n'y a pas que les sages-femmes. Je pense que le problème avec les sages-femmes, c'est qu'il y a toute une argumentation féministe qui est derrière ça et...

La Présidente (Mme Marois): J'imagine que vous ne la critiquez pas nécessairement.

M. Cournoyer: Je m'excuse.

La Présidente (Mme Marois): J'imagine que vous ne la critiquez pas nécessairement.

M. Cournoyer: Non, pas du tout.

La Présidente (Mme Marois): Vous la reconnaissez.

M. Cournoyer: Non, pas du tout. Même que j'ai peut-être un...

La Présidente (Mme Marois): D'accord.

M. Cournoyer: ...petit commentaire additionnel que je vous ferai là-dessus, si vous me le permettez. Je pense qu'au niveau de l'éthique de l'allocation des ressources, les ressources, on nous dit et je pense qu'on l'accepte, seront toujours limitées. Et, quand on parle d'humanisation, il faudrait peut-être s'interroger à un moment donné très sérieusement. Je pense que si c'est une réalité sociologique, le désir exprimé de certaines femmes d'accoucher avec une sage-femme, il reste qu'à l'heure actuelle les femmes qui viennent accoucher ont quand même, malgré tout, sauf peut-être dans des régions très éloignées, un statut assez particulier. Elles n'attendent à peu près jamais dans une salle d'urgence. Elles ne sont jamais sur des listes d'attente. Elles n'ont pas de cancer, pas de maladie de cœur, pas de schizophrénie, elles n'ont pas de maladie épouvantable qui font que... Qu'elles utilisent les ressources et qu'elles aient les soins appropriés, tout le monde est d'accord avec ça. Mais je pense que, comme société, à un moment donné, c'est une question qui m'apparaît fondamentale au niveau de l'allocation des ressources. Que ce soient les sages-femmes ou n'importe quel autre type d'intervenants en santé, je pense que ça, c'est une question que, comme société, on ne doit pas contourner. L'argumentation féministe... Quand Mme la députée de... Vous m'excuserez, madame, je ne me souviens pas de quel comté.

La Présidente (Mme Marois): Je suis la députée de Taillon.

M. Cournoyer: Taillon, oui, mais l'autre, votre collègue-

La Présidente (Mme Marois): Mme la députée de Marie-Victorin.

M. Cournoyer: Bon. Je vous remercie. Elle disait: Les femmes ont le droit de s'autodéterminer et tout ça. C'est dans ça que je perçois

qu'il y a une certaine argumentation féministe pour les sages-femmes comme pour autre chose. Il y a un livre, Mme la Présidente, assez extraordinaire qui a été écrit par un gars qui s'appelle Edward Shorter et qui s'appelle "Le Corps des femmes". C'est un professeur d'histoire de l'Université de Toronto qui dit que, dans le fond, d'après lui, la source principale de l'oppression des femmes, c'a été leur corps et qu'elles en ont été les victimes parce qu'elles étaient extrêmement vulnérables à ce niveau-là, en particulier, à cause des grossesses répétées, des risques. Évidemment, il remonte à 150 ans. Aujourd'hui, ce qu'il nous dit, c'est qu'il y a eu un renversement historique à cause des progrès de l'obstétrique et de la gynécologie et que c'est probablement une des choses qui a le plus libéré les femmes. Donc, on ne peut pas être contre les sages-femmes parce que c'est assez vertueux d'une certaine façon, mais ce n'est pas nécessairement un besoin, je pense, à l'heure actuelle. Et, moi, comme médecin, je me dis: Si on commence à faire des... C'est vrai qu'il y a 2000 femmes qui ont choisi ça, mais si on commence à faire des lois et à allouer des ressources en fonction des désirs exprimés de la population, peut-être, comme M. le ministre Côté le disait tantôt, qu'après les fêtes on va arriver avec notre liste d'épicerie parce qu'on a plein de besoins en santé avec des gens qui sont très malades et qui... On a un beau principe d'accessibilité qui, à certains niveaux, n'est pas complètement réalisé.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Oui?

Mme Vermette: Je voudrais juste dire-

La Présidente (Mme Marois): Très très brièvement, parce que nous avons terminé pour l'instant.

Mme Vermette: Très très court. Sans vouloir tout à fait faire un dialogue, j'ai lu moi aussi le livre et je pourrais vous dire que là-dedans, ce à quoi on fait référence... C'est grâce aux sages-femmes que l'anatomie a pris forme et c'est grâce aux sages-femmes que les hommes médecins ont pu mettre à profit les connaissances obstétricales. C'est là-dedans que les femmes ont découvert leur solidarité et leur complémentarité aussi.

La Présidente (Mme Marois): Évidemment, il n'est pas censé y avoir de manifestation, mais j'imagine que ce doit être un cri du cœur quelque part. M. le ministre, s'il vous plaît.

M. Côté (Charlesbourg): En remerciant le Dr Aubry ainsi que ceux qui l'accompagnent. Je pense que c'a été un échange corsé. C'est peut-être le plus corsé qu'on ait eu depuis le début.

C'est peut-être l'avantage ou le désavantage de passer en dernier, ou à peu près, à ce moment-là. Mais il faut quand même admettre que le ton de votre mémoire était aussi assez sévère, mais ça représente ce que vous pensez et ça, je pense que c'était ça le but de l'exercice.

En terminant, puisqu'on a été interpellé à quelques occasions sur l'allocation des ressources sur le plan financier, j'ai hâte, je vous le dis, j'ai hâte au mois de février ou mars, parce que, je vous le dis tout de suite, je vais arriver avec des exemples d'abus dans les hôpitaux, à l'extérieur des hôpitaux, de gens qui consomment et de gens qui dispensent des services. Et on va le faire, l'examen, une fois pour toutes, de ce qui est attribué en termes de ressources et des besoins. Et je pense qu'on pourra arriver à des conclusions très intéressantes, si tout le monde est ouvert et si on doit se questionner, nous, comme gouvernement, on va se questionner. Parce que ça ne doit pas être à sens unique, et ce n'est pas uniquement les gens dans le champ qui ont des torts; on en a nous aussi. Mais on va le faire très très ouvertement. En terminant, je veux vous rappeler que l'Ontario s'apprête à reconnaître l'existence des sages-femmes et que, selon une étude économique faite par eux-mêmes, le gouvernement là-bas sauverait 270 \$ par grossesse. En tout cas, sur le plan des ressources, prenez ça comme une affirmation qui est faite par l'Ontario. Je n'ai pas les moyens de valider tout ça, mais si on sauve 270 \$ par grossesse parce qu'il y a des sages-femmes, ça va peut-être nous donner quelques ressources additionnelles à réinvestir dans le système pour satisfaire d'autres besoins que vous évoquez.

M. Aubry: Juste une petite minute, puisqu'on a abordé ça, si vous avez remarqué, on n'a pas abordé l'aspect monétaire. C'est la première fois..

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

M. Aubry: Non, on ne l'abordera pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Aubry: C'est juste pour dire que M. Côté vient de mentionner qu'on sauve 270 \$ et dans le livre que je vous ai présenté tout à l'heure - les six qui ont été faits sans consultation aucune - un des chapitres est consacré juste à ça, de diminuer les coûts. On diminue les coûts après que les services ont été rendus, pas avant. Alors, cette affirmation-là, en Ontario, ça peut exister, c'est différent. On serait prêts à en discuter, pas aujourd'hui, mais ce n'est pas notre souci majeur. Nous parlons de la qualité de l'acte, c'est ce que je voulais souligner, tout simplement.

La Présidente (Mme Marois): On vous remercie de votre présentation.

J'appellerais maintenant le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais à prendre place, s'il vous plaît.

Alors, nous allons procéder. Mme Hutton, c'est ça?

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Mme Hutton (Géraldine): Oui.

La Présidente (Mme Marois): Vous êtes directrice générale, vous allez présenter les gens qui vous accompagnent.

Mme Hutton: Merci.

La Présidente (Mme Marois): Et vous y allez ensuite avec la présentation de votre mémoire.

Mme Hutton: Merci. Je suis Géraldine Hutton, directrice générale du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Avec moi, Mme Colette Trent, membre du conseil d'administration du Conseil régional. Il y a également Mme Thérèse Maloney, sage-femme professionnelle, qui travaille dans l'Outaouais, qui est aussi membre de notre comité consultatif sur les services de maternité des sages-femmes, et qui travaille aussi en collaboration avec le comité consultatif sur les sages-femmes à l'hôpital Riverside, à Ottawa; Mme Marie-Claude Desjardins, qui est présidente de Naissance-Renaissance de l'Outaouais; Mme Jocelyne Gadbois, directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier de Maniwaki; et Mme Madeleine Émond, conseillère en planification au Conseil régional.

Je laisse la parole à ce moment-ci à Mme Trent, pour vous faire un exposé de notre document.

Mme Trent (Colette): Merci. Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes et MM. les commissaires. Depuis plus de dix ans, la région de l'Outaouais déploie des efforts importants en regard de l'adaptation des services de périnatalité en faveur, soit du développement de lieux de naissance accueillants, soit du développement d'outils susceptibles de rejoindre de façon plus adéquate les clientèles démunies, soit en favorisant des démarches personnelles de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans une perspective de globalité.

À l'intérieur de ces nombreuses démarches, s'est défini de plus en plus clairement le besoin d'aborder diverses approches de services en périnatalité, de façon à considérer des lieux de naissance autonomes où les principales concer-

nées présideraient aux orientations de la maternité, de façon à offrir une réponse satisfaisante à leurs besoins.

(16 h 30)

Le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a participé activement à la définition d'approches de services de maternité. C'est pourquoi, aujourd'hui, il désire porter à votre attention, d'une part, les besoins exprimés par les femmes de l'Outaouais en regard d'une ressource alternative et innovatrice en périnatalité, soit une maternité autonome avec sages-femmes dans l'Outaouais. D'autre part, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais désire vous faire part de son intérêt à participer à l'expérimentation de la pratique sage-femme au Québec.

La région de l'Outaouais est située en zone frontalière, près d'Ottawa, et compte un bassin de 68 000 femmes en âge de procréer, soit entre 15 et 44 ans. Dans le contexte d'une zone urbaine et d'une zone rurale de 3600 naissances, 2100 ou 66 % ont lieu en milieu urbain. Depuis 1976, les 9 centres locaux de services communautaires de la région offrent des services préventifs périnataux à plus de 60 % de la clientèle. Les centres hospitaliers ayant un service d'obstétrique disposent, pour la plupart, de chambres des naissances. Des obstétriciens-gynécologues et omnipraticiens effectuent des suivis périnataux individuels en cabinet privé, à l'intérieur d'une gamme diverse de services professionnels. On dénombre annuellement environ une cinquantaine de femmes de l'Outaouais qui décident d'accoucher à domicile. Un nombre important de femmes de l'Outaouais utilisent les services d'obstétrique d'Ottawa où l'on constate la présence de services alternatifs, comme un centre de maternité intrahospitalier.

Les femmes donnant naissance en Outaouais se caractérisent par une fécondité plus élevée que la moyenne des femmes du Québec, un âge moyen plus jeune, mettant ainsi au monde des enfants plus tôt dans leur vie, une proportion plus élevée qu'au Québec n'ayant pas complété leurs études secondaires, et une proportion plus élevée qu'au Québec de mères adolescentes.

Bien que le taux de mortalité infantile dans l'Outaouais se compare au taux provincial, ce sont les naissances de bébés de poids insuffisant, c'est-à-dire moins de 2500 grammes, qui contribuent à la problématique de santé infantile dans notre région. Ces caractéristiques se retrouvent chez des groupes de population pour lesquels l'approche sage-femme se prête particulièrement bien.

En 1980, les femmes de l'Outaouais, lors du colloque "Accoucher ou se faire accoucher", ont exprimé les mêmes demandes que l'ensemble des femmes du Québec, soit: une approche globale, l'humanisation des soins, la démedicalisation de

l'accouchement, un non-morcellement des soins, un suivi avant, pendant l'accouchement et postnaissance par une même personne, un même soutien; la reconnaissance de la pratique des sages-femmes, la reconnaissance de la compétence des femmes, c'est-à-dire le droit des femmes de choisir le milieu, le mode, la façon dont elles vont donner naissance; des centres de maternité, des maisons des naissances autonomes ou des chambres des naissances comme substitut à la salle de travail et d'accouchement; finalement, des interventions limitées en termes d'épisiotomie, de forceps, de césarienne. Comme le disaient tantôt les représentants de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, si le Québec se situe au quatrième rang en obstétrique, je me demande à quel rang on vient dans le domaine des césariennes. Je n'ai pas la réponse, mais ça m'inquiète.

En plus d'exprimer les mêmes demandes que l'ensemble des femmes du Québec, deux actions majeures ont été entreprises: la formation d'un groupe de pression pour obtenir des maternités avec sages-femmes et la formation d'un comité de travail d'intervenants en vue de l'établissement d'une maternité à proximité d'un centre hospitalier.

La détermination des femmes de l'Outaouais s'est concrétisée dans la formation d'un groupe de pression important, Naissance-Renaissance Outaouais, par sa représentativité et par les démarches exploratoires entreprises en vue de définir l'idée d'une maternité en visitant le Maternity Center de New York. On pourra vous donner plus de détails sur ce centre à New York, au moment de la période de discussion.

Dans la foulée de ces actions, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a été sensibilisé à ces demandes et s'est associé aux intervenants impliqués. En 1986, le conseil effectuait, avec le support d'un comité aviseur regroupant les principaux acteurs des milieux concernés, une étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes dans l'Outaouais, en vue d'éclaircir le concept d'une telle ressource. À l'intérieur de cette étude, un sondage d'opinion a été réalisé auprès des femmes de 15 à 44 ans. Les résultats de ce sondage indiquent que: 72 % des répondantes connaissaient ce que fait la sage-femme; 62 % choisiraient une sage-femme pour les assister durant leur grossesse et lors de l'accouchement, dans l'éventualité où celle-ci aurait une formation universitaire de trois ans; 61 % des répondantes choisiraient d'accoucher dans un centre de maternité, plutôt qu'à l'hôpital; 55 % des répondantes, choisissant d'accoucher dans un centre de maternité, estiment que le site privilégié pour un éventuel centre de maternité serait à l'extérieur de l'hôpital. Je vous ferai noter que c'était une erreur qu'il y avait dans le document que vous avez peut-être reçu. Ça disait "à l'intérieur". Alors, c'est à

l'extérieur de l'hôpital que 55 % choisissent de voir ce centre.

Ces résultats sont l'expression d'un besoin indéniable, pour les femmes de l'Outaouais, d'une ressource offrant des services de maternité dans un cadre différent du milieu hospitalier et en présence de la sage-femme.

L'étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes, réalisée par le Conseil régional de l'Outaouais, définit des principes d'orientation et de fonctionnement ainsi que cinq hypothèses de structuration, soit: un centre de maternité autonome, localisé près d'un centre hospitalier, ça serait une première possibilité; 2° un centre de maternité géré par un CLSC et localisé, aussi, près d'un centre hospitalier; troisième possibilité, un centre de maternité géré par un centre hospitalier, localisé près d'un centre hospitalier; 4° un centre de maternité géré par un centre hospitalier, localisé dans un centre hospitalier; 5° un centre de maternité autonome, localisé dans un centre hospitalier. Ça vous donne un peu l'éventail des possibilités de ces centres.

Chacune de ces hypothèses demeure en soi intéressante. Cependant, en raison des besoins des femmes déjà identifiés lors du colloque "Accoucher ou se faire accoucher", en raison des résultats du sondage réalisé dans l'Outaouais auprès des femmes de 15 à 44 ans, en raison des efforts déjà consentis dans les structures actuelles afin d'améliorer la qualité des réponses aux demandes de la clientèle, en raison de l'aspect alternatif et novateur d'une expérimentation, en raison des inconvénients liés aux autres hypothèses, le choix d'une maternité autonome, avec sages-femmes, est favorisé par l'Outaouais. Ce choix a été réitéré, en 1989, par un comité d'experts formé pour valider l'étude de 1986.

Ce sur quoi le CRSSS de l'Outaouais aimerait que la commission parlementaire se penche, c'est sur la possibilité d'avoir plus d'un type de projet-pilote. Peut-être pourrait-on envisager d'autres formes de structures alternatives, comme, par exemple, celles examinées par notre étude. Offrons une alternative réelle à l'accouchement médicalisé que doit connaître la majorité des femmes, aujourd'hui.

La région de l'Outaouais serait très intéressée à être associée à un projet-pilote d'un autre type, soit hors d'un centre hospitalier et autonome. Encore une fois, on pourra revenir, au moment de la discussion, sur la définition d'un centre autonome. Par ailleurs, reconnaissant que le projet de loi 156 actuel se situe peut-être dans une approche à petits pas, la région de l'Outaouais demeure intéressée et prête à participer à l'expérience de la pratique de la sage-femme au Québec telle qu'identifiée dans le projet-pilote. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Marois): Merci, madame M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Merci. Vous nous dites à la page 2: "On dénombre annuellement une cinquantaine de femmes de l'Outaouais qui décident d'accoucher à domicile;" donc, un phénomène qui est connu. "Un nombre important de femmes de l'Outaouais utilisent les services d'obstétrique d'Ottawa où l'on constate la présence de services alternatifs comme un centre de maternité intrahospitalier." Évidemment, vous êtes dans une situation, j'allais peut-être dire à tort, privilégiée, compte tenu de votre situation géographique par rapport à l'Ontario. C'est un phénomène que l'on connaît bien. L'Ontario, au moment où nous nous parions, envisage de reconnaître la pratique des sages-femmes et on me dit même qu'il y a eu certaines expériences-pilotes en Ontario qui n'ont pas été concluantes. J'aimerais vous entendre là-dessus. Qu'est-ce qui s'est passé en Ontario et qu'est-ce qui fait que ça n'a pas fonctionné, parce que je pense que vous ôtes peut-être les personnes les plus habilitées à nous renseigner?

Mme Hutton: Je vais laisser la parole à Mme Maloney qui peut vous donner certaines informations.

Mme Maloney (Thérèse): Je suis sur le comité consultatif au Riverside Birthing Center qui est un des quatre centres de naissance qui ont été formés dernièrement en Ontario dans les centres hospitaliers, gérés par les centres hospitaliers. Là, on trouve qu'après un an et demi à peu près de fonctionnement, ça ne présente pas nécessairement une alternative, premièrement, parce que le pouvoir décisionnel reste toujours à l'hôpital. Ça veut dire que le comité consultatif, dont je suis membre, répond à un comité exécutif qui, lui, répond au département d'obstétrique de l'hôpital et à la direction administrative de l'hôpital. Ça veut dire que toutes les décisions d'engagement de personnel, la gestion de personnel, les protocoles, les admissions, les congés, l'évaluation des risques, les soins, les interventions sont tous dirigés, finalement, par l'hôpital. Les sages-femmes fonctionnent plutôt comme les infirmières et sont aussi engagées comme infirmières, pas comme sages-femmes. Elles n'ont pas le droit de fonctionner complètement comme des sages-femmes, seulement comme aides. Ce sont les médecins qui fonctionnent, finalement, dans le centre avec l'aide de sages-femmes. Mais il y a un manque de continuité toujours et il y a un manque de présence des usagères dans les comités pour prendre des décisions. Ce sont les problèmes qu'on a vus à l'hôpital Riverside, évidemment.

M. Côté (Charlesbourg): Donc, si je comprends bien, par rapport à ce qu'on a entendu antérieurement, c'est un problème organisation-

nel. C'est un problème de structures qui ne fonctionnent pas ou qui n'acceptent pas de fonctionner, si je comprends bien.

Mme Hutton: D'après les informations que nous avons reçues, ça semble toujours être une approche organisationnelle qui est problématique. C'est un des éléments qui sont ressortis au niveau de notre étude quand on a regardé les différentes hypothèses. C'est un petit peu ça dont on a peur au niveau de votre projet de loi où vous avez encore des structures qui reportent à des conseils de sages-femmes, des comités exécutifs et ainsi de suite. Je pense qu'éventuellement, ça reporte au niveau du conseil d'administration de rétablissement, mais il y a tellement de paliers, de reports avant qu'on puisse vraiment régler une problématique de situation à l'intérieur du centre hospitalier, ça prend beaucoup de temps.

M. Côté (Charlesbourg): C'est là où vous en arrivez, compte tenu de votre expérience vécue à Ottawa, à parler de centre autonome. C'est probablement là et vous nous avez dit: On peut répondre à davantage de questions sur le centre autonome. Parlez-nous donc de ce centre autonome.

(16 h 45)

Mme Hutton: Le centre autonome, comme tel, on parle de la formation d'un conseil d'administration, un petit peu comme ça se fait au niveau d'autres éléments dans la région de l'Outaouais. Je vais vous donner un exemple: notre centre de santé des femmes où on pratique à ce moment-ci les "abortions", les avortements; également au niveau du centre de crises, en ce qui concerne la santé mentale, ce n'est pas un centre à l'intérieur d'un établissement, ni au niveau du CLSC, ni au niveau du centre hospitalier dit psychiatrique. L'objectif, c'est de vraiment avoir un genre d'organisme à but non lucratif avec un conseil d'administration comme tel.

Je laisserais Mme Gadbois expliquer un petit peu la façon dont on veut fonctionner.

La Présidente (Mme Marois): Vous pouvez nous aider, s'il vous plaît.

Mme Gadbois (Jocelyne): Mme la Présidente, M. le ministre, ici, le choix du conseil d'administration du Conseil régional de la santé se porte sur un projet autonome d'abord et en raison de l'aspect créateur et innovateur d'une maison des naissances avec sages-femmes. Dans un premier temps, la prémisse est de faire gérer les usagères. Nous allons chercher nos raisons à l'intérieur du sondage que nous avons fait en 1986 et qui a été revalidé au cours de cette année-ci, donc, l'importance que les usagères jouent un rôle actif à l'intérieur d'une maison

des naissances. Nous croyons qu'à l'intérieur - pour reprendre les mots du monsieur de tantôt - de l'"embrouillement administratif" existant dans les hôpitaux présentement, l'usagère n'aura pas sa place ou, du moins, n'aura pas une place de choix. C'est là un principe fondamental qui justifie la gestion autonome de maisons des naissances.

Dans un deuxième temps, les orientations de cette maison des naissances veulent renforcer l'autonomie de ces personnes et veulent également les encourager à siéger au conseil d'administration. Donc, il y a lieu, à l'intérieur d'un conseil d'administration d'une maison des naissances, d'avoir place et pour des intervenants, entre autres des sages-femmes, et pour des usagères, et aussi pour d'autres intervenants du milieu, tels que des médecins, des obstétriciens omnipraticiens, tels d'autres établissements avec lesquels nous aurons le besoin d'établir des protocoles ou des contrats de services pour assurer la continuité des soins et des services, car c'est là un autre aspect fondamental d'une maison des naissances: assurer la sécurité dans le respect du choix et du vécu des femmes qui veulent mettre au monde des enfants dans le cadre d'une maison des naissances. C'est donc un projet alternatif qui veut offrir aux femmes, à côté de l'hôpital traditionnel, un projet sécuritaire où elles vont aller accoucher avec l'aide d'intervenantes que sont les sages-femmes.

Nous voulons également que ce projet soit géré de façon autonome, parce que nous croyons en la compétence de la femme quant à son vécu et nous croyons également qu'elle puisse associer cette compétence au savoir professionnel. Nous pensons que l'alliance de ces deux connaissances est fondamentale. Alors, c'est pourquoi nous voulons favoriser une approche globale de soins continus dans le cadre d'une maison des naissances. Nous voulons qu'elle soit située à l'extérieur d'un centre hospitalier parce qu'il va de soi que créer un milieu de vie de style "maison des naissances", il nous faut là un milieu plus petit, un milieu qui soit accueillant et un milieu qui se désinstitutionnalise, alors que le centre hospitalier est tout de suite associé à la maladie. Nous voulons briser ce concept, éliminer cette image de maladie.

Alors, nous voulons favoriser l'application des principes d'orientation, c'est-à-dire: le droit à l'autonomie et au respect de la compétence spécifique de la femme enceinte, la sécurité psychologique de la mère et du nouveau-né et, il va de soi, sa sécurité physiologique, la prise en charge par la famille et l'orientation communautaire d'un centre tel qu'une maison des naissances et l'offre de soins et services en fonction de l'événement vécu. Nous voulons favoriser, en respectant cette série de principes que je viens d'énoncer, la personnalisation des soins et des

soins non routiniers lors du vécu d'un accouchement, même avant, pendant et après. Évidemment, nous maintenons le principe que, pour assurer ce suivi dans le respect des principes que nous mettons de l'avant, il est prépondérant de reconnaître l'intervenante qu'est la sage-femme.

La Présidente (Mme Marois): Merci, Mme Gadbois. Est-ce qu'il y a d'autres questions? Une petite dernière.

M. Côté (Charlesbourg): Une petite dernière, oui. Je comprends, dans le projet autonome et aussi par rapport au mémoire et à l'historique que vous avez fait dans l'Outaouais, qu'il y a une préoccupation d'être à proximité d'un centre hospitalier parce qu'on ne peut pas négliger le fait qu'on est dans des situations critiques, à l'occasion, et qu'il faut, par conséquent, avoir un protocole avec un centre hospitalier pour être capable de récupérer des situations d'urgence, et Dieu sait qu'il y en a! Il n'y a personne qui les souhaite et personne ne les veut.

Dans le cas actuel, au-delà des ententes particulières que vous pourriez avoir avec un médecin spécialiste qui, lui, pourrait s'associer à la maison des naissances, est-ce qu'il y a des approches faites auprès de centres hospitaliers de l'Outaouais qui seraient prêts à signer un protocole de cette nature avec vous?

Mme Hutton: Nous avons, oui, une approche faite, de toute façon, avec un centre hospitalier de la région de l'Outaouais et, également, une approche avec deux CLSC qui sont prêts à s'impliquer davantage au niveau d'une partie des cours prénataux, avec le centre de maternité également et au niveau de tout ce qui touche les urgences de la situation. Il y aura aussi des protocoles avec un service ambulancier de très près également, au niveau du besoin d'aller au centre hospitalier.

À l'intérieur de ce centre hospitalier, il y a deux obstétriciens, à ce moment-ci, qui travaillent et certains omnipraticiens accouchent également. Un des obstétriciens était sur le comité de travail avec nous. Donc, il y a quand même une collaboration volontaire qui est là, au niveau de la région comme telle.

M. Côté (Charlesbourg): L'approche est-elle concluante, le fait qu'il va y avoir un protocole avec le centre hospitalier?

Mme Hutton: Oui.

M. Côté (Charlesbourg): D'accord.

La Présidente (Mme Marois): Merci. Mme la députée des Chutes-de-la-Chaudière.

Mme Carrier-Perreault: Merci. Si je com-

prends bien, vous venez de dire que les obstétriciens collaborent avec vous autres, à ce niveau-là. Il y a une collaboration présentement.

Mme Hutton: Oui, effectivement, il y a une collaboration des obstétriciens; également au niveau du Département de santé communautaire, le chef de service, à ce moment-là, était sur notre comité de travail. Le Département de santé communautaire est prêt à s'impliquer davantage également au niveau de l'évaluation, au niveau du projet-pilote également.

Mme Carrier-Perreault: Vous nous avez présenté un projet. Si jamais ce projet ne pouvait pas s'actualiser comme tel, est-ce que vous seriez intéressés quand même à participer à une autre forme, si on veut, de projet, d'expérimentation?

Mme Hutton: Oui, au niveau de notre étude et au niveau des décisions du conseil d'administration du Conseil régional et également de la région, le numéro un, naturellement, c'est un centre de maternité autonome. On pense, à ce moment-ci, que le projet de loi qui est devant nous a besoin d'être changé si jamais on s'aligne sur un projet autonome. On est prêtes, en deuxième lieu, à s'approcher beaucoup plus près d'un CLSC, c'est-à-dire un contrat de services avec une maison proche d'un centre hospitalier mais gérée par un CLSC, comme ça se fait au niveau de notre centre de santé des femmes, à ce moment-ci, au niveau de l'avortement et, en troisième lieu, avec le centre hospitalier en question avec lequel nous avons fait certaines approches pour avoir un centre de maternité à l'extérieur du centre hospitalier, mais géré par le centre hospitalier.

La Présidente (Mme Marois): Cela va. Mme la députée de Marie-Victorin.

Mme Vermette: J'aurais une question sur la formation, la reconnaissance professionnel de la sage-femme. Est-ce que vous considérez comme important que la reconnaissance se fasse à l'intérieur du cadre de la loi actuelle, c'est-à-dire qu'après un certain temps, à mi-chemin dans l'expérience, on réévalue, en fait, si c'est concluant ou non concluant, cette approche telle que proposée ou, en tout cas, les projets-pilotes et, à partir de ça, qu'on mette des mécanismes pour reconnaître la corporation ou la profession de sage-femme, ou si on doit attendre les cinq ans pour arriver à déclencher ce processus de reconnaissance?

Mme Hutton: Pour nous, au niveau de la formation, c'est certain que ça prend plus de temps avant de reconnaître la profession de sage-femme. On a déjà essayé, je crois, il y a

presque deux ans, de reconnaître la profession comme telle. Je pense, à ce moment-là, que l'objectif, c'est de laisser aller les sages-femmes travailler de façon un petit peu plus autonome pour se faire reconnaître. Au niveau de cet aspect, c'est certain qu'on aimerait, à l'intérieur du temps du projet-pilote, qu'il y ait une évaluation pour avancer vers une reconnaissance des sages-femmes.

La Présidente (Mme Marois): Ça va, Mme la députée? Merci. Si je comprends bien, malgré le fait qu'il y ait eu des gens de corporations, de fédérations ou d'associations représentant des médecins ou des spécialistes s'opposant, enfin, très fortement, je dirais, au projet qui est devant nous, vous, de votre côté, vous avez établi une possibilité d'entente avec des médecins qui, eux, seraient d'accord pour être impliqués dans le projet dont vous nous parlez aujourd'hui.

Mme Hutton: Effectivement. De toute façon, à ce moment-ci, à l'intérieur de notre région. Peut-être que je pourrais laisser Mme Maloney indiquer comment elle travaille avec des médecins obstétriciens, à ce moment-ci, dans la région de l'Outaouais.

La Présidente (Mme Marois): Ce serait intéressant de connaître cette expérience

Mme Maloney: Certainement. Moi-même, du côté personnel, ainsi que les cinq ou sept autres sages-femmes dans la région qui travaillent en Ontario et dans l'Outaouais, on fonctionne, on travaille avec des omnipraticiens et des obstétriciens; on a de très bonnes relations. On a des protocoles qui sont établis entre nous. Ils nous soutiennent pour des accouchements à la maison et aussi pour faire l'accompagnement à l'hôpital, en tout cas, au niveau du travail des sages-femmes qui pratiquent. Maintenant, dans la région de l'Outaouais, on a la collaboration des gens, on a de l'aide, on a la coopération des médecins qui travaillent actuellement dans notre région.

La Présidente (Mme Marois): Vous sentez que cette relation peut être très respectueuse et très égalitaire, finalement, et ne pas poser de problèmes de subordination.

Mme Maloney: Non, pas du tout. Même, j'espère encore plus, si on établit le projet-pilote, qu'on va avoir encore plus de médecins qui vont être prêts à travailler avec nous.

La Présidente (Mme Marois): Et vivre cette expérience? D'accord. M. le ministre, avez-vous des choses à ajouter?

M. Côté (Charlesbourg): Ça va. Je veux

juste vous remercier. Je pense que ça donne un éclairage assez intéressant sur, effectivement, des possibilités de réalisation et d'ouverture de certains spécialistes aussi pour collaborer en toute sécurité. Ça, ça m'apparaît extrêmement intéressant pour vivre l'expérience et être capable de conclure, à la fin, si c'est positif ou négatif. C'est ça, le but de l'exercice, sans présumer de tout ce qui arrivera. En ce sens, je pense qu'on n'a qu'à vous féliciter de l'initiative que vous avez prise, c'est en parfaite continuité avec votre histoire dans ce dossier, et tirer profit de l'expérience ontarienne qui, elle, a ses écueils, compte tenu de l'organisation structurelle parce qu'on peut les étouffer, les projets-pilotes, par les CMDP. Ça, je pense que ça m'apparaît très clair. Ce n'est pas ça, le but de l'exercice, c'est une collaboration de tout le monde. Et qu'il y en ait dans l'Outaouais qui veulent le faire, c'est une percée très significative. Il restera aux sages-femmes de démontrer, disons, leur place sur le plan professionnel et qu'on s'assure toujours, en tout temps, de la santé de la mère et du bébé. Ça, c'est absolument capital. Alors, merci de votre contribution.

Mme Hutton: Merci. Je voulais juste-

La Présidente (Mme Marois): Oui, je vois quelqu'un qui a la main levée, qui voudrait peut-être...

Mme Hutton: ...dire qu'au niveau de la région il y a une volonté régionale de s'avancer au niveau de cette pratique, de ce type d'alternative. De toute façon, il y a des demandes de notre population de femmes. Le sondage démontre qu'il y a une collaboration des établissements et de certains professionnels. Je ne dis pas tous non plus, mais je pense qu'à ce moment-là, au conseil d'administration au Conseil régional, on est prêt à garder notre genre de comité de coordination pour aider. On sait très bien que des problèmes seront soulevés en cours de route, mais c'est une question d'essayer de trouver des solutions. Donc, on vous remercie beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Il y avait Mme Desjardins, je crois, qui voulait... (17 heures)

Mme Desjardins (Marie-Claude): Oui, j'aimerais prendre quelques secondes pour réaffirmer et un peu réagir à des propos que j'ai entendus, tout à l'heure, en tant que représentante des usagères et des femmes. J'ai été profondément insultée par le manque de respect évident. On nous dit qu'on a besoin d'être protégées contre nous-mêmes. Moi, j'ai l'impression qu'on a besoin d'être protégées contre eux et je sens parfois qu'on est à la merci d'intérêts corporatifs à peine voilés. C'est vraiment décourageant. Je sais que vous allez avoir, dans les mois qui s'en

viennent, des pressions terribles. C'est évident. J'espère que vous allez continuer...

M. Côté (Charlesbourg): Je ne suis pas nerveux.

Mme Desjardins: ...de porter... Je sens qu'il y a vraiment une volonté, de votre côté, d'avancer. Quant à moi, j'espère que les mots ne vont pas choquer, mais je me dis qu'il faut briser ce pouvoir immense. C'est insupportable. Moi, je trouve que ça frise la violence. Enfin, je n'ai plus de mots. Je suis à court de mots. Merci de continuer à y croire, pour nous les femmes. On n'est pas juste 2000. On est 2000 qui avons choisi d'accoucher avec des sages-femmes, mais il y a toutes les autres qui ont toutes sortes d'histoires abominables à raconter et il faut que ça cesse. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Oui, vous voulez terminer.

Mme Trent: On parie d'un projet-pilote de cinq ans. On avait certaines inquiétudes à ce niveau-là parce que si c'est tout de suite, au moment où la loi est sanctionnée, que ces cinq ans commencent, on se demande si cinq ans, c'est assez long pour pouvoir élaborer un tel projet, faire tout ce qu'il y a et faire une évaluation valable et tout ça. Ça nous inquiète. Il y a une autre chose qu'on se dit: Il ne faudrait peut-être pas ignorer un projet-pilote qui a quand même duré plus de 19 siècles, tout ce temps où les femmes ont accouché avec l'aide d'autres femmes. C'est peut-être un projet-pilote qui vaut la peine d'être...

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): C'est un beau message. Merci beaucoup de votre présentation. Sachons tirer les leçons de l'histoire.

Je voudrais maintenant inviter la Section du Québec du Collège des médecins de famille du Canada, s'il vous plaît.

Alors, bienvenue à notre commission. J'aimerais que vous vous présentiez. M. Lalonde, c'est ça, vous êtes le président.

Section du Québec du Collège des médecins de famille du Canada

M. Lalonde (Viateur): C'est moi.

La Présidente (Mme Marois): C'est vous. J'aimerais que vous présentiez les gens qui vous accompagnent et, ensuite, passer à la présentation de votre mémoire. Merci.

M. Lalonde: Oui. Je vais vous présenter, à ma droite, Dr Jean-Pierre Despins qui est

l'ancien président de notre section; tout à fait à ma gauche, Dr Alain Pavilans qui est le vice-président et, à côté de moi, Dr Lyne Savoie, membre de notre section.

Je vais vous lire le texte qu'on a fait.

Le Collège des médecins de famille est un organisme national voué à la promotion de l'excellence en médecine. Il est composé de dix sections, chacune représentant une province. Le collège compte plus de 9000 membres, dont 1600 sont représentés par la section du Québec. Le rôle du Collège ainsi que celui des sections qui le composent en est un spécifiquement éducatif, il s'assure de la qualité de la formation des médecins de famille par l'évaluation des programmes d'enseignement universitaire et du maintien de la compétence de ses membres. C'est le Collège qui agréé les programmes universitaires.

La Section du Québec présentait, en novembre 1987, au ministère de la Santé et des Services sociaux un document en réponse au rapport intitulé "Périnatalité au Québec, étude d'un moyen pour atteindre les objectifs, la pratique des sages-femmes".

En résumé, voici la teneur de notre document. D'abord, nous ne croyons pas nécessaire l'ajout d'un troisième niveau en soins de périnatalité au Québec, représenté par la sage-femme. Nous précisons que le médecin de famille a la formation et la compétence pour s'occuper de tous les soins de première ligne en périnatalité. Nous favorisons l'humanisation et la personnalisation des soins en périnatalité en démontrant l'importance de soins continus et globaux. La pratique limitée de la sage-femme aurait pour effet de compartimenter et de cloisonner une partie des soins en périnatalité. Nous nous demandons, finalement, comment la pratique des sages-femmes aurait pour effet de diminuer la mortalité périnatale et de réduire la prématurité au Québec, objectifs tant recherchés.

Nous ne croyons toujours pas, en 1989, à la nécessité d'introduire une nouvelle intervenante en périnatalité. Nous vivons présentement au Québec une période d'économies budgétaires à l'intérieur de notre système de santé. Il semble paradoxal de proposer des coûts supplémentaires par l'ajout d'un service de sages-femmes qui n'apporte rien de neuf au système de santé actuel. Il s'agit ici d'une duplication d'un service existant. C'est ce qu'on pourrait appeler un paradoxe économique.

Les recommandations qui suivent ne sont pas dictées par un changement d'opinion de notre part. Elles reflètent une volonté de participation face à la décision politique du ministre d'imposer la pratique des sages-femmes.

L'article 2 propose une définition des champs de pratique de la sage-femme. Si la pratique des sages-femmes est légalisée, nous croyons qu'elles devraient avoir un champ d'action clinique plus restreint. Il devrait couvrir

au plus le suivi de la grossesse normale et l'accouchement normal, conjointement avec le suivi médical périodique. Quant aux grossesses à risque, le médecin de famille et/ou l'obstétricien-gynécologue devraient en assurer le suivi.

L'article 5 propose la formation d'un comité constitué de trois sages-femmes, d'un médecin et d'une infirmière afin d'élaborer des critères généraux de formation et de compétence des sages-femmes ainsi que de procéder à l'évaluation de chaque sage-femme qui en fait la demande et de déterminer si elle est admissible à exercer dans le cadre des projets-pilotes la pratique des sages-femmes. Nous croyons que ce comité devrait être formé d'un nombre égal de médecins recommandés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec et de sages-femmes.

L'article 7 propose l'identification des actes médicaux que les sages-femmes seront autorisées à poser en outre des actes constituant la pratique des sages-femmes telle que définie à l'article 2. Nous ne croyons pas pertinent le fait d'ajouter des actes médicaux à la pratique courante des sages-femmes. Cet article 7 propose également pour l'approbation du projet-pilote d'avoir l'avis du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre hospitalier, le cas échéant. Il nous apparaît important que cet avis du CMDP soit obligatoirement obtenu.

L'article 15 propose qu'une femme qui présente une grossesse à risque peut toutefois, avec l'accord de son médecin, recevoir des soins d'une sage-femme. Dans ce cas, cependant, le médecin traitant assume la responsabilité de l'accouchement. Nous croyons qu'on ne devrait attribuer cette responsabilité au médecin que s'il effectue lui-même l'accouchement et que cette responsabilité devrait être partagée par la sage-femme si celle-ci a effectué le suivi de grossesse.

L'article 17 propose que les pouvoirs du conseil des sages-femmes dans un centre hospitalier soient exercés par un comité exécutif formé de la façon suivante: deux sages-femmes élues par et parmi celles qui exercent leur fonction dans le service de maternité; deux médecins, dont l'un spécialisé en obstétrique, nommé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Nous croyons qu'un de ces deux médecins devrait être un médecin de famille obstétricien et l'autre un gynécologue obstétricien.

Les articles 11, 14 et 19 touchant les services de maternité proposent une organisation de services parallèles au service médical d'obstétrique. Nous croyons qu'il est important de prévoir une interface fonctionnelle entre les deux services afin d'éviter un fouillis organisationnel majeur. Nous ne croyons pas qu'il soit pertinent de créer une nouvelle unité physique comme telle.

L'article 23 propose que le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre

responsable de l'application des lois professionnelles doivent au plus tard, (une date à venir), faire au gouvernement un rapport sur la mise en oeuvre de la présente loi.

Nous croyons que, dans ce projet de loi, les mesures d'évaluation finale - au bout de cinq ans - de ces projets-pilotes ne sont pas assez précises. Nous croyons que la Corporation professionnelle des médecins du Québec doit y être impliquée de façon claire. Cette évaluation devrait reposer sur des objectifs bien définis au départ. Ces objectifs devraient représenter des standards élevés de qualité, comparables à ceux des services médicaux actuels. Cette évaluation devrait nécessairement tenir compte du rapport coûts-bénéfices.

En résumé, la position de la Section du Québec du Collège des médecins de famille est la suivante. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire ni souhaitable d'ajouter un troisième niveau d'intervenants en périnatalité au Québec. Le médecin de famille a la formation et la compétence pour assurer les soins à la mère pendant la grossesse, l'assister à l'accouchement et lui prodiguer les soins après l'accouchement. Le médecin de famille peut également assurer des soins continus et globaux à la mère et à l'enfant en tout temps en dehors du suivi périnatal et ce, de façon humaine et personnelle.

La Présidente (Mme Marois): Merci. M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Je veux remercier le Dr Lalonde ainsi que ceux qui l'accompagnent. Je pense que ça termine bien nos audiences. Ce que je perçois dans ce texte, c'est une ouverture d'esprit. Ce que vous dites, c'est qu'on n'y croit pas à la reconnaissance, mais, dans la mesure où le politique a décidé de le faire, voici les conditions dans lesquelles ça pourrait se faire. Ça me paraît... En tout cas, pour moi, c'est un soulagement de voir une position comme celle-là et je vous en félicite. Il y a des choses que je partage totalement, à l'intérieur de ce que vous dites, à partir du moment où vous dites: Vous les faites, on n'est pas d'accord, mais voici selon quelles règles, sur le plan organisationnel, ça devrait se faire, pour être capable de protéger la santé et la sécurité des femmes.

J'aimerais peut-être vous entendre davantage sur le résumé, à la page 2, de votre réponse au document sur la périnatalité. Ce que j'ai oublié de dire: Très heureux, au moins, de rencontrer un groupe de médecins qui ont été consultés par le ministère. Il y en a au moins un et on se le dit. Vous dites, dans le dernier paragraphe, dernière phrase: "La pratique limitée de la sage-femme aurait pour effet de comparer et de cloisonner une partie des soins en périnatalité." J'aimerais peut-être vous entendre davantage là-dessus expliquer ce que vous voulez

dire précisément.

M. Lalonde: Si vous voulez, je vais laisser le Dr Despins répondre à cette question.

M. Despins (Jean-Pierre): Vous savez, en médecine de famille, notre collège a comme objectif - on le disait dans le préambule - de promouvoir et de s'assurer que la formation du médecin de famille soit complète, adéquate et réponde aux réalités des années 2000, si je peux m'exprimer ainsi. Et ça inclut l'intervention au niveau de la première ligne: continuité des soins, globalité des soins. Ça fait 35 ans que les objectifs de notre collège sont comme ça; on ne les a pas inventés parce que le projet de loi était là.

On a comme opinion que si la notion de médecin de famille était bafouée, si je peux dire, avec l'ajout d'un intervenant qui faisait une pratique orientée vers la périnatalité, on voit mal comment le client, au bout de la ligne, serait mieux servi. Je vais m'expliquer. Lorsque le médecin de famille voit ses patients, en général, il les connaît depuis des années; il voit les grands-pères, les oncles, les nièces, le petit frère, etc., il a vécu des choses avec cette famille-là. La continuité des soins est là, la globalité des soins est là, et il les a vécus, ces soins, tant au niveau de la périnatalité qu'au niveau du soin palliatif que de la gériatrie, en passant par la médecine d'adolescence, etc. De nos jours, les gens ne recherchent plus, non plus, dans la clientèle, un morcellement des soins en disant: J'ai mon spécialiste en ci, j'ai mon pédiatre, j'ai mon ci, j'ai mon ça. On croit, nous, que le médecin de famille, s'il y a un intervenant dans le réseau, actuellement, qui peut faire la globalité, la continuité des soins, c'est le médecin de famille. On ne croit pas nécessairement que l'ajout de la sage-femme serait un avantage par rapport à ça.

(17 h 15)

M. Côté (Charlesbourg): Vous nous avez dit tantôt, dans votre présentation, que vous étiez très impliqués dans la préparation des cours, sur le plan de la formation, au niveau des médecins de famille, en particulier. Évidemment, des projets-pilotes comme ceux-là ne peuvent pas se faire sans une formation adéquate de la part des sages-femmes. On l'a posé à plusieurs autres mais, comme vous avez une implication tout à fait particulière dans la préparation et la reconnaissance des exigences de base sur le plan de la formation, d'après vous, est-ce que ce qui semble se dégager comme constat de cette commission, que la sage-femme ait au moins un cours de premier cycle universitaire, vous apparaît être un minimum, vous apparaît être souhaitable ou vous apparaît répondre à ce qu'on s'apprête à demander à la sage-femme?

M. Lalonde: Je pense que c'est difficile à dire. J'aimerais peut-être rectifier ce que vous venez dire. Le Collège des médecins de famille est un organisme qui agréé les programmes universitaires. Ce n'est pas lui qui fait les programmes universitaires, c'est lui qui les agréé. Ce que je voudrais peut-être mentionner ici, c'est que le gouvernement, récemment, a mis beaucoup d'argent dans le développement de la médecine de famille dans nos universités. Cet investissement a permis la formation de meilleurs médecins et d'augmenter leur nombre aussi, ce qui a permis de faire que, maintenant, le médecin est formé un an de plus qu'il ne l'était avant. Donc, on a profité de cette année pour donner une formation en périnatalité qui est plus grande. Donc, on pense que le médecin de famille, maintenant, peut, avec la compétence qu'il a, suivre les femmes d'autant mieux. Maintenant, c'est sûr que si on prend la formation universitaire, si on voit ce qui se passe du côté des infirmières, par exemple, les médecins ne sont pas impliqués dans la formation des infirmières. Les facultés de nursing, dans nos universités, sont administrées par des infirmières et les cours sont donnés par des infirmières. Je ne vois pas comment des médecins pourraient participer à la formation des sages-femmes. C'est la même chose. Je ne sais pas si ça répond exactement à la question.

M. Côté (Charlesbourg): Je voulais avoir votre opinion. Évidemment, vous avez bien fait de faire la différence entre agréer et dire ce que j'ai dit, parce qu'il y a une distinction entre les deux. Cela m'apparaît important, merci. Évidemment, la formation étant extrêmement importante sur le plan de la qualité des services qu'on donne, c'est un élément extrêmement important pour qu'on prenne les décisions les plus éclairées possible au niveau des exigences, pour donner les orientations dans le projet de loi pour avoir des exigences à ce niveau-là.

Tout à l'heure, vous avez évoqué les médecins de famille. Je ne sais pas si j'ai bien compris, mais vous avez dit: La venue de sages-femmes pourrait effectivement éliminer certains médecins de famille de ce champ de pratique. Est-ce que j'ai bien compris? Voulez-vous me le préciser? Parce qu'on sait, des statistiques qui nous ont été fournies, qu'il y a 82% des omnis qui ne font plus d'accouchements, ou à peu près.

M. Despins: D'accord. Deux choses, la première, ce que j'ai dit, ce n'est pas que la venue d'un intervenant ou d'une intervenante supplémentaire était pour enlever un champ d'activité. Ce que je disais surtout, c'était que j'étais loin d'être convaincu que c'était pour ajouter à la continuité des soins. Parce que, à nos yeux, le médecin fait la périnatalité et

plus. Deuxièmement, vous aviez une question aussi qui concernait...

M. Côté (Charlesbourg): C'est parce que je parlais du champ et du médecin de famille. C'est clair qu'on en a tous, y compris chez moi où la famille est suivie au complet par le médecin de famille, qui ne fait pas nécessairement et obligatoirement les accouchements.

M. Despins: Vous parliez du chiffre de 82 %.

M. Côté (Charlesbourg): Oui.

La Présidente (Mme Marois): Oui.

M. Despins: Je m'excuse, c'est ça, ça me revient. J'avais un blanc de mémoire. Écoutez, en médecine générale, omnipratique ou médecine de famille, peu importe comment on l'appelle, ce n'est pas tout le monde qui fait de l'urgence, ce n'est pas tout le monde qui fait de l'hôpital, ce n'est pas tout le monde qui fait de l'obstétrique. Par contre, environ la moitié des accouchements sont faits par des omnipatriciens ou médecins de famille quand même. Il y a une bonne expertise là-dessus et nous croyons que le service que nous offrons par la formation même, la spécificité de notre formation, la spécificité de notre approche satisfait grandement notre clientèle. C'était ça que je voulais dire.

M. Côté (Charlesbourg): Je pense qu'il y a des études qui démontrent qu'il y a des niveaux de satisfaction vis-à-vis des médecins de famille, des omnipatriciens. Je pense qu'il n'y a pas grand monde qui contredit ça. Ce que je tentais de savoir, à partir du fait qu'il y a 82 % des omnipatriciens qui ne pratiquent pas d'accouchements, on est dans une situation où il y en a 18 % qui en pratiquent davantage, qui en font plus. Par rapport à la continuité du suivi que vous évoquiez tantôt, c'est quand même, à ce moment-là, au niveau des médecins de famille, assez limité. Comment est-ce que vous expliquez ça? Parce qu'un des principes de votre argumentation est la continuité et vous avez parfaitement raison, continuité du médecin de famille qui connaît l'historique de la famille, de tel enfant, de la mère, du père, du grand-père, de la grand-mère. Ça m'apparaît extrêmement important, mais dans ce cas-ci, comme il y a uniquement 18 % qui en font, ce n'est pas dans tous les cas qu'on peut assurer la continuité, j'imagine.

M. Despins: Il peut sûrement y avoir diverses raisons pour expliquer pourquoi c'est 18 % et non pas 40 % ou 45 %. J'écoutais tantôt le mémoire de l'ACMDP qui mentionnait l'histoire des coûts d'assurance-responsabilité. C'est sûrement un facteur à ne pas négliger. Par

contre, au niveau des programmes de formation universitaire, des recommandations qui non seulement sont faites, mais, en plus, sont appliquées dans les différents programmes, on expose tous les résidents en médecine de famille durant leur formation à des accouchements de première ligne faits par d'autres omnipatriciens, et ceci, nous sommes convaincus que ça va les encourager à faire de l'obstétrique. A nos yeux, nous croyons que si les omnipatriciens font les accouchements avec d'autres omnipatriciens dans des situations de première ligne, nous croyons qu'ils vont être plus encouragés à en faire, ils vont se sentir plus à l'aise, plus attirés par cette approche. Déjà, les prochains finissants, dans six mois, des programmes universitaires de médecine de famille expriment beaucoup, par les opinions que nous avons lors de nos rencontres avec eux, de plus en plus le désir de faire de l'obstétrique. Il y a un regain de ce côté-là, ça, j'en suis convaincu.

M. Côté (Charlesbourg): Évidemment, l'introduction de la sage-femme, il faut bien se le rappeler, n'a pas pour objectif d'évacuer ou d'éliminer la possibilité pour le médecin de le faire. C'est de donner une alternative à la femme, qui me paraît tout à fait normal, et aussi de faire en sorte que les 2000 accouchements qu'on a par année, qui sont faits par des sages-femmes, puissent se faire dans un cadre qui est tout à fait acceptable et qui est sécuritaire pour la mère et pour le bébé. Ça, c'est une alternative.

Je terminerais peut-être avec la question suivante puisque, à la page 8 du mémoire, je prends le dernier paragraphe parce que je vais revenir avec le deuxième. Vous dites: "Cette évaluation devrait reposer sur des objectifs bien définis au départ. Ces objectifs devraient représenter des standards élevés de qualité, comparables à ceux des services médicaux actuels." Je pense qu'en termes de standards élevés, c'est sûr. "Cette évaluation devrait nécessairement tenir compte du rapport coûts-bénéfices." C'est vrai. Je partage entièrement ce paragraphe-là. Je reviens au deuxième: "Nous croyons que dans ce projet de loi les mesures d'évaluation finales, (au bout de cinq ans) - parce que c'est un projet-pilote, parce qu'il va falloir les faire quand même, chaque année, pour avoir un suivi de cette expérience - de ces projets-pilotes ne sont pas assez précises. Nous croyons que la Corporation professionnelle des médecins du Québec doit y être impliquée de façon claire."

J'en suis et ça me paraît aussi évident, mais pour autant que la corporation professionnelle dise comme vous: Vous avez décidé d'y aller, on respecte ça, voici des conditions, maintenant, d'encadrement auxquelles on devrait répondre pour être capables d'avoir une évaluation objective et de maintenir des standards très

importants. Mais, jusqu'à maintenant, la Corporation professionnelle a démontré une ouverture, à la fin du témoignage; je me suis empressé de dire que j'allais tendre la main, ouvrir la porte. On m'a dit: Faites attention pour ne pas vous faire prendre le pied dedans. J'ai répondu que, si c'était le cas, ce serait la première et la seule fois. J'irais voir un spécialiste pour me travailler le pied et je m'en souviendrais.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Côté (Charlesbourg): C'est beau de souhaiter ça, mais encore faut-il que la Corporation elle-même le souhaite et veuille jouer le jeu ouvertement, et ça, je pense que c'est un préalable. Je ne vous demande même pas de commentaires là-dessus, puisque ça pourrait vous placer dans une situation délicate. Si vous voulez en faire, libre à vous, mais c'est un commentaire que je voulais faire sur ça. Oui, on est très ouvert à ce que la Corporation professionnelle des médecins... Ce sont des gens sérieux qui sont capables d'apporter une contribution exceptionnelle quant à l'encadrement et à la mise en place de ces projets-pilotes, pour autant qu'après avoir fait la bataille contre les projets-pilotes on accepte qu'il y en ait et de le faire dans des conditions optimales.

M. Despins: J'aimerais, si vous le permettez, faire une petite précision. Je n'aimerais pas qu'on laisse croire que notre position est à rencontre de la Corporation. Nous endossons globalement ce que la Corporation dit, c'est vrai, parce qu'on pense que la Corporation a un rôle spécifique à jouer: le nôtre est en éducation. Chaque association ou corporation a son rôle à jouer et je crois que la position de la Corporation est tout à fait explicable et, à bien des points de vue, justifiée de notre part.

M. Côté (Charlesbourg): Tout ce que je voulais faire comme distinction, c'est que, dans votre cas, vous avez dit: On est contre mais, à partir du moment où vous décidez de le faire, voici les conditions dans lesquelles ça doit être fait. Et, lorsqu'on a entendu le Dr Augustin Roy, l'autre après-midi, c'était un non très ferme et très catégorique, avec l'argumentation qui, de son point de vue, se tient et que je n'ai pas à juger, à ce moment-ci. Je pense que, finalement, on se sert des arguments qui font notre affaire. Cependant, in extremis - in extremis, c'est au **Journal des débats** - il a démontré une ouverture et je vais l'inviter, le 16 janvier, à une réunion extraordinaire d'une journée, non pas de cinq semaines, non pas d'une semaine, mais d'une journée, pour finaliser le dossier. Je ne tenterai pas, par mes propos, de démontrer qu'il y avait une dissociação sur le plan idéologique avec la Corporation - je ne me serais pas permis ça du

tout - mais c'était pour faire le constat parce qu'il y a des conditions d'encadrement qui me paraissent plus raisonnables chez vous que ce qu'on a entendu de vos collègues, et je voulais vous féliciter pour ça.

La Présidente (Mme Marois): Cela va? Il n'y a pas de commentaires sur ce commentaire? Mme la députée de Marie-Victorin.

Mme Vermette: Oui. Alors, comme on a affaire à des hommes de bonne volonté, c'est à espérer que cette bonne volonté va se manifester aussi...

M. Côté (Charlesbourg): Et des femmes, et des femmes...

Mme Vermette: Mais c'est surtout parce que je m'adresse...

M. Côté (Charlesbourg): Ne soyez pas sexiste, là.

Mme Vermette: On s'est fait dire tellement de propos. Mais, en fait, j'espère que, oui, ce sera réalisable et que la reconnaissance des sages-femmes sera aussi au Québec, comme ailleurs, un fait accompli. Maintenant, je voulais vous demander, en ce qui concerne les maisons de maternité... Vous n'êtes pas tout à fait en accord avec cette formule où vous pourriez aussi, tout comme dans l'Outaouais, en fait, où il y a certaines formules qui sont mises de l'avant, où il y a déjà des démarches qui sont accomplies... Est-ce que vous seriez d'accord aussi pour que ces expériences-pilotes... Est-ce que vous seriez capable d'assurer votre collaboration pour un tel projet-pilote?

M. Pavlanis (Alain): Je pense que je peux répondre très vaguement à votre question parce qu'il faut voir tout projet en détail, et il faudrait voir toutes les modalités de ce projet de maisons des naissances avant d'être capables de dire si, oui ou non, ça entre dans les critères qu'on trouverait acceptables, mais, dans la mesure où les choses se font, nous sommes ouverts pour discuter et revoir les projets, faire nos suggestions et voir si nous sommes capables de collaborer. Je ne peux pas dire clairement oui ou non, qu'on est contre; on revient à notre position, si vous voulez. La position qu'on a prise, au départ, c'était qu'on ne voyait pas la nécessité de création de ces services-là, qu'on croyait qu'on pouvait répondre aux désirs des patientes, aux désirs de la population et au maintien de la bonne qualité en préservant les systèmes actuels et en préservant le champ de pratique du médecin de famille. Par contre, s'il y a de nouvelles structures qui se font, je pense qu'on est prêts à regarder ça et à passer les

commentaires spécifiques sur les projets très spécifiques.

Mme Vermette: Vous savez, M. le ministre, des fois, je me pose la question à savoir si ça n'arrive pas à un mauvais temps de parler des sages-femmes, au moment où il y a un taux de dénatalité. À une période où il y avait beaucoup beaucoup de femmes qui accouchaient, il n'y avait pas de problèmes, chacun y trouvait son compte, mais peut-être qu'aujourd'hui le fait qu'il y ait un peu moins de maternités, c'est peut-être ça qui fait, qu'on remet en cause tant que ça actuellement la pratique des sages-femmes. Il ne s'agit pas d'un message que je renvoie aux femmes, mais, en fait, c'est un commentaire que je passe.
(17 h 30)

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

M. Lazure: Je m'excuse auprès de nos invités, j'ai dû m'absenter quelques minutes pour aller en Chambre. Je remplace le député de Joliette, notre leader. Je me réjouis aussi, comme d'autres, du ton de votre mémoire. Je pense que vous prenez une position réaliste tout en étant contre le principe d'établir une nouvelle profession dans l'hôpital. Vous dites: Si la loi l'établit, nous allons collaborer. Remarquez que, M. le ministre, j'ai la conviction assez profonde que l'ensemble des médecins, le jour où ça deviendra loi, va collaborer à cette nouvelle pratique. Cependant, il reste que les suggestions que vous faites comme celles qui ont été faites par quelques autres groupes, notamment l'Association des hôpitaux, sont fort pertinentes, par exemple, quand vous suggérez, dans le comité dont on fait mention à l'article 5, que ce soit une espèce de comité paritaire, médecins et sages-femmes.

Mme la Présidente, je voudrais souligner que c'est un défaut du projet de loi, en autant que je suis concerné. Il donne plus d'autonomie pour ainsi dire - les sages-femmes n'aimeront pas la façon dont je dis ça, mais je m'expliquerai ensuite avec elles s'il le faut - aux sages-femmes qu'elles n'en veulent ou qu'elles n'en ont besoin. C'est un peu comme si le projet de loi disait: On va établir les sages-femmes dans l'hôpital, que les médecins soient d'accord ou pas d'accord.

Imaginons un peu qu'on transpose la comparaison dans le domaine judiciaire, qu'on veuille établir une nouvelle profession légale, un conseiller légal. On va l'installer dans les palais de justice, on ne s'occupera pas trop de l'avis des avocats ou des juges et on va dire: On va former votre comité très majoritairement de conseillers légaux, nouvelle profession. Je pense que ce serait voué à l'échec, comme ce projet-là est voué à l'échec si on continue de vouloir faire fonctionner, dans le futur, les sages-femmes en

marge des médecins et des infirmières et des autres professionnels qui sont dans les hôpitaux.

Je pense que le groupe qui vient de nous présenter son mémoire a fait un rappel au réalisme et je crois que c'est fort utile. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le député de La Prairie. Est-ce qu'il y a d'autres commentaires, remarques? M. le ministre. On va remercier d'abord le groupe qui est devant nous.

M. Côté (Charlesbourg): Juste sur la dernière intervention de mon collègue de La Prairie, avec la comparaison d'un palais de justice. Personnellement, je trouverais ça intéressant qu'on puisse peut-être avoir une nouvelle catégorie de personnes dans les tribunaux, à côté des avocats.

M. Lazure: Moi aussi, j'aimerais ça.

M. Côté (Charlesbourg): Je trouverais ça peut-être pas si mauvais que ça, à l'occasion, quand on voit ce qui se passe.

M. Lazure: Moi aussi, j'aimerais ça.

La Présidente (Mme Marois): On va suggérer ça au ministre de la Justice.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lazure: J'aimerais ça, mais je voudrais bien voir le ministre de la Justice qui présenterait un projet de loi qui ne tiendrait pas compte des avocats et des juges, par exemple!

La Présidente (Mme Marois): Je crois que vous aviez quelque chose à ajouter. Nous vous entendons.

M. Despins: Avec tous mes respects, je suis un petit peu étonné d'entendre qu'on semble être perçus comme étant des gens qui vont collaborer facilement, etc. Ce n'est pas ça nécessairement non plus.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Marois): On vous trouve trop gentils, quoi? Ha, ha, ha!

M. Despins: Ce qu'on veut passer comme message, le ministre l'a bien résumé tout à l'heure, on ne voit pas exactement pourquoi on aurait un Intervenant, mais votre décision politique est là. Il y a un projet de loi qui est là, on a donné nos commentaires. Nous avons cru comprendre qu'en mars 1990 il y aurait probablement un projet de loi amendé qui serait présenté. Évidemment, tout dépend aussi du contenu de ce projet de loi. Ce n'est pas un chèque en blanc

qu'on donne. On tient à vous exprimer ça. C'est important.

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

M. Côté (Charlesbourg): En vous remerciant, soyez sûrs que jamais je n'oserais prétendre, en sortant de la commission, que j'ai reçu un chèque en blanc de la part des médecins. Je me plaindrais si j'avais à me faire soigner. Non, je comprends exactement la portée de votre mémoire. Ce qu'on a dénoté par rapport à d'autres, c'est qu'il y avait une compréhension de la situation qui nous disait: C'est non, mais si vous décidez que c'est oui, voici les précautions que vous devez prendre. C'est comme ça que je l'ai pris, étant entendu qu'on le prend comme un conseil pour quelqu'un qui voudrait s'assurer que les projets-pilotes puissent à tout le moins se réaliser. C'est comme ça que je l'ai pris. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Marois): Merci de votre présentation. Nous en sommes à la fin de nos travaux. Je crois que le ministre, de même que l'Opposition, a souhaité faire quelques remarques pour terminer nos travaux. Nous aurons entendu jusqu'ici, d'ailleurs, 25 groupes ou personnes et à la fin, tout à l'heure, je demanderai... On pourrait le faire maintenant parce qu'il y a des mémoires qui nous ont été envoyés et on demanderait qu'ils aient été compris comme étant récités au long. Je vais donc déposer, à ce moment-ci, les mémoires, d'une part, de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale, de la Centrale de l'enseignement du Québec, de la Fédération des unions de famille et deux autres mémoires qui sont présentés par des personnes, individuellement, Mme Nora Quinn et Mme Cécile Rolland-Bouchard. Alors, ces mémoires auront été considérés comme étant lus et présentés à la commission.

Je vais donc inviter maintenant le député de La Prairie, en remplacement du leader de l'Opposition et critique officiel, à nous présenter un petit peu ses conclusions, succinctement, et ensuite je demanderai au ministre de faire de même.

Conclusions

M. Denis Lazure

M. Lazure: Merci, Mme la Présidente. Le député de Joliette, leader de l'Opposition officielle, me demande de l'excuser. Il a été pris par les débats à la Chambre et les quelques mots que j'ai à dire sont le reflet de sa pensée qu'il m'a transmise il y a quelques minutes.

Je le répète encore une fois: Nous sommes foncièrement d'accord avec le gouvernement,

avec le ministre, lorsqu'il veut, par un projet de loi, permettre des expériences-pilotes de sages-femmes au Québec. Le Parti québécois s'est prononcé à plusieurs reprises pour le libre exercice des sages-femmes au Québec et nous réitérons notre appui.

Cependant, dans les modalités, après avoir entendu tous les groupements, il est bien évident que ce projet de loi mérite d'être révisé. Plusieurs articles, notamment en ce qui concerne l'organisation interne en particulier dans un milieu hospitalier, doivent être révisés, à la lumière, en particulier, d'une hypothèse de départ qui fait le pari que le personnel hospitalier - et je ne parle pas seulement des médecins - doit être dans le coup, sinon l'expérience ne sera pas concluante. Non seulement elle ne sera pas concluante, mais elle sera un échec si le personnel hospitalier n'est pas dans le coup. Quand je parle de personnel hospitalier, ce sont les médecins, les infirmières, les psychologues, les physiothérapeutes, le directeur général, tout le monde.

Alors, il faut vraiment que les articles qui traitent de l'organisation soient révisés de façon fondamentale pour permettre une conciliation, sinon une réconciliation, dans ce milieu hospitalier pour éviter que la petite équipe de sages-femmes qui entrerait dans un hôpital à l'occasion d'une expérience-pilote soit en marge de la grosse équipe hospitalière qui existe déjà.

Ce sont des expériences qui seront surveillées de très près par le gouvernement, bien sûr, par le ministère, mais aussi par la population, par plusieurs professions et je pense qu'il faut absolument que le ministre mette toutes les chances de son côté, malgré la position qui est exprimée par le Dr Roy. Je pense, personnellement, qu'il est possible d'obtenir un minimum de collaboration de la part de l'ensemble des médecins et certainement que le ou les projets qui se dérouleraient dans un hôpital ou des hôpitaux, c'est bien évident qu'il faudra non seulement que le conseil d'administration de l'hôpital soit d'accord, mais aussi l'ensemble du personnel professionnel de cet hôpital.

Mme la Présidente, en conclusion, nous sommes toujours favorables à un projet de loi, le plus tôt possible, mais un projet de loi qui mettra toutes les chances du côté d'une réussite de ces expériences pilotes.

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

M. Marc-Yvan Côté

M. Côté (Charlesbourg): Merci, Mme la Présidente. Après avoir entendu 25 mémoires en quatre jours et avoir pris connaissance d'une trentaine puisque, comme vous l'avez fait tantôt, il y en a 5 que nous n'avons pas entendus, mais

dont nous avons eu les opinions, je pense qu'on peut tirer un certains nombres de constats qu'il m'apparaît important à la fin de cette commission de tirer.

On est dans une situation où plusieurs groupes se sont prononcés en faveur de la reconnaissance des sages-femmes. Les principales raisons invoquées par ces groupes sont, d'abord, de répondre à un désir répété de la part des femmes. Selon les expériences étrangères, les sages-femmes peuvent contribuer à atteindre certains objectifs en périnatalité et ce, principalement, en assurant la continuité des soins avant, pendant et après, tout en reconnaissant que les médecins peuvent le faire aussi très bien. Deuxièmement, en rejoignant les clientèles les plus à risque, à savoir les adolescentes, les femmes dans des régions éloignées et les femmes dans des régions à faible potentiel économique. Et donner, finalement, le choix aux parents quant au suivi de la grossesse; ça m'apparaît un choix fondamental.

De ces 30 groupes, 8 se sont exprimés de manière défavorable au projet et les raisons invoquées sont les suivantes. Le Québec n'a pas besoin d'une nouvelle intervenante en périnatalité. Deuxièmement, le système actuel sans les sages-femmes a permis au Québec d'atteindre une situation enviable et enviable dans le domaine de la périnatalité. Troisièmement, on fait fi des lois régissant les corporations professionnelles et l'organisation des centres hospitaliers. Quatrièmement, pour certains, cela peut peut-être même être préjudiciable à la santé et à la sécurité de la mère et de l'enfant. D'autres groupes ont formulé des propositions très intéressantes pour bonifier ce projet de loi et permettre la réalisation de projets-pilotes.

Il y a quand même un certain nombre de choses à la fin de cette commission parlementaire qu'on doit se rappeler, que je me dois de faire comme porte-parole gouvernemental. Le constat, c'est que la sage-femme fait l'objet d'un très large consensus. Il y aura donc une loi qui suivra le projet de loi 4 et qui sera déposée dès la reprise, dès les premiers jours de la session au mois de mars. Cela veut dire aussi qu'il y aura des projets-pilotes.

Deux conditions sont obligatoires quant à la réalisation des projets-pilotes et sont aussi importantes et essentielles l'une que l'autre. Premièrement, l'autonomie de la sage-femme, c'est-à-dire que les sages-femmes soient reconnues et que le milieu d'expérimentation de même que les modalités d'organisation doivent permettre une expression réelle de leur apport. Deuxièmement, le support médical et infirmier est essentiel à la réalisation des projets-pilotes parce qu'il y va de la santé et de la sécurité de la mère et de l'enfant.

Je veux rappeler que cette loi n'a pas pour but de limiter la pratique des médecins au niveau

des pathologies ni même au niveau des accouchements normaux. Elle veut donner une alternative à la femme quant au lieu et aux modalités de son accouchement. Je le répète, la femme a le droit de choisir le mode d'intervention. Il y aura donc des projets-pilotes ailleurs qu'en centre hospitalier. Toutefois, l'accouchement à domicile n'est pas retenu et ne sera pas retenu dans le cadre de cette expérience de projets-pilotes. Il n'y aura qu'une seule catégorie de sages-femmes et ça, je veux que ce soit très clair, celles opérant légalement dans le cadre des projets-pilotes. La compétence de la sage-femme est une condition essentielle tant pour la santé et la sécurité que pour la crédibilité de l'opération. Aucun établissement ne sera forcé de réaliser des projets-pilotes. L'établissement doit le vouloir, le souhaiter et le proposer. La loi devra permettre des modèles administratifs diversifiés permettant, d'une part, la flexibilité requise à l'intégration harmonieuse des sages-femmes et assurant, d'autre part, l'exercice de l'autorité de décision de l'instance responsable. Il faut faire en sorte que les projets-pilotes puissent permettre une véritable évaluation. À cet effet, un comité provincial, des objectifs, des critères d'approbation des projets devraient faire partie du projet de loi. Des indicateurs d'évaluation, tant sur le plan de la santé et que sur le plan social, devront être développés pour permettre d'évaluer l'impact des projets-pilotes. Il faudrait que les modalités de réalisation des projets-pilotes permettent une contribution des usagères tant au plan local qu'au plan provincial.

Il reste quand même un certain nombre de points à clarifier, et ça m'apparaît important de l'évoquer à ce moment-ci. On s'interroge sur le moment de la création d'une corporation, c'est-à-dire avant les projets-pilotes, pendant ou après les projets-pilotes, pour reprendre des expressions répétées à plusieurs reprises durant cette commission parlementaire. Est-ce préférable de faire des projets-pilotes pour définir le champ de pratique, la formation requise, la capacité d'atteindre les objectifs en périnatalité, l'intégration dans une équipe périnatale et dans divers milieux organisationnels, ou est-ce préférable de légaliser d'abord la pratique, donc de définir au départ le champ de pratique et la formation et, en conséquence, les projets-pilotes permettraient d'évaluer les autres objectifs: périnatalité, intégration à l'équipe périnatale? La précision du champ de pratique et la responsabilité de la sage-femme, ainsi que l'assurance-responsabilité restent des points encore à questionner au lendemain de cette commission, le statut d'emploi et la rémunération de la sage-femme, de même que les privilèges d'admission des sages-femmes en milieu hospitalier.

Il y aura donc un projet de loi, il y aura donc des expériences-pilotes et nous nous apprêtons, au cours des prochains jours, à

reformuler le projet de loi puisqu'il sera réécrit. J'inviterai, au cours des prochains jours, des gens que j'ai pu identifier en cours de commission parlementaire à s'associer à une démarche à mon cabinet le 16 janvier prochain, mardi donc, pour une journée - pas une semaine, pas un mois, pas un an - à venir, avec l'ouverture d'esprit manifestée devant cette commission, perfectionner, parce que tout est perfectible, notre projet de loi ainsi que les modalités d'application, dans les centres hospitaliers ou dans les CLSC, des projets-pilotes. Évidemment, il y aura des usagères, il y aura des sages-femmes, il y aura des médecins, il y aura des pédiatres, il y aura ceux qui ont l'ouverture d'esprit, il y aura, bien sûr, la Corporation professionnelle des médecins qui sera invitée, puisqu'elle nous a offert sa collaboration. Il y aura donc, au début du mois de mars, dès la reprise de la session, le dépôt d'un nouveau projet de loi qui, lui, sera adopté dans les semaines qui suivront, avec la collaboration des collègues, et il y aura aussi, au cours de l'année 1990, le plus tôt possible, obligatoirement, parce qu'on en a entendu parler beaucoup, l'annonce d'une politique en périnatalité, parce que l'un ne va pas sans l'autre. Et la difficulté qu'avait eue le ministère, ça a été de tenter de faire en sorte qu'on puisse avoir une politique de périnatalité, mais le problème relié aux sages-femmes était un problème extrêmement important, et on posait le questionnement.

Donc, ce sont là les principales conclusions que je tire de notre commission parlementaire et les orientations à suivre au cours des prochains jours et des prochaines semaines, voire des prochains mois, dans le but d'en arriver à une conclusion finale sur les projets-pilotes qui seront expérimentés, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, à travers le Québec, à la lumière de toutes les expériences entendues ici et aussi à la lumière des mises en garde que nous ont formulées les corporations professionnelles, les fédérations de médecins, les associations, propos qui étaient, à certains égards, extrêmement judicieux sur le plan des risques qu'on court. Comme l'objectif est toujours la santé et la sécurité et la liberté de choix des individus, c'est un mariage que nous devons faire au meilleur de notre connaissance et de ce que la commission a pu nous apporter.

En terminant, Mme la Présidente, je veux remercier Mmes les députées et MM. les députés de leur collaboration, ainsi que tous ceux et celles qui ont pris le temps, dépensé des énergies malgré les faibles moyens ou malgré des moyens un peu plus fortunés, pour préparer, modifier des mémoires et se présenter devant la commission parlementaire pour défendre chacun de leurs points de vue pour tenter d'éclairer notre petite lanterne en cette période où Hydro éprouve certains problèmes. Je veux les remercier, ainsi

que vous, Mme la Présidente, pour le travail qui a été fait. Et on se donne, bien sûr, rendez-vous le 23 janvier pour un exercice fantastique d'audition de 120 mémoires sur ce dont je parlais cet après-midi, la réforme de la santé, et on aura certainement beaucoup de plaisir. Merci.

La Présidente (Mme Marois): Merci, M. le ministre. Alors, je tiens à mon tour à remercier tous les groupes qui sont venus éclairer les membres de la commission. Je remercie les membres de la commission de leur collaboration; ça a facilité ma tâche. Pour l'instant, les travaux de la commission sont ajournés sine die, étant donné que nous avons accompli notre mandat. Oui, M. le ministre.

M. Côté (Charlesbourg): Une petite question. Ma formation politique m'avait dit qu'il y avait une nécessité de peut-être présenter une motion, à ce moment-ci, de réécriture, de réimpression.

La Présidente (Mme Marois): De réimpression.

M. Côté (Charlesbourg): Oui, de réimpression. Je ne sais pas si je...

La Présidente (Mme Marois): Effectivement, il est prévu que le ministre... Est-ce que c'est le ministre qui fait cette recommandation? Oui, sur motion du ministre, c'est la commission qui recommande qu'il y ait réimpression du projet de loi. Oui, M. le député de Fabre.

M. Joly: J'en fais la motion, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Marois): D'accord. Le ministre la faisait déjà, vous appuyez donc la motion présentée par le ministre.

M. Joly: J'appuie.

La Présidente (Mme Marois): Est-ce que cette motion est adoptée?

M. Joly: Adopté.

La Présidente (Mme Marois): Pour une réécriture et une réimpression surtout. Nos travaux sont donc ajournés sine die.

(Fin de la séance à 17 h 52)