



La pratique sage-femme : une réponse aux besoins des communautés

Mémoire présenté par la **Coalition pour la pratique sage-femme**
à la Commission de la santé et des services sociaux du Québec
dans le cadre des Consultations particulières et des auditions publiques sur le *Projet de loi n° 15*
– *Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficace*

23 mai 2023

Table des matières

Avant-propos	1
Introduction	2
La pratique des sages-femmes, d’hier à aujourd’hui.....	3
Le Mouvement d’humanisation des naissances au Québec	3
Les sages-femmes : une réponse aux besoins des communautés.....	4
Les besoins spécifiques des femmes	5
Une analyse préalable à l’adoption du projet de loi	5
Des sages-femmes et des familles autonomes.....	7
La confirmation de l’autonomie des sages-femmes	7
Une gestion de proximité avec la contribution des usager-ère-s	9
Les services de sage-femme : un exemple de gestion de proximité.....	9
Le développement des services de sage-femme au Québec	13
Conclusion.....	14
Annexe 1 - Nos recommandations.....	15
Annexe 2 - Liste des membres	18
Annexe 3 – Liste des références	19

Rédactrice principale : Sarah Landry

Révision : Hélène Cornellier

Contribution à la recherche, à l’analyse, à la rédaction : Roxanne Lorrain, Josyane Giroux, Lysane Grégoire

Révision linguistique : Catherine Lemire et Johane Landry

Photographe : Orange Pomme Photographie (Sarah Marquis)

Coalition pour la pratique sage-femme

Sarah Landry

Coordonnatrice

469 Rue Jean-Talon O, Montréal, QC H3N 1R4

Bureau 408

sarah@groupemaman.org

514-303-1301

<https://www.facebook.com/coalitionsagefemme>

Avant-propos

La Coalition pour la pratique sage-femme, fondée en 1988, milite pour l'accès aux services de sage-femme et aux maisons de naissance, dans toutes les régions du Québec, et ce, gratuitement au sein du système public de la santé et services sociaux québécois.

Depuis sa création, la Coalition contribue par ses actions à la réintégration et au développement de la pratique sage-femme¹ au sein de la société québécoise. La Coalition défend le droit des femmes et des familles d'avoir accès à des services et des soins par les sages-femmes dans le réseau public de la santé et des services sociaux et de choisir le lieu de naissance qui leur convient, incluant le domicile de la famille.

La Coalition travaille pour que les sages-femmes puissent encourager, soutenir et protéger la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal, incluant l'allaitement, en reconnaissant que ces processus appartiennent aux femmes et aux personnes qui accouchent.

La Coalition pour la pratique sage-femme regroupe seize organisations nationales, représentant plus de 800 000 personnes dont une majorité provient du mouvement des femmes (voir Annexe 2). La Coalition est coordonnée actuellement par le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement qui assure la représentation des usager·ère·s au Comité pour le développement de la pratique sage-femme du ministère de la Santé et des Services sociaux. Siègent au comité de coordination de la Coalition, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec; le Regroupement Naissances Respectées; l'Association des étudiant·e·s sages-femmes du Québec; l'organisme Mieux-Naître à Laval, ainsi que le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement.

¹ Au Québec, la sage-femme est une professionnelle de la santé de première ligne, reconnue par l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Elle assure un suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale jusqu'à la 6^e semaine, incluant celui du nouveau-né.

Introduction

La Coalition pour la pratique sage-femme remercie la Commission de la santé et des services sociaux de prendre en compte ses commentaires et ses recommandations sur le *Projet de loi n° 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*.

La Coalition pour la pratique sage-femme partage les buts poursuivis par le projet de loi n° 15, soit de donner une voix forte aux usager·ère·s et à leurs représentant·e·s et d'adapter le réseau de la santé et des services sociaux en fonction de la satisfaction et des besoins des communautés. Dans le cadre de ce mémoire, nous commentons les trois principaux objectifs du projet de loi en regard de la pratique sage-femme : la gestion de proximité, l'amélioration de l'accès et la qualité de l'expérience patient. Notre contribution spécifique fait entendre à la Commission la voix des usager·ère·s de services de sage-femme et des organisations qui soutiennent cette pratique. De plus, un de nos membres actifs, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec, dépose un mémoire à titre d'association professionnelle des sages-femmes québécoises et la Coalition appuie l'ensemble des recommandations qui y sont détaillées.

Dans le présent mémoire, nous traiterons de la demande des familles au cœur de la professionnalisation de la pratique sage-femme et résumerons ce qui est spécifique à cette pratique. Ensuite, nous aborderons la question de l'analyse du projet de loi en regard des besoins spécifiques des personnes enceintes. Nous proposerons également différentes recommandations pour une intégration des sages-femmes au réseau qui leur permettrait de maintenir leur autonomie professionnelle, et d'ainsi protéger l'autonomie des familles. Finalement, nous réitérerons l'impact majeur du projet de loi n° 15 dans le développement et la prestation des services de sage-femme. Nous expliquerons d'abord comment les services de sage-femme sont un exemple de la gestion de proximité, puis proposerons des pistes pour l'amélioration et le développement de ces services partout au Québec.

À la fin de cet exercice de consultation, nous demandons que soient prises en compte les spécificités de l'organisation des services et des soins sage-femme, ceux-ci ayant démontré leur proximité avec les besoins des communautés depuis plus d'un quart de siècle. Pour ce faire, le maintien de l'autonomie professionnelle des sages-femmes est essentiel. En terminant, nous déplorons qu'aucune consultation supplémentaire n'ait été annoncée jusqu'à présent et nous souhaitons réitérer notre demande de pouvoir présenter nos recommandations lors d'une Commission parlementaire supplémentaire.

La pratique des sages-femmes, d’hier à aujourd’hui

Le Projet de loi n° 15 apporte plusieurs changements à la pratique sage-femme. Pourtant celle-ci répond déjà très bien aux besoins des communautés ; son objectif étant que les futurs parents soient accompagnés lors de la grossesse, de la naissance et de la transition à la parentalité tout en reconnaissant que ces processus sont physiologiques et normaux. Afin d’introduire les sections suivantes et nos recommandations, un retour sur l’histoire de la pratique au Québec et sa spécificité s’imposent.

Le Mouvement d’humanisation des naissances au Québec

La pratique sage-femme s’inscrit dans un mouvement porté par des femmes cherchant à se réapproprier l’expérience de l’enfantement et à redéfinir la maternité selon leurs propres conditions. L’enfantement a presque toujours appartenu aux femmes de par le monde ainsi qu’au Québec. De tout temps, la profession sage-femme existait, était communautaire et enracinée dans les besoins de sa communauté. C’est à partir de 1847, avec la création du Collège des Médecins et chirurgiens du Bas-Canada, que l’encadrement de la pratique sage-femme passe entre les mains des médecins et qui la feront disparaître progressivement. Dans les années 60, presque tous les accouchements se déroulent à l’hôpital (Cornellier, 1993). Dès les années 1970, le mouvement féministe revendique le droit des femmes de disposer de leur propre corps et le mouvement d’humanisation des naissances remet en question la (sur) médicalisation de la grossesse et de l’accouchement. Au Québec en 1980, plus de 10 000 personnes participent aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher ? » organisés par l’Association pour la Santé publique du Québec en collaboration avec le ministère des Affaires sociales (MAS, maintenant MSSS) (ASPQ, 1981, cité par Vadeboncoeur, 2005). La réinstauration de la pratique sage-femme fait partie des demandes des femmes. Le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) naît de cette volonté (1979) de faire changer les services en périnatalité, suivi par la création en 1988 de la Coalition pour la pratique sage-femme (CPPSF). Cette dernière revendique l’intégration de services de sage-femme accessibles et gratuits au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, et ce, pour toutes les femmes et personnes enceintes vivant sur le territoire du Québec. La participation citoyenne des usager·ère·s des services de sage-femme a été et est toujours un fondement incontournable de cette Coalition et du mouvement d’humanisation des naissances.

Alors que les pressions des corporations médicales ont amené l’élimination lente de la pratique sage-femme du XIX^e au XX^e siècle, la légalisation de la pratique au Québec ne se fait pas aussi facilement qu’ailleurs au Canada. Sont mis sur pied dès 1993 les projets-pilotes de services de sage-femme dans des maisons de naissance, fruit d’une négociation importante entre les forces politiques, citoyennes et médicales. En 1995, deux associations de sages-femmes² sont dissoutes pour créer le Regroupement Les Sages-femmes du Québec, l’association professionnelle des

² Les deux associations dissoutes en 1995 sont l’Association québécoise des sages-femmes praticiennes et l’Association des sages-femmes diplômées du Québec.

sages-femmes, encore aujourd'hui porte-parole de ses membres. La profession est légalisée en 1999, un Ordre des sages-femmes est créé et le Programme de formation sage-femme ouvre ses portes à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Mais il faut attendre 2005 pour qu'un règlement soit adopté autorisant les sages-femmes à accompagner à nouveau des naissances à la maison. La demande d'accoucher à la maison était pourtant au cœur du besoin des familles, mais ce sont les craintes et les pressions corporatives qui ont retardé cette possibilité.

Les sages-femmes : une réponse aux besoins des communautés

Les sages-femmes reconnaissent que la grossesse, l'accouchement et le postnatal appartiennent aux femmes et à leur famille. Cela repose sur la croyance que les femmes et les personnes enceintes ont la capacité de prendre des décisions en lien avec leur corps. Les sages-femmes sont les seules professionnelles de la santé qui permettent aux familles de choisir le lieu de naissance, et de les accompagner selon le lieu qu'elles choisissent : leur maison, la [maison de naissance](#) ou l'hôpital. Les maisons de naissance, en plus d'être un lieu où les services de sage-femme sont offerts, est aussi un milieu de vie qui répond aux besoins de la communauté. Les sages-femmes soutiennent donc une vision de la maternité et de la parentalité qui est celle d'un événement à la fois normal et porteur de sens. La responsabilité de ces professionnel-le-s de la santé est d'apporter aux personnes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour vivre ces processus avec agentivité, en sécurité et dans la dignité. Plusieurs des éléments évoqués ici sont des fondements de la pratique qui sont nés lors de la résurgence des services de sage-femme (1979), fondements confirmés au moment de la légalisation de la pratique (1999), tel que le stipule [la philosophie des sages-femmes du Québec](#), que vous pouvez lire sur le site de la RSFQ pour approfondir votre connaissance de cette profession.

Encore aujourd'hui, le souhait des familles est d'être accompagnées tout au long du processus de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal par une équipe restreinte de professionnel-le-s qui offrent des soins en continuité, dans le lieu de leur choix.

Les besoins spécifiques des femmes

Le projet de loi n° 15 ne fait pas la démonstration de l'atteinte des objectifs qui sont présentés comme étant la motivation de ce changement législatif, notamment en matière d'amélioration de l'accès aux services de santé pour les femmes ainsi qu'en réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'offre de services en lien avec les besoins spécifiques des communautés doit être analysée en mesurant les effets des lois, des politiques publiques et des programmes qui en découlent, sur les différents groupes sociaux. À cet égard, l'analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+) assure le respect des droits et l'égalité réelle entre les personnes. De toute évidence, le législateur n'a pas effectué cette analyse en amont de l'élaboration de ce projet de loi. Pourtant, il est essentiel qu'une ADS+ précède l'étude détaillée du projet de loi, et ce, afin d'y apporter les modifications nécessaires avant son adoption.

Une analyse préalable à l'adoption du projet de loi

En effet, l'ADS+ vise à s'assurer que les changements de structures proposés viendront améliorer plutôt que nuire à la santé des femmes, à leur accès aux services. Elle permet aussi de confirmer que les besoins spécifiques de certains groupes de femmes et de personnes enceintes soient pris en compte, par exemple ceux des femmes en situation de handicap, des femmes immigrantes, des personnes trans ou non-binaires, etc. Cette analyse permet aussi de limiter les impacts de cette restructuration sur les personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux, toujours majoritairement des femmes.

Ainsi, à l'instar du Groupe des 13 (G13)³ et du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec (RTRGFQ), nous recommandons :

- 1. Que soit réalisée une analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+) avant la poursuite du processus parlementaire entourant le projet de loi n° 15 et que soient intégrées les modifications nécessaires pour favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'entre les femmes et l'équité pour toutes et tous.**

Considérant l'importance de l'équité et de la non-discrimination pour les membres de la Coalition, nous recommandons que les Autochtones aient « un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle » (Principe de Joyce, 2021).

³ Formé en 1986, le Groupe des 13 est une table de concertation de plus de 20 groupes et regroupements nationaux, qui œuvrent à la défense des droits des femmes résidant au Québec.

- 2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux adopte le principe de Joyce de manière à reconnaître la discrimination systémique des peuples autochtones et s'engage à prévoir une réforme de son réseau qui respecte leurs droits.**

L'utilisation de l'ADS+ au moment de l'élaboration du projet de loi n° 15 aurait en outre permis d'illustrer certains de ses angles morts. Un de ces éléments majeurs qui préoccupent les membres de la Coalition pour la pratique sage-femme, sont les modifications aux articles concernant les soins d'interruption volontaire de grossesse (IVG). En effet, les modifications actuellement prévues auront une grande incidence sur les principes féministes favorisant les soins de proximité et adaptés aux besoins des femmes et des personnes nécessitant une IVG.

C'est pourquoi, à l'instar du G13, nous recommandons :

- 3. Qu'aucun centre de santé des femmes ou clinique extrahospitalière n'ait à renoncer à leurs pratiques développées par des années d'expertise afin de répondre aux besoins des femmes et des personnes ayant besoin d'IVG.**
- 4. Que ces organismes ne soient pas contraints de nommer des directions médicales tel que défini actuellement à l'article 532.**
- 5. Qu'aucune norme de sécurité outrepassant ce qui est médicalement nécessaire ne soit imposée aux centres de santé des femmes et aux cliniques hors milieu hospitalier.**

Des sages-femmes et des familles autonomes

Le projet de loi n° 15 vise la contribution de tous·tes les professionnel·le·s au bénéfice des personnes usagères et une plus grande efficacité du système de santé et de services sociaux. Malgré cette intention, les propositions de changements à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS, chap. S-4.2) et l'intégration des sages-femmes dans la hiérarchie médicale en vertu du projet de loi n° 15 contreviennent à la reconnaissance et au maintien de leur autonomie, tout comme aux fondements de la pratique sage-femme.

Plusieurs éléments inquiètent la Coalition :

- ◆ L'abolition du rôle de Responsable des services de sage-femme (RSSF) (LSSSS, article 1107) et la création de chef·fe·s de Département clinique sage-femme (PL 15, articles 176 à 179).
- ◆ La perte de responsabilité des RSSF au profit du directeur médical, sous l'autorité duquel le projet de loi les confine, dont le mandat sera de diriger, coordonner et surveiller ses activités (PL 15, articles 180 et 181).
- ◆ L'exercice professionnel des sages-femmes devra répondre aux mêmes règles de soins que celles des médecins, dentistes et pharmaciens (PL 15, article 184).
- ◆ Le directeur médical ou le président-directeur général aura le pouvoir d'élaborer les règles de soins sage-femme lorsque le·la chef·fe du Département clinique sage-femme refuse de le faire (PL 15, article 182).

La confirmation de l'autonomie des sages-femmes

Ces modifications à l'exercice de la pratique sage-femme actuelle sont préoccupantes. La profession sage-femme doit demeurer autonome et distincte de la profession médicale ; elle ne peut en aucun cas y être soumise. En effet, la sage-femme a une approche fondée sur la reconnaissance du fait que les processus de la grossesse et de l'accouchement sont physiologiques et, à ce titre, traités différemment que par la profession médicale. Il est essentiel que les familles qui attendent un enfant puissent prendre des décisions éclairées tout au long de leur grossesse, de leur accouchement et de leur postpartum. Pour bien les accompagner et leur donner les services et les soins adéquats, les sages-femmes doivent être pleinement autonomes, maintenir leur gouvernance clinique et avoir un lieu de discussion clinique entre pair·e·s. En aucun cas, elles ne peuvent être sous l'autorité d'un·e autre professionnel·le de la santé comme le prescrit le projet de loi n° 15, en l'occurrence celle d'un directeur médical.

C'est pourquoi nous recommandons :

- 6. Qu'une direction clinique sage-femme sous l'autorité du président-directeur général soit créée dans les établissements de santé territoriale, avec les fonctions correspondantes et qu'elle soit obligatoirement une sage-femme.**

De plus, les sages-femmes ont une connaissance spécifique des besoins des usager·ère·s de service de sage-femme et plus largement des besoins en santé sexuelle et reproductive des communautés qu'elles desservent. Afin de maximiser le travail interdisciplinaire, c'est, notamment, au conseil interdisciplinaire qu'elles doivent apporter leur expertise.

C'est pourquoi nous recommandons :

- 7. Que les sages-femmes aient un siège au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIÉTOC) des établissements territoriaux (PL 15, article 154).**

Le projet de loi n° 15 traite aussi des processus disciplinaires et du cheminement des plaintes. Les travaux parlementaires ayant mené à la légalisation ont soulevé l'importance de l'autonomie professionnelle des sages-femmes, car leur pratique est différente malgré le fait qu'elles posent des actes médicaux (Conseil d'évaluation des projets pilotes, 1998). En tant qu'usager·ère·s, nous tenons à ce que les sages-femmes puissent juger elles-mêmes de l'exercice de leur profession. Sinon, le risque est celui de médicaliser la profession de sage-femme, comme ce fut le cas ailleurs dans le monde, ce qui serait contraire aux besoins des familles qui choisissent les services de cette professionnelle.

C'est pourquoi nous recommandons :

- 8. Que le pouvoir de recommandation du conseil des sages-femmes sur la distribution appropriée des services et la qualité de l'acte soit maintenu.**
- 9. Que l'évaluation des actes des sages-femmes soit effectuée par les pair·e·s.**

Finalement, le projet de loi n° 15 prévoit un plan national des effectifs (PL 15, articles 195 et 196). Afin de travailler sur la planification de la main d'œuvre et de répondre à la grande demande de services de sage-femme, nous considérons que la participation des instances concernées est nécessaire afin d'avoir un plan des effectifs qui comprennent les besoins des usager·ère·s des services de sage-femme.

- 10. Que les sages-femmes soient incluses au plan des effectifs médicaux et dentaires et que la direction sage-femme, après consultation du Conseil des sages-femmes et du comité de parents, participe à l'élaboration de ce plan.**

Une gestion de proximité avec la contribution des usager·ère·s

Nous saluons la volonté du Ministre d'offrir le bon ou la bonne professionnel·le au bon moment. En ce sens, nous sommes convaincu·e·s que le projet de loi n° 15 est une occasion de reconnaître la spécificité des sages-femmes et de permettre aux services offerts par ces professionnelles d'aller plus loin en soutenant l'efficacité, la proximité, la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'une amélioration de l'accès aux services.

Les services de sage-femme : un exemple de gestion de proximité

Il existe une proximité unique entre les familles et les équipes de sages-femmes. Les familles ayant recours aux services de sage-femme doivent être écoutées, car elles savent ce qui est le mieux pour elles. Une gouvernance de proximité comme le conseil des sages-femmes permet de veiller à ce que les règles de soins soient élaborées de manière inclusive, prenant en compte les besoins spécifiques de chaque population, y compris les populations vulnérables et marginalisées.

Le maintien du conseil des sages-femmes

La fusion du Conseil des sages-femmes (CSF) avec le Conseil des médecins, dentistes et des pharmaciens (CMDP) entraîne la perte de responsabilités des sages-femmes à l'égard de la qualité de l'acte et de la capacité à former des comités selon les besoins de l'équipe en place. Il s'agit de reculs qui affectent la gestion de proximité et l'offre de services adaptés aux besoins de la communauté. Rappelons l'engagement des conseils des sages-femmes à garantir que les décisions au niveau des services et des soins soient prises en faveur de la santé et du bien-être des femmes et des personnes enceintes, du nouveau-né et de la famille.

Le projet de loi n° 15 ne peut, à la fois, tabler sur des services de proximité et éloigner, par les structures, le centre de décision des usager·ère·s et des professionnel·le·s qui offrent les services.

C'est pourquoi nous recommandons :

- 11. Que le Conseil des sages-femmes indépendant, avec les responsabilités et pouvoirs inhérents à sa raison d'être, soit maintenu de manière à assurer la gestion de proximité auprès des usager·ère·s.**
- 12. Que le Conseil des sages-femmes soit responsable de remplir ses rôles et responsabilités tel qu'il le fait actuellement et soit redevable directement au président-directeur général de l'établissement où elles offrent leurs services.**

Tel que prévu dans le *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* (MSSS, 2015), « (l)a contribution [du comité de parents] peut être bénéfique au processus d'amélioration continue des services (...) L'implication des parents permet un rapprochement

entre les services, les équipes et la communauté ; elle permet aussi de faire connaître l'expérience des usager·ère·s ». Actuellement les mécanismes de rétroaction entre les usager·ère·s et les sages-femmes sont inégaux. En ce sens, nous croyons qu'il est essentiel de miser sur les réussites de certains mécanismes efficaces et de renforcer la capacité des familles à contribuer à l'amélioration continue des services en encadrant la participation d'un·e usag·er·ère au conseil des sages-femmes.

C'est pourquoi nous recommandons :

13. Qu'un siège soit réservé à un·e usager·ère, nommé·e par ses pair·es, au sein du conseil des sages-femmes.

Les comités de parents

Le projet de loi n° 15 prévoit l'institution d'un comité d'usager·ère·s dans chaque établissement et la création d'un comité de résident·e·s pour chaque installation d'hébergement comprenant 10 usager·ère·s (PL15, article 144). Étant donné l'importance des comités de parents pour les maisons de naissance et les services de sage-femme, nous recommandons de formaliser ces comités et de s'assurer de leur contribution à l'amélioration continue des services.

Afin de répondre aux besoins des communautés, le *Cadre de référence* (MSSS, 2015, pp. 50-51) prévoit que la maison de naissance « permette aux femmes et aux familles de se regrouper, notamment par l'intermédiaire des activités organisées par le comité de parents ». La définition de la [maison de naissance](#), adoptée par le Regroupement Naissances Respectées, le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement (anciennement Groupe MAMAN), le Regroupement Les Sages-femmes du Québec et l'Ordre des sages-femmes du Québec en 2015, prévoit aussi que la création et le maintien du comité de parents doit être favorisé et que des moyens réels et adaptés à leur réalité y soient déployés. Cependant, malgré les acquis du *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*, les comités de parents ne sont pas une instance reconnue dans le réseau de la santé. Ils bénéficient rarement du soutien qui leur permettrait de contribuer à l'animation de la vie communautaire de la maison de naissance ainsi que de remplir plusieurs objectifs du projet de loi : assurer une meilleure réponse aux besoins de la population grâce à une plus grande connaissance de ses besoins et de l'offre de services ; donner une voix forte aux usager·ère·s et à leurs représentant·e·s ; et adapter le réseau de la santé en fonction des commentaires sur la satisfaction des usager·ère·s.

C'est pourquoi nous recommandons :

14. Que soit renommée la SECTION III du projet de loi n° 15 pour y ajouter la mention de « comités de parents ». Que le nouveau libellé soit : « SECTION III – COMITÉ DE GESTION DES RISQUES, COMITÉ DES USAGERS, COMITÉ DES RÉSIDENTS ET COMITÉ DE PARENTS ».

15. Que soit ajouté un article pour définir les rôles et responsabilités du comité de parents, libellé comme suit :

§3. — Comité de parents

- 1. Un comité de parents est institué pour chaque service de sage-femme.*
- 2. Le comité de parents d'un service de sage-femme se compose d'au moins 3 parents désignés par les usager-ère-s du service. Des membres de la communauté peuvent s'y adjoindre, mais les parents doivent toujours demeurer majoritaires.*
- 3. Un comité de parents exerce les fonctions suivantes :*
 - a) renseigner les usager-ère-s sur leurs droits et leurs obligations ;*
 - b) promouvoir l'amélioration de la qualité de vie de la maison de naissance et participer à l'évaluation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus du service de sage-femme ;*
 - c) animer la vie communautaire de la maison de naissance en y organisant des activités en fonction des besoins exprimés par les usager-ère-s ;*
 - d) défendre les droits et les intérêts collectifs des usager-ère-s ;*
 - e) faire rapport au conseil sage-femme de toute situation vécue par les usager-ère-s affectant la qualité des services ou de leur expérience au sein du service et participer à l'identification des pistes d'amélioration.*

Ces comités établissent, en outre, leurs règles de fonctionnement.

- 4. Le président-directeur général, par le biais du conseil des sages-femmes, doit favoriser le bon fonctionnement du comité de parents, il doit veiller à ce qu'il dispose des ressources nécessaires à l'exercice de ses fonctions et il doit voir à ce que chaque usager-ère du service de sage-femme soit informé-e par écrit de l'existence de ce comité.*

Lorsque l'établissement reçoit des sommes destinées à un comité de parents, le président-directeur général doit les mettre sans délai à la disposition de ce-dernier. Il doit également permettre l'utilisation des locaux de la maison de naissance (ou un autre local en l'absence de maison de naissance) pour les activités du comité.

L'intégration du comité de parents dans l'établissement régional

Le Projet de loi n° 15 prévoit que le comité d'usager-ère-s se compose d'au moins cinq (5) membres élu-e-s par les usager-ère-s (PL 15, article 146). Nous savons qu'il arrive que des comités d'usager-ère-s soient assez hétérogènes et qu'il est parfois difficile de s'y faire élire si on ne représente pas le groupe majoritaire. Par ailleurs, l'expérience de la femme ou de la personne qui cherche des services en santé sexuelle et reproductive se distingue grandement de l'expérience d'une personne malade dans la trajectoire de soins. Il nous apparaît donc essentiel qu'un siège soit réservé aux femmes (incluant les personnes trans et non binaires) en tant qu'usager-ère-s en santé sexuelle et reproductive.

16. Qu'un siège soit réservé au comité d'usager·ère·s de chaque établissement pour une personne représentante des usager·ère·s en santé sexuelle et reproductive.

Il nous apparaît aussi important que cette réalité distincte soit entendue au conseil d'établissement, c'est pourquoi nous recommandons :

17. Qu'un siège additionnel à ceux actuellement prévus soit réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des organismes œuvrant auprès des femmes.

18. Qu'un siège soit réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des usager·ère·s en santé sexuelle et reproductive.

19. Qu'un siège additionnel à ceux actuellement prévus soit réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des communautés autochtones.

La contribution des usager·ère·s au développement de nouveaux services

Les services de sage-femme sont essentiels et en forte demande par la population. *La politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie* prévoit 10 % de services de sage-femme en 2018 et le *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* (MSSS, 2015) prévoit des services de sage-femme dans toutes les régions du Québec. Récemment, un sondage des besoins en Abitibi-Témiscamingue démontre que 40 % de la population souhaite un suivi complet avec sage-femme et plus de 50 % veulent accéder aux services d'une sage-femme à un moment ou un autre de leur parcours périnatal.

Actuellement, pour que le ministère de la Santé et des Services sociaux réponde favorablement à la création d'un nouveau service de sage-femme, la participation des citoyen·ne·s est une étape incontournable. Il se crée donc des groupes citoyens dans chaque région où le service de sage-femme ne couvre pas l'ensemble du territoire ou est inexistant. Le développement des services se fait donc en étroite collaboration avec les femmes, les personnes enceintes et leurs familles qui contribuent à l'évaluation des besoins et au développement de l'offre de services. Avec le changement de structure qu'est Santé Québec, il est essentiel que cette contribution se maintienne et soit reconnue officiellement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

C'est pourquoi nous recommandons :

20. Que soient reconnus les groupes citoyens mobilisés pour l'accès aux services de sage-femme. Ces groupes doivent participer à l'ensemble du processus, incluant la mise en place du comité de parents.

En terminant, pour améliorer l'expérience de grossesse, d'accouchement et de postnatal des femmes et des personnes enceintes au Québec, il est important de répondre aux demandes des familles : (1) avoir accès à des services de sage-femme dans toutes les communautés du Québec, (2) avoir accès à des lieux de naissance diversifiés au choix des familles et (3) pouvoir participer au développement de ces services afin qu'ils correspondent réellement aux besoins des

communautés. Cela est possible si les membres des instances décisionnelles et les professionnel·le·s exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux reconnaissent le droit des femmes et des personnes enceintes de faire des choix autonomes pour elles-mêmes, ainsi que la compétence et l'expertise professionnelles des sages-femmes dans leur champ d'exercice.

Le développement des services de sage-femme au Québec

L'objectif du projet de loi n° 15 est d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux. À cet effet, il est important de rappeler que plusieurs des facteurs favorisant l'accès aux services et aux soins des sages-femmes ne sont pas pris en compte dans ce projet de loi. En effet, la profession reste difficilement accessible, entre autres en raison des faits suivants qui restent inabordés : l'existence d'un seul programme de formation pour les sages-femmes, l'absence de conditions de formation et d'incitatifs financiers pour le recrutement des étudiantes sages-femmes, le manque de mesures d'attraction et de rétention, de même que le caractère limité du champ de pratique des sages-femmes. Afin de pouvoir coordonner le développement de la pratique et des services de sage-femme, toutes les expertises citoyennes, professionnelles, ministérielles doivent être mises à contribution.

Ainsi nous recommandons :

- 21. Que le développement de nouveaux services fasse l'objet d'un plan de déploiement concerté avec les milieux et les organisations communautaires.**
- 22. Que le comité consultatif pour le développement des services de sage-femme, relevant de la Direction Santé mère-enfant du MSSS, soit remplacé par un comité de coordination national ayant pour mandat d'aborder les enjeux entourant le développement des services de sage-femme et de proposer des orientations qui permettent l'amélioration de l'accès à ces professionnelles.**
- 23. Qu'en plus des organisations déjà représentées, soit le Regroupement Les Sages-femmes du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec, le Département sage-femme de l'UQTR et la Coalition pour la pratique sage-femme; deux organismes nationaux travaillant auprès des groupes citoyens, des comités de parents et des organismes périnataux soient représentés.**

Conclusion

La Coalition pour la pratique sage-femme partage les objectifs du *Projet de loi n° 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* qui visent à améliorer l'accès aux services, à revenir à une gestion de proximité et à offrir un lien de confiance entre le ou la soignant-e et la personne usagère. Les modifications au projet de loi proposées dans le cadre de ce mémoire visent à rendre le système de la santé et des services sociaux encore plus efficace en termes d'accès aux services de sage-femme, mais aussi en termes de capacité des sages-femmes et des autres professionnel-le-s à répondre aux besoins en santé sexuelle et reproductive des communautés.

Pour répondre réellement aux besoins diversifiés de chaque communauté, il est essentiel que le projet de loi fasse l'objet d'une analyse différenciée selon les sexes et dans une perspective intersectionnelle, et que les besoins spécifiques des femmes et personnes enceintes de toutes origines sociales et culturelles soient prises en compte.

Pour répondre à la demande des familles, il est essentiel de soutenir l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Leur rôle essentiel et spécifique dans le système de santé québécois doit être reconnu ainsi que leur approche complémentaire en matière de soins. Pour ce faire, les sages-femmes ne peuvent être sous l'autorité d'un directeur médical. C'est pourquoi nous recommandons de créer une direction sage-femme sous l'autorité du président-directeur général afin de permettre une collaboration efficace avec les médecins et autres professionnel-le-s en tant qu'égaux, de les impliquer dans les prises de décisions organisationnelles et de soutenir le travail en interdisciplinarité. Ces mesures amélioreront l'accès à des soins en santé reproductive et sexuelle pour les femmes et garantiront une pratique optimale pour les sages-femmes.

Pour assurer la capacité des femmes et personnes enceintes d'être pleinement autonomes au cours de leur grossesse, le conseil des sages-femmes de chaque établissement doit être maintenu et continuer d'exercer son rôle de gestion de proximité dans les services de santé reproductive et sexuelle. L'ajout d'un-e représentant-e des usager-ères, tel que demandé précédemment, ne peut que bonifier la situation actuelle. Cela permettra de maintenir et d'améliorer la capacité des sages-femmes à exercer leur autonomie professionnelle.

La participation active des usager-ère-s et de leur famille, qui ont historiquement été très actives dans les services de sage-femme, peut être consolidée. Nous proposons donc la formalisation des comités de parents dans chaque service de sage-femme et l'ajout de ces rôles et responsabilités dans le projet de loi.

Annexe 1 - Nos recommandations

1. Que soit réalisée une analyse différenciée selon les sexes dans une perspective intersectionnelle (ADS+) avant la poursuite du processus parlementaire entourant le projet de loi n° 15 et que soient intégrées les modifications nécessaires pour favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'entre les femmes et l'équité pour toutes et tous.
2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux adopte le principe de Joyce de manière à reconnaître la discrimination systémique des peuples autochtones et s'engage à prévoir une réforme de son réseau qui respecte leurs droits.
3. Qu'aucun centre de santé des femmes ou clinique extrahospitalière n'ait à renoncer à leurs pratiques développées par des années d'expertise afin de répondre aux besoins des femmes et des personnes ayant besoin d'IVG.
4. Que ces organismes ne soient pas contraints de nommer des directions médicales tel que défini actuellement à l'article 532.
5. Qu'aucune norme de sécurité outrepassant ce qui est médicalement nécessaire ne soit imposée aux centres de santé des femmes et aux cliniques hors milieu hospitalier.
6. Qu'une direction clinique sage-femme sous l'autorité du président-directeur général soit créée dans les établissements de santé territoriale, avec les fonctions correspondantes et qu'elle soit obligatoirement une sage-femme.
7. Que les sages-femmes aient un siège au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIÉTOC) des établissements territoriaux (PL 15, article 154).
8. Que le pouvoir de recommandation du conseil des sages-femmes sur la distribution appropriée des services et la qualité de l'acte soit maintenu.
9. Que l'évaluation des actes des sages-femmes soit effectuée par les pair·e·s.
10. Que les sages-femmes soient incluses au plan des effectifs médicaux et dentaires et que la direction sage-femme, après consultation du Conseil des sages-femmes et du comité de parents, participe à l'élaboration de ce plan.
11. Que le Conseil des sages-femmes indépendant, avec les responsabilités et pouvoirs inhérents à sa raison d'être, soit maintenu de manière à assurer la gestion de proximité auprès des usager·ère·s.
12. Que le Conseil des sages-femmes soit responsable de remplir ses rôles et responsabilités tel qu'il le fait actuellement et soit redevable directement au président-directeur général de l'établissement où elles offrent leurs services.
13. Qu'un siège soit réservé à un·e usager·ère, nommé·e par ses pair·es, au sein du conseil des sages-femmes.

- 14.** Que soit renommée la SECTION III du projet de loi n° 15 pour y ajouter la mention de « comités de parents ». Que le nouveau libellé soit : « SECTION III – COMITÉ DE GESTION DES RISQUES, COMITÉ DES USAGERS, COMITÉ DES RÉSIDENTS ET COMITÉ DE PARENTS ».
- 15.** Que soit ajouté un article pour définir les rôles et responsabilités du comité de parents, libellé comme suit :

§3.— Comité de parents

- 1. Un comité de parents est institué pour chaque service de sage-femme.*
- 2. Le comité de parents d'un service de sage-femme se compose d'au moins 3 parents désignés par les usager·ère·s du service. Des membres de la communauté peuvent s'y adjoindre, mais les parents doivent toujours demeurer majoritaires.*
- 3. Un comité de parents exerce les fonctions suivantes :*
 - a) renseigner les usager·ère·s sur leurs droits et leurs obligations ;*
 - b) promouvoir l'amélioration de la qualité de vie de la maison de naissance et participer à l'évaluation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus du service de sage-femme ;*
 - c) animer la vie communautaire de la maison de naissance en y organisant des activités en fonction des besoins exprimés par les usager·ère·s ;*
 - d) défendre les droits et les intérêts collectifs des usager·ère·s ;*
 - e) faire rapport au conseil sage-femme de toute situation vécue par les usager·ère·s affectant la qualité des services ou de leur expérience au sein du service et participer à l'identification des pistes d'amélioration.*

Ces comités établissent, en outre, leurs règles de fonctionnement.

- 4. Le président-directeur général, par le biais du conseil des sages-femmes, doit favoriser le bon fonctionnement du comité de parents, il doit veiller à ce qu'il dispose des ressources nécessaires à l'exercice de ses fonctions et il doit voir à ce que chaque usager·ère du service de sage-femme soit informé·e par écrit de l'existence de ce comité.*

Lorsque l'établissement reçoit des sommes destinées à un comité de parents, le président-directeur général doit les mettre sans délai à la disposition de ce-dernier. Il doit également permettre l'utilisation des locaux de la maison de naissance (ou un autre local en l'absence de maison de naissance) pour les activités du comité

- 16.** Qu'un siège soit réservé au comité d'usager·ère·s de chaque établissement pour une personne représentante des usager·ère·s en santé sexuelle et reproductive.
- 17.** Qu'un siège additionnel à ceux actuellement prévus soit réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des organismes œuvrant auprès des femmes.
- 18.** Qu'un siège soit réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des usager·ère·s en santé sexuelle et reproductive.
- 19.** Qu'un siège additionnel à ceux actuellement prévus soit réservé au conseil d'établissement pour un·e représentant·e des communautés autochtones.

- 20.** Que soient reconnus les groupes citoyens mobilisés pour l'accès aux services de sage-femme. Ces groupes doivent participer à l'ensemble du processus, incluant la mise en place du comité de parents.
- 21.** Que le développement de nouveaux services fasse l'objet d'un plan de déploiement concerté avec les milieux et les organisations communautaires.
- 22.** Que le comité consultatif pour le développement des services de sage-femme, relevant de la Direction Santé mère-enfant du MSSS, soit remplacé par un comité de coordination national ayant pour mandat d'aborder les enjeux entourant le développement des services de sage-femme et de proposer des orientations qui permettent l'amélioration de l'accès à ces professionnelles.
- 23.** Qu'en plus des organisations déjà représentées, soit le Regroupement Les Sages-femmes du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec, le Département sage-femme de l'UQTR et la Coalition pour la pratique sage-femme; deux organismes nationaux travaillant auprès des groupes citoyens, des comités de parents et des organismes périnataux soient représentés.

Annexe 2 - Liste des membres

Les membres de la Coalition sont :

- ◆ Association des étudiantes sages-femmes du Québec (AESFQ)
- ◆ Association féministe d'éducation de l'action sociale (Afeas)
- ◆ Confédération des Organismes Familiaux du Québec (COFAQ)
- ◆ Confédération des syndicats nationaux (CSN)
- ◆ Cercles des Fermières du Québec
- ◆ Fédération québécoise des organismes communautaires famille (FQOCF)
- ◆ Fédération des femmes du Québec (FFQ)
- ◆ Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
- ◆ Institut National de Portage des Enfants
- ◆ Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement
- ◆ Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ)
- ◆ Regroupement Naissances Respectées (RNR)
- ◆ L'R des centres de femmes du Québec
- ◆ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
- ◆ Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ)
- ◆ Serena Québec

Annexe 3 – Liste des références

Association pour la santé publique du Québec, *Rapport synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Québec, ASPQ, 1981, Référence tirée de l'article d'Hélène Vadeboncoeur dans *Le médecin du Québec* : <https://lemedecinquebec.org/Media/86563/077-086Documentation0705.pdf> (consulté le 17 mai 2023)

Conseil d'évaluation des projets pilotes sage-femme, *Rapport final et recommandations*, MSSS, 1998, en ligne : <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs40403> (consulté le 18 mai 2023)

Cornellier, Hélène, *Créer une nouvelle profession... vieille comme le monde, la sage-femme professionnelle de la santé au Québec, en comparaison avec la situation de la sage-femme au Canada et à l'étranger*, Mémoire de maîtrise en droit de la santé, Août 1993, en ligne : <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/10717> (consulté le 17 mai 2023)

Gouvernement du Québec. *La politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*, MSSS, 2008, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf> (consulté le 14 mai 2023)

Gouvernement du Québec. *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme*, MSSS, Mars 2015, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf> (consulté le 12 mai 2023)

Maison de naissance : définition adoptée par le Regroupement Naissances Respectées, le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement (anciennement Groupe MAMAN), le Regroupement Les Sages-femmes du Québec et l'Ordre des sages-femmes du Québec en 2015, en ligne : <https://groupemaman.org/maison-de-naissance-une-definition-commune> ainsi que sur les site de l'[OSFQ](#) et du [RSFQ](#). (consulté le 17 mai 2023)

Philosophie des sages-femmes : définition tirée du site du Regroupement Les Sages-femmes du Québec, en ligne : <https://www.rsfq.qc.ca/a-propos/#notre-philosophie> (consulté le 17 mai 2023)

Principe de Joyce, en ligne : <https://principedejoyce.com/fr/index> (consulté le 17 mai 2023)



**Coalition
pour la pratique
sage-femme**

Coalition pour la pratique sage-femme

<https://www.facebook.com/coallitionsagefemme>