



Ordre
des Sages-Femmes
du Québec



REGROUPEMENT
LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC

MEMOIRE SUR LE PROJET DE LOI NO 10

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

Présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux

13 novembre 2014

Introduction

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

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

L'Ordre des sages-femmes du Québec

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

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

Dans le cadre de sa mission, visant à offrir un environnement favorable au développement professionnel des sages-femmes au Québec, l'OSFQ prend position dans les débats touchant la santé, la périnatalité, l'organisation des soins de santé et du système professionnel et informe la population sur les sujets touchant la naissance et la périnatalité.

Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec

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

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

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

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

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

Présentation de la profession

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

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

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

Philosophie de pratique

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

Contrat de service

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

Statut dans l'établissement

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

Le Conseil des sages-femmes

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

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

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

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

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

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

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

Utilisation optimale des ressources et diminution des interventions obstétricales

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

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

La maison de naissance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Projet de loi 10 - CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

Projet de loi 10 - RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

On retrouve à l'article 172 de la LSSS :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2e recommandation : Une commission régionale des sage-femmes

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

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

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

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

3e recommandation : Développement des services de sage-femme

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

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

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

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

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

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

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

4e recommandation : responsable des services de sage-femme

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

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

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

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

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

Conclusion

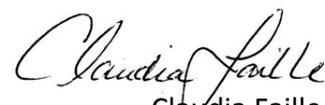
Avec la politique de périnatalité 2008-2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est donné les balises et les moyens d'offrir à sa population des services de sage-femme de qualité et novateurs, centrés sur une approche physiologique ; et dont les bienfaits en termes de répercussion pour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

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

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

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


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


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