

**Une vision renouvelée
du système professionnel
en santé et en relations humaines**

RAPPORT D'ÉTAPE

du Groupe de travail ministériel sur les professions de la
santé et des relations humaines

Novembre 2001

Note :

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.
L'utilisation du mot professionnel fait référence aux membres des ordres.

**Une vision renouvelée
du système professionnel
en santé et en relations humaines**

**Rapport d'étape
Sommaire et liste des suggestions et des recommandations**

**Groupe de travail ministériel sur les professions
de la santé et des relations humaines**

Novembre 2001

RAPPORT D'ÉTAPE

Sommaire

Les travaux entrepris dans le but de suggérer une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines en matière de champ de pratique et de conditions d'exercice, résultent d'un mandat que confiait la ministre responsable de l'application des lois professionnelles, madame Linda Goupil, à un groupe formé en février 2000. Celui-ci est composé de huit personnes, choisies en regard de leur expérience professionnelle et de leur connaissance du système de santé et de services sociaux.

Partie d'un plan d'action plus vaste qui comporte six projets, celui qui consiste à moderniser l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines poursuit des objectifs identiques : assouplir et alléger le cadre réglementaire et accroître l'ouverture des milieux professionnels à la multidisciplinarité. La modernisation ainsi souhaitée requiert à la fois de s'ajuster à un contexte d'exercice en évolution rapide, de favoriser l'innovation, de tirer profit des forces du système actuel tout en cernant ses failles, d'encourager de nouvelles formes de collaboration entre les professions et de reconnaître les compétences. En avant-plan de toutes ces préoccupations s'impose également la finalité principale du système professionnel : la protection du public.

La réalisation du mandat a nécessité :

- de prendre connaissance des travaux déjà réalisés en matière de révision de système professionnel, au Québec et ailleurs en Amérique du nord de manière à en tirer des conclusions utiles; (Chapitres 2 et 3)
- de s'interroger sur les conséquences de la mise à jour envisagée sur les autres lois ou règlements régissant les professionnels de la santé et des relations humaines, notamment les règles applicables dans les établissements de santé ou celles relatives à la responsabilité professionnelle; (Chapitre 4)
- de consulter les partenaires de la santé afin de disposer d'une vision actualisée de l'organisation du travail; (Chapitre 5)
- d'examiner avec attention les problèmes et les solutions tels que vus par les ordres professionnels concernés, soit les vingt six que compte le secteur de la santé et des relations humaines; (Chapitre 6)
- de développer une approche et de l'appliquer à chacun des ordres professionnels ou encore à l'ensemble du secteur. (Chapitres 7 et 8)

Le rapport d'étape présente les résultats des travaux, tant en regard de l'examen de la situation que de la solution proposée et de son application à un premier groupe de treize ordres professionnels, soit ceux qui œuvrent dans le réseau public de la santé et des services sociaux. La poursuite des travaux pourrait conduire à des modifications en regard de l'approche retenue. Il est également à noter que les 13 professions qui œuvrent plus particulièrement dans le secteur privé et en santé mentale seront l'objet du même processus dès octobre 2001, c'est-à-dire qu'elles se verront, s'il y a lieu réserver des activités en partage avec les ordres professionnels dont il est question dans le présent rapport. Le Groupe de travail a choisi de présenter ses conclusions sous forme de recommandations ou de suggestions. Les premières concernent directement le système professionnel alors que les secondes sont destinées à des partenaires.

Liste des suggestions et des recommandations

En regard des autres lois ou règlements régissant les professionnels du secteur de la santé et des relations humaines (Chapitre 4)

De l'examen du cadre juridique régissant les professionnels de la santé et des relations humaines qui exercent en établissement, le Groupe de travail a retenu qu'il s'agit d'un système harmonisé qui comporte des règles d'organisation du travail qui tiennent compte de la mission de protection du public des ordres professionnels et qui prévoit que ceux-ci ont un rôle à jouer dans l'amélioration de la qualité des soins dispensés en établissement. En outre, l'analyse des règles applicables en matière de responsabilité professionnelle démontre qu'un nouveau partage des activités entre les professionnels ne nécessiterait aucun changement de celles-ci : les conditions de base de la responsabilité continueront de s'appliquer, peu importe la nature des obligations des professionnels concernés, et ceux-ci continueront d'être responsables pour tout manquement à ces obligations.

Cependant, le Groupe de travail constate que certaines dispositions propres au système de la santé et des services sociaux peuvent constituer un frein à l'échange d'information entre les professionnels, particulièrement en regard de la circulation du dossier du patient entre les établissements. Le Groupe de travail considère que le travail en interdisciplinarité repose notamment sur un partage de renseignements pertinents entre les professionnels et que le dossier constitue un outil indispensable à cet égard.

Le Groupe de travail suggère :

(S1) Qu'un dossier-patient unique, informatisé et transférable soit implanté dans les meilleurs délais à l'ensemble du Québec.

En regard de l'approche retenue (Chapitre 7)

Pour parvenir aux résultats attendus, à savoir l'élimination des barrières inutiles entre les professions sans toutefois porter atteinte à la protection du public, le Groupe de travail opte pour une approche fondée sur une mise à jour des champs d'exercice et sur l'identification d'activités réservées. Par ailleurs, après avoir examiné d'autres concepts, il en retient un certain nombre, notamment l'appartenance obligatoire et l'introduction de dispositions relatives à des situations particulières, comme les cas d'urgence par exemple. Enfin, le Groupe a également identifié des moyens favorisant l'évolution des professions et l'adaptation de l'encadrement professionnel en fonction des milieux. Cependant, il importe de mentionner que l'approche ici présentée ne revêt pas encore de caractère final. En effet, s'agissant d'un rapport d'étape, il est possible que des modifications ou des ajustements soient nécessaires en fonction des résultats des dernières phases des travaux.

Concernant les assises et la raison d'être des ordres professionnels

Tout au long de ses rencontres, le Groupe de travail a été en mesure de constater la confiance accordée aux mécanismes prévus par le système professionnel pour protéger le public : tous sont convaincus de la nécessité de donner aux ordres professionnels la place qui leur revient et de les doter des moyens qui leur permettent d'assumer pleinement leur raison d'être. Fort de ces commentaires, le Groupe de travail croit donc nécessaire de réaffirmer la raison d'être d'un ordre professionnel et d'insister également sur l'importance pour les ordres d'utiliser pleinement les moyens dont ils disposent pour assurer la protection du public.

Le Groupe de travail recommande :

- (R1) *Que la raison d'être des ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines partagée avec l'ensemble des ordres du système professionnel, à savoir la protection du public, soit réaffirmée.*
- (R2) *Que les ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines utilisent pleinement les moyens dont ils disposent pour assurer la protection du public, soit l'admission, l'assurance de la responsabilité, l'inspection professionnelle, les recours disciplinaires, le contrôle de l'utilisation du titre et de l'exercice illégal, ainsi que la formation continue et ce dans tous les milieux où s'exercent ces professions.*

Concernant les diverses composantes de l'approche

✓ *Une mission particulière*

Les ordres du secteur partagent non seulement la même raison d'être, la protection du public, mais aussi une responsabilité à l'égard des soins et des services dispensés à la population. Le Groupe de travail juge pertinent de reconnaître cette responsabilité par l'instauration d'une mission commune, soit l'amélioration continue des soins et des services. Il s'agit là d'un moyen privilégié de rallier les ordres et les professionnels dans une démarche globale de collaboration et d'interdisciplinarité.

Le Groupe de travail recommande :

- (R3) *Que les ordres et les professionnels du secteur de la santé et des relations humaines se voient confier une mission particulière commune et partagée, soit l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.*

✓ *Un seul type de profession*

L'approche retenue par le Groupe de travail s'applique à tous les ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines, quel que soit leur statut actuel, de sorte qu'il ne peut plus être question de deux types de professions. Chacune d'entre elles se voit néanmoins définie de manière à maintenir le contrôle de la pratique professionnelle et à favoriser la réalisation du mandat de protection du public.

Le Groupe de travail recommande :

- (R4) *Que chacune des professions du secteur de la santé et des relations humaines :*
- *soit dotée d'un champ de pratique qui définit l'essence de la profession;*
 - *se voit réserver des activités en lien avec le champ de pratique et en fonction de critères qui assurent la protection du public;*
 - *conserve les titres qui lui sont actuellement réservés à moins qu'un changement ne soit nécessaire en raison de l'évolution de la profession.*

✓ *L'appartenance obligatoire*

Le Groupe de travail a jugé bon de prendre position sur la question de l'appartenance aux ordres, répondant ainsi aux préoccupations exprimées par la plupart des organismes ou des personnes consultés. À l'instar de ceux-ci, il déplore que le système professionnel actuel permette à certaines personnes de se soustraire volontairement au contrôle de l'organisme régulateur qu'est l'ordre professionnel.

Le Groupe de travail recommande :

- (R5) *Que toute personne dûment formée à l'exercice d'une profession et qui possède les qualifications requises ait l'obligation d'appartenir à l'ordre professionnel qui régit cette profession, afin de pouvoir l'exercer.*

Pour prendre tout son sens, l'appartenance obligatoire imposée aux personnes dûment formées à l'exercice d'une profession et qui possèdent les qualifications requises pour être admises à l'ordre professionnel doit se traduire également par une révision des règles qui prévalent quant à l'embauche et au maintien en emploi dans le réseau public et parapublic.

Le Groupe de travail suggère :

- (S2) *Que les conventions collectives et les politiques d'embauche et de maintien en emploi tiennent compte de la règle de l'appartenance obligatoire.*
- (S3) *Que l'individu s'acquitte lui-même du coût d'adhésion à son ordre professionnel.*

✓ *Le champ de pratique*

Le Groupe de travail opte pour une description de chacun des champs de pratique qui soit la plus précise et la plus distinctive possible. En s'appliquant à définir dans son essence la pratique d'une profession, il ne prétend pas couvrir l'ensemble d'une discipline mais plutôt en énoncer les principales activités afin d'en saisir la nature et la finalité.

Le Groupe de travail recommande :

- (R6) *Que le champ de pratique des professions du secteur de la santé et des relations humaines contienne :*
- *la désignation de la discipline professionnelle;*
 - *les principales activités de la profession;*
 - *la finalité de la pratique.*
-
-

✓ *Les éléments partagés*

Tout au long de leurs travaux, les membres du Groupe ont reconnu l'importance des actions ou des interventions à caractère préventif ou informatif, que celles-ci soient effectuées par un ordre ou par un professionnel. Ils ont également convenu que ces actions sont communes à l'ensemble des professions du secteur et décidé de les inclure dans chacun des champs de pratique.

Le Groupe de travail recommande :

(R7) Que l'information du public, la prévention de la maladie et des problèmes sociaux ainsi que la promotion de la santé fassent partie du champ de pratique de chacune des professions de la santé et des relations humaines.

✓ *Les activités réservées*

En matière de réserve, le Groupe de travail s'inspire des réformes réalisées ou amorcées ailleurs au Canada : la réserve ne porte plus sur des champs d'exercice mais sur des activités en fonction de critères bien définis. Plus englobante que la notion d'acte, celle d'activité évite l'énumération d'une multitude de gestes et fait davantage référence à un ensemble d'opérations ou d'interventions. En outre, les critères retenus, à savoir le risque de préjudice de l'activité et la formation liée au degré de complexité de celle-ci, permettent d'identifier, dans le secteur de la santé et des relations humaines, les activités qui ne peuvent être exercées que par des professionnels reconnus.

Le Groupe de travail recommande :

(R8) Que les activités réservées concernent :

- 1. le diagnostic des maladies;*
- 2. l'évaluation de la condition des personnes lorsque pratiquée par des professionnels qui interviennent directement auprès des clientèles, sans diagnostic préalable;*
- 3. la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions diagnostiques;*
- 4. la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions thérapeutiques;*
- 5. la surveillance clinique¹ de la condition ou de l'état des personnes malades;*
- 6. la prescription, la préparation, la vente, la remise et l'administration de médicaments et de substances ainsi que la surveillance de leurs effets;*
- 7. la prescription et l'ajustement d'appareils.*

En outre, au cours de ses rencontres, le Groupe de travail a été sensibilisé à deux situations particulières, en lien avec l'exercice des activités qu'il recommande de réserver. La première concerne l'activité d'évaluation de la condition des personnes. Le Groupe de travail accorde une grande importance aux compétences nécessaires pour exercer cette activité, notamment auprès de clientèles vulnérables, et recommande de confier une telle évaluation à des professionnels reconnus. Il a par ailleurs identifié les clientèles qu'il considère vulnérables. Parmi celles-ci, se retrouvent les mineurs dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré

¹ La définition de surveillance clinique, fondée sur le sens donné aux termes surveillance et clinique, est la suivante : « observer directement au chevet du malade et avec une attention soutenue, les manifestations de la maladie de manière à effectuer ou à demander l'intervention adéquate ».

RAPPORT D'ÉTAPE
LISTE DES SUGGESTIONS ET DES RECOMMANDATIONS

/7

comme compromis. Il souhaite que certaines dispositions législatives prennent en considération la recommandation relative à la réserve de l'activité d'évaluation et soient modifiées en conséquence, c'est le cas pour la Loi sur la protection de la jeunesse.

Le Groupe de travail suggère :

- (S4) *Que la Loi sur la protection de la jeunesse soit modifiée afin de prévoir que les responsabilités exercées, en exclusivité, par le Directeur de la protection de la jeunesse et les membres de son personnel qu'il autorise à cette fin,² soient exercées par des professionnels membres d'un ordre.*

Par ailleurs, il a dû prendre position en ce qui concerne la prescription des examens diagnostiques et, dans l'état actuel des travaux, en a fait une activité réservée aux médecins et aux sages-femmes. Pour ces dernières, l'activité est assujettie à une liste établie par règlement approuvé par le Gouvernement, telles que le prévoient les dispositions législatives actuelles. D'autres ordres ont indiqué que l'utilisation de certains tests diagnostiques s'avérerait utile. Le droit de prescrire des tests de laboratoire doit être limité afin d'éviter la duplication et de ne pas multiplier indûment les demandes de tests diagnostiques auprès des laboratoires médicaux. Néanmoins, l'accès aux résultats des examens de biologie médicale doit être possible pour tous les professionnels, lorsque ces renseignements leur sont nécessaires dans le cadre de leur intervention thérapeutique. À cet effet, le Groupe de travail a déjà suggéré la mise en place d'un dossier unique, un élément facilitant l'accès aux résultats de tests et l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire.

Le Groupe de travail suggère :

- (S5) *Que les résultats des tests et des examens diagnostiques soit généralement accessibles aux professionnels de la santé et des relations humaines, en conformité avec les lois en vigueur.³*

✓ *Les conditions d'exercice d'une activité réservée*

L'exercice d'activités réservées doit être balisé, si nécessaire, par des conditions. Même s'il s'agit d'une modalité couramment utilisée dans le cadre du système actuel, le Groupe de travail a jugé bon de revoir les conditions qui prévalent présentement et de remettre en question certaines d'entre elles. En lieu et place, il propose six conditions d'exercice : l'ordonnance, la formation, la supervision, la clientèle, le lieu d'exercice et la liste, par exemple la liste des médicaments autorisés, et définit chacune d'entre elles. Il entend ainsi encadrer l'exercice d'une activité comportant des risques de préjudice par des moyens souples et évolutifs. Dans tous les cas, le Groupe veille à s'assurer de la capacité d'un professionnel à accomplir cette activité en vérifiant sa formation, de base et continue.

² Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 32.

³ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1; Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, L.R.Q. c. P-39.1.

Le Groupe de travail recommande :

(R9) *Que l'exercice d'activités réservées soit assorti au besoin de conditions telles : l'ordonnance, la formation, la supervision et, le cas échéant, de considérations reliées à la clientèle, au lieu ou encore à une liste.*

✓ **Des mécanismes d'exclusion**

Le Groupe de travail considère que certaines situations ou certains contextes nécessitent d'être soustraits aux règles qui prévalent en regard de l'exercice des activités réservées. Il s'agit plus particulièrement des situations d'urgence, de l'administration de médicaments dans certains milieux de vie substitut ou dans le cadre des programmes de soins à domicile, des soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne ainsi que des soins dispensés à domicile par les membres de la famille ou les aidants naturels. Pour chacune de ces quatre situations, le groupe retient des lignes de conduite qui devront être prises en compte dans la législation professionnelle.

Certaines situations commandant une intervention immédiate, notamment parce que des vies peuvent en dépendre, le Groupe de travail estime nécessaire de prévoir une exclusion de manière à permettre à un professionnel d'exercer, en situation d'urgence, une activité qui ne lui est pas réservée.

Le Groupe de travail recommande :

(R10) *Qu'une disposition législative relative aux situations d'urgence soit prévue afin de permettre aux professionnels d'intervenir sans égard aux activités qui leur sont habituellement réservées.*

Le Groupe de travail a été sensibilisé à la problématique de l'administration des médicaments par des non-professionnels dans certains milieux de vie substitut qui hébergent des personnes en perte d'autonomie mais dont la condition de santé est stable. Dans une perspective d'allègement et d'assouplissement du cadre réglementaire, il est concevable que l'administration de médicaments puisse être permise à des non-professionnels. Elle doit cependant être restreinte à certaines voies d'administration, à des milieux bien spécifiques et à des circonstances particulières et les personnes appelées à poser de tels actes devraient bénéficier d'une formation appropriée et continue.

Le Groupe de travail recommande :

(R11) *Qu'une disposition législative soit prévue, autorisant des non-professionnels à administrer des médicaments par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée, dans les ressources de types intermédiaire ou familial et dans le cadre des programmes de soins à domicile.*

Le Groupe de travail suggère :

(S6) *Qu'une formation appropriée soit offerte sur une base continue par des professionnels habilités, au personnel non professionnel des ressources de types intermédiaire ou familial et des programmes de soins à domicile pour administrer des médicaments, activité habituellement réservée à des professionnels de la santé.*

La situation des personnes qui ont besoin d'assistance pour accomplir les activités de la vie courante ou d'aide pour les autosoins a été soulevée par quelques groupes. Dans certains milieux, le personnel non professionnel offre de la suppléance à ces personnes, il fait des gestes ou des activités en lieu et place des usagers, y compris leur dispenser des soins relatifs à la santé physique qu'eux-mêmes devraient normalement assumer. Certains soins considérés comme de l'assistance aux activités de la vie quotidienne sont réservés. Il est donc nécessaire de prévoir une clause d'exclusion pour permettre à des non-professionnels de poser ces actes dans des milieux bien identifiés, lorsqu'ils sont requis sur une base durable et quotidienne et nécessaires au maintien de la santé. En outre, le personnel non professionnel devrait bénéficier d'une formation à cet égard.

Le Groupe de travail recommande :

(R12) Que les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne requis sur une base durable et quotidienne et nécessaires au maintien de la santé, ne soient pas considérés comme des activités réservées et par conséquent, puissent être exécutées par des non-professionnels lorsqu'ils sont dispensés dans les ressources de types intermédiaire ou familial et dans le cadre des programmes de soins à domicile.

Le Groupe de travail suggère :

(S7) Qu'une formation appropriée soit offerte sur une base continue par un professionnel au personnel non professionnel des ressources de types intermédiaire ou familial et des programmes de soins à domicile pour dispenser des soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne.

En raison des changements intervenus dans les modes et les lieux de dispensation des services de santé, les personnes qui ont besoin de soins se retrouvent fréquemment à domicile. Elles dépendent alors des membres de leur famille ou encore d'aidants naturels pour recevoir des soins qui sont inclus dans la liste des activités réservées. Le Groupe de travail considère que ces personnes doivent être autorisées à exercer des activités réservées. Une formation appropriée devrait cependant leur être offerte.

Le Groupe de travail recommande :

(R13) Qu'une disposition législative soit prévue qui autorise les membres de la famille et les aidants naturels à exercer à domicile des activités réservées sans que cela soit considéré comme de la pratique illégale d'une activité professionnelle réservée.

Le Groupe de travail suggère :

(S8) Qu'une formation appropriée soit offerte par un professionnel habilité aux membres de la famille et aux aidants naturels pour exercer des activités habituellement réservées à des professionnels de la santé.



Des mécanismes d'évolution

L'adaptation du système à la réalité vécue sur le terrain doit se poursuivre et s'effectuer au fur et à mesure de l'évolution des pratiques professionnelles. Pour ce faire, il y a lieu de reconnaître les pratiques qui se sont développées en marge du cadre actuel et de faire place aussi à

l'expérimentation et à l'innovation. Le Groupe de travail prévoit deux mesures à cet égard, la réalisation de projets-pilotes et la reconnaissance de la pratique avancée.

Les projets-pilotes permettent de partager une activité réservée, à titre temporaire et expérimental, lorsque l'évolution d'une profession ou les besoins du système de santé et de services sociaux le justifient.

Le Groupe de travail recommande :

(R14) Que le partage d'activités réservées à titre expérimental :

- s'appuie sur les besoins émergents du milieu;*
- favorise l'évolution d'une profession;*
- soit encadré par des conditions déterminées conjointement par les ordres professionnels concernés et garantissant la protection du public;*
- fasse l'objet d'un rapport conjoint entre les ordres professionnels concernés lequel contiendrait leurs recommandations quant à la réserve des activités en question.*

(R15) Qu'une disposition législative soit prévue pour permettre le partage d'activités réservées à titre expérimental.

(R16) Que cette disposition intègre un processus souple et transparent d'autorisation gouvernementale de telles expériences.

L'évolution des pratiques et des contextes fait en sorte que certains professionnels sont, ou pourraient être appelés à exercer des activités réservées à une autre profession. Le Groupe de travail considère qu'il y a lieu de prévoir des mécanismes de reconnaissance et d'autorisation de ces nouvelles pratiques et juge important d'énoncer certains principes à l'égard de cette réalité qu'il désigne sous le vocable de « pratique avancée ».

Le Groupe de travail recommande :

(R17) Que des dispositions législatives soient prévues qui permettent la reconnaissance et l'autorisation gouvernementale de la pratique avancée au sein des professions.

(R18) Que la reconnaissance de la pratique avancée :

- s'appuie sur les besoins émergents des milieux;*
- constitue une forme d'évolution d'une profession et à ce titre, représente un volet spécifique de la pratique;*
- donne lieu au partage d'activités réservées qui font partie de la liste attribuée à un autre ordre professionnel;*
- fasse l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés, incluant la formation requise pour ces nouvelles pratiques;*
- soit régie par des mécanismes souples et adaptables.*

(R19) Que la pratique avancée soit encadrée par des conditions d'exercice adéquates et garantes de la protection du public.

- ✓ *Des clauses d'adaptation et des instruments de gestion de l'organisation du travail au niveau local : le protocole et la règle de soins infirmiers.*

Le Groupe de travail reconnaît l'opportunité, voire la nécessité, de permettre à tout établissement d'organiser, selon ses particularités propres, le travail de ses équipes professionnelles. Le protocole et la règle de soins infirmiers constituent des outils d'adaptation locale qui permettent à un établissement et aux professionnels qui y travaillent de préciser les façons de faire dans le respect des lois en vigueur. Ils ne doivent pas constituer cependant une condition à la réserve d'une activité à un professionnel. De manière à favoriser l'interdisciplinarité, les professionnels d'un établissement doivent se concerter pour l'élaboration de protocoles et de règles de soins infirmiers et s'appuyer, pour ce faire, sur des balises nationales, des lignes directrices ou des guides de pratique élaborés, en collaboration, par les ordres concernés.

Le Groupe de travail recommande :

- (R20) *Que les protocoles et les règles de soins infirmiers soient utilisés en tant qu'outils d'adaptation locale qui respectent les lois professionnelles en vigueur.*
- (R21) *Que les protocoles et les règles de soins infirmiers s'appuient sur des balises nationales, des lignes directrices élaborées, en collaboration, par les ordres concernés.*
- (R22) *Que l'élaboration des protocoles et des règles de soins infirmiers soit le résultat d'une collaboration entre les professionnels concernés.*
-
-

En regard de l'application de l'approche aux ordres professionnels (Chapitre 8)

Le Groupe de travail a appliqué l'approche à chacune des treize professions du secteur de la santé et des relations humaines qui oeuvrent dans le réseau des établissements publics. Il a également eu l'occasion d'échanger avec eux au moins à deux reprises en regard de ses recommandations quant au champ de pratique et aux activités réservées. Ces échanges lui ont permis de bien cerner la réalité de la pratique actuelle et future pour ainsi adapter ses définitions aux impératifs liés à l'évolution des contextes d'exercice, tant québécois que nord-américains.

Il est à noter que les 13 professions qui oeuvrent plus particulièrement dans le secteur privé et en santé mentale seront l'objet du même processus dès octobre 2001, c'est-à-dire qu'elles se verront, s'il y a lieu réserver des activités en partage avec les ordres professionnels dont il est question dans le présent rapport. Le résultat de l'application de l'approche à ces professions fera partie du rapport final prévu être déposé en mars 2002.

Les recommandations qui suivent se fondent sur un examen des demandes présentées par les ordres professionnels, des lois et des règlements professionnels actuellement en vigueur dans le secteur, des listes d'activités réservées retenues ou proposées dans certaines provinces canadiennes ainsi que des propositions adressées par les groupes, des organismes et des experts reçus en audience. Pour chaque profession, la définition du champ de pratique et la liste des activités réservées ont été examinées en fonction de la cohérence des différents éléments entre eux ainsi que de la conformité des choix en relation avec les critères retenus. C'est ainsi que les risques de préjudice liés à l'exercice d'une activité et la formation dispensée aux professionnels appelés à se voir confier une activité réservée ont été des facteurs déterminants dans les décisions qui ont été prises.



Les diététistes

Le Groupe de travail recommande :

(R23) Que le champ de pratique des diététistes soit défini ainsi :

« L'exercice de la diététique et de la nutrition chez l'être humain consiste à évaluer l'état nutritionnel, à déterminer et à assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R24) Que les activités réservées aux diététistes soient définies ainsi :

- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie.*
 - Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.*
-
-

✓ Les ergothérapeutes

Le Groupe de travail recommande :

(R25) Que le champ de pratique des ergothérapeutes soit défini ainsi :

« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, à déterminer une stratégie d'intervention, à développer ses aptitudes, à compenser ses incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter son environnement, dans le but de rétablir son autonomie.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R26) Que les activités réservées aux ergothérapeutes soient définies ainsi :

- *Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne lorsque cette évaluation est requise afin de lui permettre d'exercer un droit.*
- *Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.*

✓ Les infirmières et infirmiers

Le Groupe de travail recommande :

(R27) Que le champ de pratique des infirmières soit défini ainsi :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé de la personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R28) Que les activités réservées aux infirmières soient définies ainsi :

- *Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation.*
- *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.*
- *Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon une ordonnance⁴.*
- *Effectuer des examens et des tests diagnostiques selon une ordonnance.*

⁴ Il s'agit d'une ordonnance permanente établie par protocole.

- *Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance.*
- *Déterminer le plan de traitement et prodiguer les soins et les traitements, reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.*
- *Appliquer des techniques invasives comprenant les mesures d'entretien liées à leur utilisation.*
- *Effectuer le suivi de grossesse et contribuer à la pratique des accouchements.*
- *Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.*
- *Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet.*
- *Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.*
- *Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.*

(R29) *Que soit reconnu et autorisé, en application des principes énoncés par le Groupe de travail, un volet de pratique avancée au sein de la profession d'infirmière. Il s'agit de l'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale et de l'infirmière de pratique avancée en soins de santé primaires en région isolée.*

(R30) *Que l'exercice de l'infirmière de pratique avancée en soins de première ligne soit initié dans le cadre de projets-pilotes, selon les principes énoncés par le Groupe de travail.*

✓ Les infirmières et infirmiers auxiliaires

Le Groupe de travail recommande :

(R31) *Que le champ de pratique des infirmières et infirmiers auxiliaires soit défini ainsi :*

« L'exercice infirmier auxiliaire consiste à contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne, à la réalisation du plan de soins, à prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.»

(R32) *Que les activités réservées aux infirmières et infirmiers auxiliaires soient définies ainsi :*

- *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant, sous la supervision⁵ d'une infirmière ou d'un médecin, la voie intra-veineuse à partir d'un site périphérique.* ***
- *Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle du corps humain.**

⁵ Il s'agit de la supervision telle que définie par le Groupe de travail et apparaissant au chapitre 7 du présent rapport, point 7.3.

- Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain, selon une ordonnance, au-delà des grandes lèvres, du méat urinaire ou de la marge de l'anus.
- Appliquer des mesures d'entretien du matériel thérapeutique.
- Assurer l'assistance technique en dialyse.
- Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.
- Prodiger des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.
- Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.

* *L'infirmière auxiliaire sera habilitée à administrer des vaccins, des médicaments par voie intraveineuse, à installer un soluté par voie intraveineuse et à réaliser des prélèvements sanguins par ponction veineuse sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation à cet effet émise par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires.*

** *L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

✓ Les inhalothérapeutes

Le Groupe de travail recommande :

(R33) *Que le champ de pratique des inhalothérapeutes soit défini ainsi :*

« L'exercice de l'inhalothérapie consiste à contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et à traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R34) *Que les activités réservées aux inhalothérapeutes soient définies ainsi :*

- *Effectuer l'assistance ventilatoire selon une ordonnance.*
- *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.**
- *Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance :*
 - *dans une veine périphérique;*
 - à des fins d'intubation ou pour des aspirations :*
 - *au-delà du larynx ou du point de rétrécissement normal des fosses nasales;*
 - et*
 - *dans une ouverture artificielle.*
- *Faire des prélèvements selon une ordonnance.*
- *Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire selon une ordonnance.*

- *Surveiller la condition des personnes :*

- *sous anesthésie;*
- *sous sédation-analgésie;*
- *sous assistance ventilatoire.*

* *L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

(R35) Que soit reconnu et autorisé, en application des principes énoncés par le Groupe de travail, un volet de pratique avancée au sein de la profession d'inhalothérapeute. Il s'agit de l'assistance anesthésique.

✓ Les médecins

Le Groupe de travail recommande :

(R36) Que le champ de pratique des médecins soit défini ainsi :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R37) Que les activités réservées aux médecins soient définies ainsi :

- *Diagnostiquer les maladies.*
 - *Prescrire les examens diagnostiques.*
 - *Déterminer le traitement médical.*
 - *Prescrire les médicaments et les autres substances.*
 - *Prescrire les traitements.*
 - *Prescrire les appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.*
 - *Utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudices, incluant les interventions esthétiques.*
 - *Pratiquer les accouchements.*
 - *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques.*
 - *Effectuer les suivis de grossesse à risque.*
 - *Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.*
-
-

✓ Les orthophonistes et audiologistes

Le Groupe de travail recommande :

(R38) Que le champ de pratique des orthophonistes et audiologistes soit défini ainsi :

« L'exercice de l'audiologie et de l'orthophonie consiste à évaluer les fonctions de l'audition et du langage, incluant la voix et la parole, à déterminer un plan de traitement et d'intervention, à en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R39) Que les activités réservées aux orthophonistes et audiologistes soient définies ainsi :

- À l'audiologiste :
 - Évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audiolinguistique.
 - Prescrire une aide auditive.
 - Ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolinguistique.
- À l'orthophoniste :
 - Évaluer les troubles du langage, incluant ceux de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique.
 - Prescrire un système alternatif et compensatoire à la communication.

✓ Les pharmaciens

Le Groupe de travail recommande :

(R40) Que le champ de pratique des pharmaciens soit défini ainsi :

« L'exercice de la pharmacie consiste à donner des conseils sur un usage efficace et approprié des médicaments afin notamment de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R41) Que les activités réservées aux pharmaciens soient définies ainsi :

- Émettre une opinion pharmaceutique.
 - Préparer des médicaments.
 - Vendre des médicaments conformément aux dispositions du Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments.
-

- Surveiller la thérapie médicamenteuse.
- Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance.

Sous réserve que le professionnel ait reçu une formation particulière et se soit vu délivrer une attestation à cet effet par l'Ordre des pharmaciens :

- Prescrire la contraception orale d'urgence.

(R42) *Que soit reconnu et autorisé, en application des principes énoncés par le Groupe de travail, un volet de pratique avancée au sein de la profession de pharmacien. Il s'agit de l'ajustement posologique en fonction du monitoring pharmacothérapeutique.*

✓ Les physiothérapeutes

Le Groupe de travail recommande :

(R43) *Que le champ de pratique des physiothérapeutes soit défini ainsi :*

« L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. »

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R44) *Que les activités réservées aux physiothérapeutes soient définies ainsi :*

- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.
- Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique.
- Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus, à des fins thérapeutiques.
- Introduire un instrument dans le corps humain au-delà du larynx ou du point de rétrécissement normal des fosses nasales, pour procéder à des aspirations.
- Utiliser les formes d'énergie invasives à des fins d'évaluation et de traitement.
- Contribuer aux traitements reliés aux plaies.

Sous réserve que le professionnel ait reçu une formation particulière et se soit vu délivrer une attestation à cet effet par l'Ordre des physiothérapeutes :

- Utiliser des aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation, en complément avec l'utilisation d'autres moyens.
 - Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires.
-

✓ Les sages-femmes

Le Groupe de travail recommande :

(R45) *Que le champ de pratique des sages-femmes soit défini ainsi :*

« L'exercice de la profession de sage-femme consiste, lorsque la situation évolue normalement, à prodiguer à la femme et à son enfant les conseils, les soins et les services professionnels requis durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R46) *Que les activités réservées aux sages-femmes soient définies ainsi :*

- Évaluer la grossesse et le travail.*
- Dépister les conditions anormales chez la mère, le nouveau-né et l'enfant jusqu'à six semaines.*
- Prescrire des médicaments, selon une liste établie.*
- Prescrire des tests ou des examens, selon une liste établie.*
- Effectuer le suivi de la grossesse normale et du travail.*
- Administrer des médicaments selon une liste établie.*
- Introduire un instrument :*
 - dans le corps humain, au-delà du méat urinaire;*
 - dans une veine périphérique.*
- Introduire un instrument, un doigt ou une main dans le corps humain, au-delà des grandes lèvres.*
- Effectuer des prélèvements.*
- Pratiquer des accouchements spontanés.*
- Pratiquer des accouchements en cas d'urgence, dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci.*
- Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.*

✓ Les technologistes médicaux

Le Groupe de travail recommande :

(R47) Que le champ de pratique des technologistes médicaux soit défini ainsi :

« L'exercice de la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer sur le corps humain ou à partir de spécimens, des analyses et des examens prescrits dans le domaine de la biologie médicale et à assurer la validité des résultats à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique. »

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R48) Que les activités réservées aux technologistes médicaux soient définies ainsi :

- Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.* **
- Introduire un instrument dans le corps humain selon une ordonnance:
 - dans une veine périphérique;
 - au-delà du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'an.
- Effectuer des prélèvements.
- Procéder à des phlébotomies selon une ordonnance.

* Le technologiste médical sera habilité à administrer des médicaments sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation émise à cet effet par l'Ordre des technologistes médicaux.

** L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.

✓ Les technologues en radiologie

Le Groupe de travail recommande :

(R49) Que le champ de pratique des technologues en radiologie soit défini ainsi :

« L'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie consiste à utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. »

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R50) Que les activités réservées aux technologues en radiologie soient définies ainsi :

- Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.*
- Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance:

- *dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle;*
- *au-delà du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres ou de la marge de l'anus.*
- *Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie selon une ordonnance.*
- *Surveiller les réactions aux médicaments et aux substances.*

****** *L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

(R51) *Que le titre réservé à la profession de technologue en radiologie soit modifié afin de refléter davantage l'évolution de la pratique.*

Que l'expression « technologue de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie » soit retenue en tant que titre réservé.

✓ Les travailleurs sociaux

Le Groupe de travail recommande :

(R52) *Que le champ de pratique des travailleurs sociaux soit défini ainsi :*

« L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux et communautaires, à déterminer les stratégies et les plans d'intervention, à en assurer la mise en œuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R53) *Que les activités réservées aux travailleurs sociaux soient définies ainsi :*

- *Procéder à l'évaluation psychosociale :*
 - *d'une personne mineure dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis;⁶*
 - *d'une personne majeure en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection;⁷*
 - *en application d'une loi.⁸*
- *Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.*

⁶ Loi sur la Protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38, 38.1 et 49.

⁷ Code civil du Québec, art. 270, 278 et 279.

⁸ À titre d'exemple : la Loi sur la protection de la jeunesse, op. cit., art. 72.3.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 : Le mandat et le plan de travail

1. Mandat du Groupe de travail.....	3
2. Composition du groupe	4
3. Principes, orientations, objectifs, moyens et processus	5
4. L'échéancier	8

CHAPITRE 2 : Les travaux antérieurs réalisés par l'Office des professions du Québec (OPQ) et le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Introduction.....	11
1. Les travaux de l'Office des professions du Québec (l'avis rendu en 1997).....	11
1.1. La mission du système professionnel	11
1.2. L'adaptation des domaines d'exercice et du système professionnel à la réalité du XXI ^e siècle	12
2. Les travaux du Conseil interprofessionnel du Québec.....	18
2.1. La mission du système professionnel	18
2.2. La mise à jour du système professionnel.....	18
2.3. La démarche adoptée par le Conseil interprofessionnel du Québec	19
2.4. Des résultats	20

CHAPITRE 3 : La réglementation des professions de la santé - Des réformes canadiennes et américaines

Introduction.....	21
1. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Alberta	21
1.1. Le contexte de la réforme	21
1.2. Les problèmes identifiés.....	23
1.3. Les objectifs de la réforme.....	23
1.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation.....	24
1.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme.....	24
1.6. Les résultats.....	27
2. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Colombie-Britannique.....	29
2.1. Le contexte de la réforme	29
2.2. Les problèmes identifiés.....	30
2.3. Les objectifs de la réforme.....	30
2.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation.....	32
2.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme.....	33
2.6. Les résultats	35
3. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Ontario	36
3.1. Le contexte de la réforme	36
3.2. Les problèmes identifiés.....	36
3.3. Les objectifs de la réforme.....	38
3.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation.....	38

Table des matières

3.5.	Les moyens de mise en œuvre de la réforme.....	39
3.6.	Les résultats.....	41
4.	La réforme de la réglementation des professions de la santé en Virginie.....	43
4.1.	Le contexte de la réforme.....	43
4.2.	Les problèmes identifiés.....	44
4.3.	Les objectifs de la réforme.....	48
5.	La Commission Pew sur la réglementation des professions de la santé aux États-Unis.....	50
5.1.	Le contexte de la Commission.....	50
5.2.	Les objectifs des travaux de la Commission.....	50
5.3.	Les fondements du nouveau modèle de réglementation.....	51
5.4.	Les moyens de mise en œuvre de la réforme.....	51
	Bibliographie.....	60

CHAPITRE 4 : Le contexte juridique

	Introduction.....	65
1.	Les recoupements constatés concernant l'encadrement juridique de l'exercice des professions de la santé et des relations humaines par le système professionnel et le système de la santé et des services sociaux.....	66
1.1.	L'assurance de la responsabilité professionnelle.....	66
1.2.	La tenue de dossiers.....	68
1.3.	L'accès aux dossiers.....	69
1.4.	Le contrôle de la pratique professionnelle.....	72
2.	Le cadre juridique de l'autorisation d'actes.....	86
2.1.	Les conditions de l'autorisation.....	87
2.2.	Comparaison avec le mécanisme d'autorisation d'actes du paragraphe h) de l'article 94 du <i>Code des professions</i>	92
3.	La responsabilité professionnelle.....	94
3.1.	Les conditions de la responsabilité.....	95
3.2.	La prescription.....	98
3.3.	La responsabilité institutionnelle directe de l'établissement.....	99
3.4.	La responsabilité du médecin.....	101
3.5.	La responsabilité de l'établissement pour les actes de ses préposés.....	104
3.6.	La responsabilité du médecin pour le fait d'autrui.....	105
3.7.	La responsabilité du personnel de l'établissement.....	106
3.8.	La pluralité de défendeurs et le partage de la responsabilité.....	107
	Conclusion.....	110

CHAPITRE 5 : Le contexte québécois actuel - À la suite des audiences tenues auprès des groupes et des experts et à la suite de l'intégration des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

	Introduction.....	113
	Les problèmes et les solutions vus par les organismes et les experts	
1.	La protection du public.....	114
1.1.	La protection du public relève d'abord des ordres.....	114
1.2.	D'autres mécanismes de protection existent.....	115
1.3.	La population demeure sceptique.....	115

Table des matières

1.4.	L'Office des professions a un rôle à jouer.....	116
1.5.	La qualité des actes pose des exigences précises	116
1.6.	Entre autres suggestions.....	116
1.7.	Les idées qui émergent des audiences.....	117
2.	Les lois professionnelles.....	118
2.1.	Les lois actuelles empêchent l'utilisation optimale des ressources	118
2.2.	Les lois doivent encourager l'innovation, dans le respect de l'utilisateur	118
2.3.	On doit viser une meilleure collaboration entre les divers intervenants.....	119
2.4.	Entre autres suggestions.....	120
2.5.	Les idées qui émergent des audiences.....	120
3.	Les champs de pratique.....	121
3.1.	Les champs de pratique actuels tirent de l'arrière par rapport à un contexte en évolution.....	121
3.2.	La redéfinition des champs de pratique doit viser la collaboration entre les professions	121
3.3.	La situation actuelle est soit satisfaisante, soit aménageable	124
3.4.	Des éclaircissements s'imposent.....	124
3.5.	Entre autres suggestions.....	125
3.6.	Les idées qui émergent des audiences.....	125
4.	L'appartenance aux ordres	126
4.1.	Un rappel historique.....	126
4.2.	L'adhésion devrait être obligatoire	126
4.3.	L'adhésion obligatoire n'est pas la panacée	127
4.4.	Des motifs expliquent la non-adhésion	127
4.5.	Entre autres suggestions.....	128
4.6.	Les idées qui émergent des audiences.....	129
5.	La fonction des ordres	130
5.1.	La protection du public figure en tête de liste.....	130
5.2.	Les ordres professionnels ont aussi d'autres fonctions de première importance....	130
5.3.	Entre autres suggestions.....	131
5.4.	Les idées qui émergent des audiences.....	132
6.	La délégation d'actes	133
6.1.	Le mécanisme de délégation d'actes est désuet	133
6.2.	Le processus de délégation d'actes doit être repensé en profondeur	134
6.3.	Le processus est unidirectionnel : du haut vers le bas.....	135
6.4.	La délégation n'est pas appliquée de façon uniforme	135
6.5.	La délégation doit porter sur certains types d'actes	136
6.6.	Entre autres suggestions.....	136
6.7.	Les idées qui émergent des audiences.....	138
7.	La formation.....	139
7.1.	La formation permet l'adaptation aux nouveaux contextes de travail	139
7.2.	L'université : oui, mais pas pour tous et pas à tout prix.....	140
7.3.	La formation pratique et la formation continue représentent d'indispensables compléments.....	141
7.4.	La multiplication des niveaux de formation engendre la confusion.....	141
7.5.	Entre autres suggestions.....	142
7.6.	Les idées qui émergent des audiences.....	142
8.	La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité	144
8.1.	L'amélioration des soins et des services passe par le rapprochement des disciplines	144

Table des matières

8.2. Le travail en équipe est freiné par différentes composantes du système actuel.....	146
8.3. Certains facteurs favorisent la mise en place de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité	147
8.4. L'évolution vers les fonctionnements en équipe est indissociable d'une réflexion sur l'autonomie et la responsabilité.....	148
8.5. Entre autres suggestions.....	149
8.6. Pour illustrer.....	149
8.7. Les idées qui émergent des audiences.....	150
La modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines et la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.....	151
1. La réorganisation prioritaire des soins de première ligne.....	151
2. Le volet social du réseau	151
3. Le volet médical du réseau	152
4. Un réseau de services intégrés pour des clientèles spécifiques.....	153
5. La responsabilité des équipes de travail locales, notamment au plan de l'organisation de leur travail dans les établissements	154
6. L'interface du rapport de la Commission avec les travaux du Groupe de travail ministériel	154
7. La formation continue	156
8. Les centres jeunesse	156
9. Un système d'information et de communication.....	156
Liste des groupes et experts consultés	157

CHAPITRE 6 : Les problèmes et les solutions vus par chacun des ordres professionnels

Introduction.....	163
1. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec	164
1.1. Principales problématiques.....	164
1.2. Solutions proposées par l'Ordre	165
1.3. L'avenir de la profession.....	166
1.4. Législations et réglementation en vigueur au Canada	166
2. L'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec	168
2.1. Principales problématiques.....	168
2.2. Solutions proposées par l'Ordre	171
2.3. L'avenir de la profession.....	173
2.4. Législations et réglementation en vigueur au Canada	174
3. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec	176
3.1. Principales problématiques.....	176
3.2. Solutions proposées par l'Ordre	179
3.3. L'avenir de la profession.....	179
3.4. Législations et réglementation en vigueur au Canada	180
4. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.....	181
4.1. Principales problématiques.....	181
4.2. Solutions proposées par l'Ordre	181
4.3. L'avenir de la profession.....	182
4.4. Législations et réglementation en vigueur au Canada	183
5. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.....	184

Table des matières

5.1.	Principales problématiques.....	184
5.2.	Solutions proposées par l'Ordre	186
5.3.	L'avenir de la profession.....	186
5.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	188
6.	Le Collège des médecins du Québec	190
6.1.	Principales problématiques.....	190
6.2.	Solutions proposées par l'Ordre	191
6.3.	L'avenir de la profession.....	192
6.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	192
7.	L'Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec	194
7.1.	Principales problématiques.....	194
7.2.	Solutions proposées par l'Ordre	196
7.3.	L'avenir de la profession.....	197
7.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	197
8.	L'Ordre professionnel des pharmaciens du Québec	199
8.1.	Principales problématiques.....	199
8.2.	Solutions proposées par l'Ordre	201
8.3.	L'avenir de la profession.....	203
8.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	203
9.	L'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec	205
9.1.	Principales problématiques.....	205
9.2.	Solutions proposées par l'Ordre	206
9.3.	L'avenir de la profession.....	207
9.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	208
10.	L'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec	210
10.1.	Principales problématiques.....	210
10.2.	Solutions proposées par l'Ordre	211
10.3.	L'avenir de la profession.....	212
10.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	212
11.	L'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec	213
11.1.	Principales problématiques.....	213
11.2.	Solutions proposées par l'Ordre	214
11.3.	L'avenir de la profession.....	214
11.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	215
12.	L'Ordre professionnel des technologues en radiologie du Québec.....	217
12.1.	Principales problématiques.....	217
12.2.	Solutions proposées par l'Ordre	218
12.3.	L'avenir de la profession.....	219
12.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	220
13.	L'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.....	222
13.1.	Principales problématiques.....	222
13.2.	Solutions proposées par l'Ordre	224
13.3.	L'avenir de la profession.....	224
13.4.	Législations et réglementation en vigueur au Canada	225

CHAPITRE 7 : L'approche recommandée par le Groupe de travail

Introduction.....	229
-------------------	-----

Table des matières

Les diverses composantes de l'approche envisagée par le Groupe de travail pour les professions du secteur de la santé et des relations humaines

1.	Une mission particulière au secteur de la santé et des relations humaines.....	234
2.	Un seul type de profession	236
3.	L'appartenance obligatoire	237
4.	Un champ qui décrit la profession	240
5.	Des éléments du champ de pratique partagés par toutes les professions du secteur de la santé et des relations humaines.....	242
5.1.	L'information du public.....	242
5.2.	La prévention de la maladie et des problèmes sociaux.....	243
5.3.	La promotion de la santé	243
6.	Des activités réservées	245
6.1.	Les critères de qualification d'une activité réservée	245
6.2.	Les activités réservées	247
7.	Les conditions d'exercice d'une activité réservée.....	262
7.1.	L'ordonnance.....	263
7.2.	La formation	263
7.3.	La supervision	264
7.4.	La clientèle, le lieu et la liste	264
8.	Des mécanismes d'exclusion	266
8.1.	Les situations d'urgence	266
8.2.	L'administration de médicaments dans certains milieux de vie substitut	267
8.3.	Les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne	269
8.4.	Les soins dispensés à domicile par les membres de la famille ou les aidants naturels	270
9.	Des mécanismes d'évolution	272
9.1.	Les projets-pilotes	272
9.2.	La pratique avancée	273
10.	Des clauses d'adaptation et des instruments de gestion de l'organisation du travail au niveau local : le protocole et la règle de soins infirmiers.....	276

CHAPITRE 8 : Application de l'approche aux ordres professionnels - Champ et activités réservées

Introduction.....	281
1. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec..... (a)*	283
1.1. Le résultat final	283
1.2. La conformité aux critères retenus.....	283
1.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	286
2. L'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec..... (b)*	291
2.1. Le résultat final	291
2.2. La conformité aux critères retenus.....	291
2.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	294
3. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec..... (c)*	301
3.1. Le résultat final	301

* Intercalaire de repérage.

Table des matières

3.2.	La conformité aux critères retenus.....	302
3.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	306
3.4.	La pratique infirmière avancée.....	319
4.	L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ... (d)*	323
4.1.	Le résultat final.....	323
4.2.	La conformité aux critères retenus.....	324
4.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	327
5.	L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec..... (e)*	335
5.1.	Le résultat final.....	335
5.2.	La conformité aux critères retenus.....	336
5.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	339
5.4.	Une pratique avancée en spécialité médicale : l'assistance anesthésique.....	344
6.	Le Collège des médecins du Québec..... (f)*	347
6.1.	Le résultat final.....	347
6.2.	La conformité aux critères retenus.....	348
6.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	350
7.	L'Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec..... (g)*	359
7.1.	Le résultat final.....	359
7.2.	La conformité aux critères retenus.....	360
7.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	362
8.	L'Ordre professionnel des pharmaciens du Québec..... (h)*	369
8.1.	Le résultat final.....	369
8.2.	La conformité aux critères retenus.....	369
8.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	372
8.4.	La pratique avancée en pharmacie, en établissement ou en clinique spécialisée : l'ajustement posologique en fonction du monitoring pharmacothérapeutique.....	377
9.	L'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec..... (i)*	379
9.1.	Le résultat final.....	379
9.2.	La conformité aux critères retenus.....	380
9.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	383
10.	L'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec..... (j)*	391
10.1.	Le résultat final.....	391
10.2.	La conformité aux critères retenus.....	392
10.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	394
11.	L'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec..... (k)*	401
11.1.	Le résultat final.....	401
11.2.	La conformité aux critères retenus.....	402
11.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	405
12.	L'Ordre professionnel des technologues en radiologie du Québec (l)*	411
12.1.	Le résultat final.....	411

Table des matières

12.2.	La conformité aux critères retenus.....	412
12.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	414
13.	L'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (m)*	419
13.1.	Le résultat final	419
13.2.	La conformité aux critères retenus.....	420
13.3.	La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées.....	423
14.	Recommandations du Groupe de travail en ce qui concerne les champs de pratique et les activités réservées (n)*	427
14.1.	Les diététistes	427
14.2.	Les ergothérapeutes.....	428
14.3.	Les infirmières et infirmiers.....	429
14.4.	Les infirmières et infirmiers auxiliaires	431
14.5.	Les inhalothérapeutes	432
14.6.	Les médecins	434
14.7.	Les orthophonistes et audiologistes.....	435
14.8.	Les pharmaciens	436
14.9.	Les physiothérapeutes.....	437
14.10.	Les sages-femmes	438
14.11.	Les technologistes médicaux.....	439
14.12.	Les technologues en radiologie	440
14.13.	Les travailleurs sociaux	441

Chapitre 1

Mandat et plan de travail

1. Mandat du Groupe de travail

Moderniser l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines requiert à la fois de s'ajuster à un contexte d'exercice en évolution rapide, de favoriser l'innovation, de tirer profit des forces du système actuel tout en cernant ses failles, d'encourager de nouvelles formes de collaboration entre les professions, de reconnaître les compétences. Vaste programme! D'autant plus qu'en avant-plan de toutes ces préoccupations s'impose la finalité principale du système professionnel : la protection du public. Un public de plus en plus exigeant envers le monde des soins, de plus en plus informé de ses droits, de plus en plus soucieux d'exercer des choix et de revendiquer un droit de parole au sujet des services offerts...

Les travaux entrepris par le groupe dans le but de suggérer des orientations de modernisation des champs de pratique et des conditions d'exercice résultent d'une demande de novembre 1999 de la ministre responsable de l'application des lois professionnelles, madame Linda Goupil. Dans un souci de mettre à jour l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines, il s'agit ici d'abolir des barrières inutiles sans toutefois porter atteinte à la protection du public.

Dans cette perspective, l'articulation des champs d'exercice professionnel doit permettre une utilisation flexible des ressources, condition d'efficacité et d'efficience dans l'organisation des soins. Les buts poursuivis commandent dès lors de viser l'assouplissement et l'allègement du cadre réglementaire ainsi qu'une ouverture accrue des milieux professionnels à la multidisciplinarité. Plus globalement, ces objectifs s'inscrivent dans le plan d'action ministériel pour la mise à jour du système professionnel québécois.¹

Afin d'amener le système professionnel, en ce qui touche les ordres concernés, à s'ajuster au nouveau contexte de pratique, ce projet nécessite :

- de consulter les partenaires de la santé et les ordres professionnels pour étudier l'organisation du travail;
- d'identifier les problèmes qui affectent l'organisation des services professionnels en cause;

¹ *La mise à jour du système professionnel québécois*, plan d'action présenté par Madame Linda Goupil, ministre responsable de l'application des lois professionnelles, novembre 1999, 16 p.

Chapitre 1

- de suggérer des orientations relativement aux domaines d'exercice en regard des nouvelles réalités.

2. Composition du groupe

Le Groupe de travail a été formé en février 2000. Une trentaine de noms ont été suggérés par les ordres professionnels et les autres organismes de la santé. De ce nombre, huit personnes ont été choisies en regard de leur expérience professionnelle et administrative particulièrement pertinente pour un projet de pareille envergure.

Les autres professionnels en lice ont été pressentis pour fournir une expertise complémentaire en cours de travaux. S'ajoute à ces huit membres, une équipe de support mise à la disposition du groupe par l'Office des professions du Québec, équivalente à quatre personnes à temps complet (É.T.C.), et une consultante externe.

Les membres du Groupe de travail

- Roch Bernier, médecin, président
- Sylvie Bernier, médecin, directrice, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Johanne Blais, médecin, Unité de médecine familiale, CHUQ Saint-François-d'Assise
- Roch Boucher, gestionnaire, Centre de santé Paul-Gilbert
- Ghislaine Brosseau, travailleuse sociale, chef du service social, Hôpital Rivière-des-Prairies
- Sylvie de Grandmont, hygiéniste dentaire, vice-présidente, Office des professions
- Gyslaine Samson-Saulnier, physiothérapeute, directrice générale, CLSC-CHSLD Rosemont
- Valérie Shannon, infirmière, directrice des soins infirmiers, Centre univ. de santé McGill

L'équipe de support

- Line Poitras, agente de recherche socio-économique, secrétaire générale
- Monique Chaput, andragogue, consultante
- Sophie Dallaire, agente de recherche socio-économique
- Émilie Giroux Gareau, avocate
- Réal Gauvin, agent de recherche socio-économique
- Lise Lafrance, agente de recherche socio-économique
- Lynn Morin, secrétaire
- Michel Paquette, avocat
- Marie-Josée Roussy, agente de recherche socio-économique stagiaire

3. Principes, orientations, objectifs, moyens et processus

Au départ, le Groupe de travail s'est donné des principes et des orientations devant servir de fondements et de repères dans les recherches, la réflexion et les recommandations. Il s'est également fixé des objectifs, a identifié des moyens pour les atteindre et s'est doté d'un processus rigoureux.

Les principes retenus sont les suivants :

- Assurer la protection du public.
- Favoriser l'adaptation de l'organisation professionnelle et l'évolution des rôles des différents professionnels du secteur de la santé et des relations humaines en fonction de l'évolution des compétences, des besoins des personnes et de la technologie.
- Faire en sorte que la réglementation professionnelle n'ait pas pour effet de compromettre l'accessibilité à des services de base ou à faible risque.
- Promouvoir l'efficacité et l'efficience dans l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines – le service approprié fourni par la personne compétente au moment opportun et à l'endroit souhaité.
- Faciliter la collaboration interprofessionnelle et permettre l'amélioration continue de la qualité des services.
- Promouvoir la responsabilité professionnelle et favoriser l'autonomie des professionnels.
- Faciliter la compréhension du système professionnel par le public et respecter la liberté de choix des usagers.

Les orientations retenues sont les suivantes :

- Centrer la réflexion du groupe sur la définition des champs de pratique, leur articulation ainsi que sur les conditions d'exercice.
- Identifier les problèmes communs et leur accorder un traitement prioritaire dans l'élaboration des solutions.
- Mener une consultation élargie sur l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines en regard de la distribution des soins et des services; prendre

Chapitre 1

connaissance des travaux de la Commission Clair² à cet égard et prendre en compte les recommandations qui en découlent concernant le système professionnel.

- Rechercher et élaborer des solutions en concertation avec les ordres et les autres organismes du secteur de la santé et des relations humaines.
- À partir des problèmes identifiés et des pistes de solution suggérées, développer une vision d'ensemble qui intègre les différentes solutions retenues.
- Faciliter la collaboration entre les ordres ainsi que le travail interdisciplinaire et multidisciplinaire sur le terrain.
- Mettre à profit les travaux déjà réalisés au cours des dernières années tant au Québec (Office des professions, Conseil interprofessionnel du Québec, ordres professionnels, autres organismes) qu'à l'extérieur; en tirer les conclusions utiles.

Les objectifs retenus sont les suivants :

- Revoir les rôles et les fonctions des différents professionnels du secteur de la santé et des relations humaines.
- Identifier les actes significatifs et incontournables pour la protection du public qui doivent être réservés à l'intérieur du système professionnel pour prévenir les préjudices.
- Identifier la contribution des diverses instances, Office des professions du Québec, Conseil interprofessionnel du Québec, ordres professionnels qui sont de nature à favoriser l'évolution des professions.
- Contribuer à l'allégement réglementaire, en collaboration avec le premier projet du plan d'action ministériel³ qui vise à alléger la réglementation et son processus.
- Proposer des pistes de solutions en fonction des principes et des orientations retenues.
- Acheminer à l'Office des professions du Québec les solutions qui peuvent être mises en place à l'intérieur du cadre légal actuel.
- Développer un mécanisme de résolution de problèmes interprofessionnels et l'expérimenter.

² *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 18 décembre 2000, 409 p.

³ *La mise à jour du système professionnel québécois*, précité.

Chapitre 1

Les moyens retenus sont les suivants :

- Consulter sur l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines, plus particulièrement :
 - les ordres professionnels,
 - les organismes représentatifs du public,
 - les associations d'établissements,
 - les syndicats,
 - les personnalités significatives,
 - les experts,
 - les milieux de formation et de recherche.
- Favoriser une approche par problème :
 - du particulier au général,
 - de l'individuel au collectif,
 - des ordres en passant par les familles d'ordres pour terminer avec le système professionnel.
- Travailler avec les ordres, le Conseil interprofessionnel du Québec , l'Office des professions du Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les partenaires du réseau pour favoriser une meilleure collaboration et une plus grande concertation interprofessionnelle.
- Au besoin, approfondir des thèmes particuliers, en relation avec le mandat.
- Tenir compte des projets pilotes déjà en cours et permettre l'expérimentation de certaines solutions.
- Convenir avec le ministre d'un plan de communication externe pour favoriser la compréhension et l'acceptation des pistes de solutions proposées.
- Identifier les partenaires clefs qui peuvent avoir un impact dans l'application des solutions retenues, notamment les milieux de formation et de stage.

Le processus retenu est le suivant :

- Débuter par une série d'échanges avec les ordres.
- Procéder à l'élaboration d'une fiche synthèse qui rassemble les principales préoccupations de chacun des ordres professionnels, laquelle fait l'objet d'une validation par l'ordre concerné.

Chapitre 1

- Tenir une série de consultation auprès des groupes et d'experts impliqués dans la prestation de soins et de services de santé.
- Effectuer une comparaison législative à partir des changements les plus significatifs et les plus récents.
- Appliquer le modèle à chacun des ordres professionnels.
- Présenter le modèle dans un but de concertation et de validation avec l'ordre et s'il y a lieu, établir des bases pour travailler avec les autres ordres concernés.
- Harmoniser le modèle dans une vision d'ensemble et rédiger les recommandations résultant des travaux.

4. L'échéancier

Les travaux du groupe s'échelonneront sur trois ans et toucheront les 26 ordres professionnels engagés dans la santé et les relations humaines.

Le plan de travail se découpe en quatre phases :

- la phase 1 permet la réalisation de travaux préliminaires;
- la phase 2 porte sur les ordres professionnels intervenant au plan de la santé physique du secteur public;
- la phase 3 porte sur les ordres professionnels intervenant au plan de la santé physique dans le secteur privé.
- la phase 4 porte sur les ordres professionnels intervenant au plan de la santé mentale dans les secteurs public et privé;

Chapitre 2

**Les travaux antérieurs réalisés
par l'Office des professions du Québec (OPQ)
et le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)**

Introduction

Le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines s'est donné des orientations devant servir de fondements et de repères dans les recherches, la réflexion qu'il allait entreprendre et pour élaborer les recommandations qui allaient suivre. Entre autres orientations, il considère de la plus haute importance de mettre à profit les travaux déjà réalisés, en matière de révision du système professionnel, au cours des dernières années au Québec. Il s'agit principalement des travaux conduits parallèlement par l'Office des professions du Québec en 1997 et de ceux entrepris par le Conseil interprofessionnel du Québec à la même époque.

1. Les travaux de l'Office des professions du Québec (l'avis rendu en 1997)

Au milieu des années 1990, le système professionnel compte plus de 20 ans d'existence. Tout en affichant des réussites majeures au plan de l'atteinte des objectifs de départ, le système connaît certaines difficultés quant à son adaptation à un univers professionnel et à une société en évolution rapide. C'est ce qui amène alors l'Office des professions à mener des rencontres, des consultations et des travaux sur le sujet. Au terme de l'opération, il apparaît clairement que des assouplissements réglementaires sont souhaités en matière de fonctionnement des domaines d'exercice. Telle semble être la tendance à privilégier à quelques années du nouveau siècle qui s'annonce. Nous sommes en 1997 et l'Office des professions du Québec rend un avis dont les principaux points et énoncés sont brièvement repris ci-après.

1.1. La mission du système professionnel

À l'occasion de cet exercice, l'Office rappelle d'abord que la raison d'être du système professionnel est d'assurer la protection du public. Cette mission, élément commun à l'ensemble des intervenants dans le système, s'avère nécessaire en raison de la nature même de la relation professionnelle dans le cadre de laquelle une personne reçoit un service dont elle peut difficilement évaluer la qualité.

Chapitre 2

Après plus de 20 ans de fonctionnement, une révision du système professionnel apparaît essentielle en fonction des quatre objectifs suivants :

- la modernisation de ce système;
- l'évolution des professions;
- l'utilisation optimale des ressources professionnelles;
- la cohabitation harmonieuse des différents ordres professionnels.

1.2. L'adaptation des domaines d'exercice et du système professionnel à la réalité du XXI^e siècle¹

Au terme des travaux de révision, les éléments sur lesquels se fondent les modifications proposées sont les suivants :

- la réserve des titres professionnels; elle constitue le premier moyen dont dispose le public pour reconnaître un groupe professionnel;
- l'appartenance au système professionnel; le recours à des professionnels reconnus offre une garantie de qualité assurée par l'ensemble des mécanismes prévus au *Code des professions*;
- l'autonomie et la responsabilité des professionnels; un professionnel œuvrant dans son champ descriptif agit en toute autonomie et est entièrement responsable des gestes qu'il pose.

1.2.1. Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel recommandé comporte une série de paramètres, soit :

- des professions reconnues;
- des titres réservés;
- un champ descriptif pour chacune des professions reconnues;
- des activités ou des actes réservés lorsque la protection du public l'exige;
- des modalités de réserve d'actes ou d'activités;
- des mécanismes de contrôle de la compétence et de l'intégrité des professionnels.

¹ Le système professionnel québécois de l'an 2000, L'adaptation des domaines d'exercice et du système professionnel à la réalité du XXI^e siècle, Avis au gouvernement du Québec transmis au ministre responsable de l'application des lois professionnelle, Office des professions du Québec, juin 1997, 65 p.

1.2.2. Les professions reconnues

Les dispositions à l'égard des professions reconnues préconisent :

- le maintien des critères de reconnaissance d'une profession prévus au *Code des professions*;
- l'établissement d'un signe distinctif du système professionnel;
- la reconnaissance explicite par le gouvernement du Québec, en tant qu'employeur, de l'importance d'appartenir à un ordre professionnel (élimination des doubles appellations);
- l'affirmation par le gouvernement de l'appartenance au système professionnel en tant que mécanisme de protection du public.

1.2.3. Les titres réservés

Afin de renforcer l'efficacité du titre réservé comme moyen d'assurer la protection du public, on prévoit les mesures suivantes :

- le professionnel est présumé être dans l'exercice de sa profession lorsqu'il utilise son titre dans le cadre d'une relation avec un client;
- l'obligation d'aviser sur les limites du domaine d'action de la profession doit être incluse dans les codes de déontologie.

1.2.4. Le champ descriptif

La notion de champ descriptif vise à actualiser, à moderniser et à harmoniser la description d'un champ d'exercice afin :

- de permettre un choix éclairé par le public;
- de permettre aux membres de retrouver l'essence même de leur profession;
- de permettre aux ordres d'utiliser les mécanismes de surveillance plus adéquatement.

Par conséquent, chacun des ordres doit être doté d'un champ descriptif qui ne confère aucune exclusivité, mais qui présente l'ensemble des composantes et des caractéristiques essentielles au champ d'activité de la profession. Ces notions doivent être exposées de façon claire, précise, globale et concise de manière à faciliter la compréhension de la nature des activités de la profession.

Chapitre 2

Un champ descriptif pourrait inclure :

- la désignation professionnelle (le titre principal reconnu);
- les objectifs ou la finalité de la pratique professionnelle (ex. : prévenir, traiter, améliorer, promouvoir, concevoir, etc.);
- le ou les domaines généraux d'exercice;
- les principales activités exercées (grands volets de la profession);
- les biens ou les services principaux (produits ou dispensés par le professionnel);
- les conditions d'exercice (par exemple, la nécessité d'une ordonnance);
- les lieux ou les milieux ainsi que les modes de pratique (par exemple, exercer en cabinet privé ou en établissement, faire partie d'équipes multidisciplinaires);
- les méthodes ou les techniques utilisées (si elles caractérisent la profession par rapport à une autre).

1.2.5. Des activités et des actes réservés

Il est convenu que les activités et actes réservés ne peuvent être exercés que par des professionnels habilités selon les critères suivants :

- le risque de préjudice est sérieux; ce préjudice peut être de type physique, financier ou économique, matériel, psychologique, émotif ou moral, juridique;
- l'activité ou l'acte fait appel à la démonstration de connaissances, de compétences et d'habilités acquises dans le cadre d'une formation reconnue.

À partir du champ descriptif, chaque ordre doit identifier les activités qui devraient faire l'objet d'une réserve, en se basant sur les caractéristiques suivantes :

- les actes et les activités sont reliés à l'essence même de la profession;
- les actes et les activités font partie de la pratique professionnelle courante des membres de l'ordre;
- les actes et les activités sont décrits d'une façon claire et précise, sans être limitative;
- la description des actes et des activités est intelligible pour le public.

1.2.6. Deux modes de réserve d'actes et d'activités

On établit ici deux modes de réserve d'actes et d'activités, soit :

- la réserve sans condition;
- la réserve avec condition.

La réserve avec condition prévoit des conditions permettant à un professionnel d'agir en toute autonomie sous réserve du respect de ces exigences. Le but poursuivi est d'assurer la protection du public sans créer de lien de subordination et, par conséquent, remplacer la délégation d'actes. À titre d'exemple de condition, on songe notamment à une activité ou à un acte préalable. Des conditions particulières peuvent, par exemple, porter sur la nature du milieu d'exercice, le contexte de pratique, le type de clientèle, etc.

Dans ce contexte, la délégation d'actes ou l'autorisation doit devenir une mesure exceptionnelle, utilisée dans des circonstances particulières et limitée dans le temps. On pourrait y recourir, par exemple, lors d'une pénurie ou d'une rareté des ressources dans les régions éloignées. L'autorisation peut s'exercer, entre autres, auprès de non-membres qui, dans ces circonstances précises, sont assujettis à des règles de contrôle de la compétence et de l'intégrité. L'Office des professions du Québec disposerait du pouvoir réglementaire pour émettre l'autorisation requise.

1.2.7. Des mécanismes de contrôle de la compétence et de l'intégrité des professionnels

Le champ descriptif actualisé intervient pour maintenir et renforcer l'ensemble des mécanismes de contrôle de la compétence et de l'intégrité des professionnels exercé par les ordres en vertu du principe de l'autonomie des professions. Ce champ qui regroupe les composantes et les caractéristiques essentielles du domaine d'action couvert par une profession est en effet réputé constituer l'exercice de la profession.

Cette mesure s'avère complémentaire avec le pouvoir dévolu aux ordres de poursuivre pour pratique illégale d'activités ou d'actes réservés.

1.2.8. Les modalités de mise en œuvre

La révision du domaine d'exercice d'une profession implique les étapes suivantes :

- un processus fondé sur la concertation et le consensus interordres favorisés par le recours à des tables sectorielles, sous la responsabilité du Conseil interprofessionnel;
- une consultation des groupes, ministères et organismes concernés comme moyen privilégié de prendre en considération l'environnement dans lequel évoluent les professions.

Le processus de révision revêt ici un caractère obligatoire imposant à chacun des ordres l'exercice de procéder à la révision et à la formulation de son champ d'exercice à l'intérieur d'une période déterminée. À défaut pour les ordres de se conformer à cette obligation, les travaux de révision et de formulation sont réalisés par un groupe d'experts, soumis pour consultation aux groupes concernés et recommandés par l'Office des professions du Québec au gouvernement pour adoption.

Les modifications législatives et réglementaires sont adoptées par l'Assemblée nationale lorsque l'ensemble de la révision est complété.

Au plan du règlement des litiges interordres, l'Office recommande de mener une étude pour trouver des moyens d'éviter les poursuites judiciaires et de leur substituer des mécanismes plus appropriés de règlement des différends.

La concertation interordres est favorisée en ce sens que les ordres professionnels qui œuvrent dans des domaines connexes ou qui exercent les mêmes activités réservées peuvent se concerter, notamment pour mettre en place des normes et des standards de pratique harmonisés.

Une mise à jour périodique est recommandée par l'Office des professions selon les modalités suivantes :

- une révision quinquennale des domaines d'exercice respectifs est effectuée par les ordres professionnels;
- à la suite de la révision, les ordres présentent un rapport sur les modifications requises à l'Office des professions;

Chapitre 2

- l'Office des professions formule des recommandations au gouvernement sur les modifications requises afin d'assurer l'adéquation du système professionnel à son environnement.

1.2.9. La recommandation finale

À titre de proposition finale, l'Office des professions recommande au gouvernement :

- d'entreprendre une réforme du système professionnel basée sur la révision de la définition et de l'articulation des domaines d'exercice, dans une perspective de déréglementation, de décloisonnement et d'assouplissement;
- que le mandat d'amorcer et d'implanter la réforme soit confié à l'Office des professions; ce dernier devra réaliser son mandat selon les paramètres retenus et être doté des moyens requis.

2. Les travaux du Conseil interprofessionnel du Québec

À l'époque où l'Office menait ses travaux sur la révision du système professionnel et rendait son avis sur la question, le Conseil interprofessionnel du Québec élaborait aussi sa réflexion sur les problèmes du système professionnel et les avenues à envisager. Les constats résultant de sa démarche sont résumés ci-après :

2.1. La mission du système professionnel

Dans sa vision du système professionnel, le Conseil interprofessionnel du Québec prend en compte une notion plus englobante que la protection du public, à savoir l'intérêt du public, concept qui inclut l'apport du système professionnel au développement social et économique. Quant à la mission de ce système, elle comporte quatre volets, soit :

- la qualité de l'exercice professionnel;
- la protection du public contre des préjudices dus à l'incompétence et aux entorses à l'éthique;
- les efforts pour contrer la pratique professionnelle illégale;
- la volonté de servir l'intérêt du public.

2.2. La mise à jour du système professionnel²

2.2.1. *Le cadre organisationnel*

Selon l'approche du Conseil, le cadre organisationnel :

- établit pour chaque profession son champ d'exercice, sa spécificité, ses activités caractéristiques, les normes la régissant ainsi que son ou ses titres réservés;
- définit les activités professionnelles en tant que processus d'ensemble;
- réserve des activités comportant un risque de préjudice;
- définit la compétence nécessaire pour mener les activités réservées;
- harmonise les normes de pratique des activités réservées à plus d'un ordre;
- met en place un processus de mise à jour sectoriel des nouvelles connaissances, des activités à réserver, des normes professionnelles communes;

² Démarche de mise à jour du système professionnel entamée par le Conseil interprofessionnel au Québec, documents préparés par le comité administratif du Conseil et présentés à l'ensemble des ordres à l'assemblée des membres du 23 mai 1997, en vue d'une assemblée spéciale des membres tenue le 25 juin 1997.

Chapitre 2

- recommande la reconnaissance légale des professions, les regroupements et les fusions;
- maintient l'objectif de bien-être des individus et de satisfaction des besoins des organisations et de la société, visé par les activités professionnelles;
- reconnaît l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité;
- établit l'adhésion à un ordre professionnel en tant que norme de reconnaissance d'un professionnel qualifié;
- assure des conditions favorables à l'exercice professionnel;
- agit comme partenaire dans l'établissement des programmes de formation des professionnels;
- participe à l'ajustement de l'offre et de la demande des services professionnels;
- est responsable de la mise à jour périodique des lois professionnelles.

2.2.2. *Le fonctionnement du système professionnel*

Faisant du bon fonctionnement du système professionnel une priorité, le Conseil considère que ce fonctionnement :

- favorise la collaboration entre les ordres;
- privilégie la solution des différends interprofessionnels par des moyens autres que judiciaires;
- favorise l'intervention interdisciplinaire et multidisciplinaire;
- reconnaît la compétence, l'autonomie et la responsabilité professionnelle;
- reconnaît des modes de collaboration appropriés aux praticiens non reconnus.

2.3. La démarche adoptée par le Conseil interprofessionnel du Québec

Soucieux d'en venir à des résultats concrets, le Conseil met dès lors en place une démarche sectorielle mettant l'accent sur l'identification et la solution de problèmes. On poursuit les finalités suivantes :

- déborder du cadre conceptuel de la proposition sur la réserve et le partage d'actes développée par l'Office des professions;
- évaluer l'applicabilité de ce cadre conceptuel;
- pour ce faire, aborder tôt dans le processus l'actualisation des champs d'exercice.

Chapitre 2

Des modalités et des objectifs de travail sont définis, soit :

- respecter un échéancier serré;
- procéder sectoriellement;
- utiliser des mécanismes de conciliation et d'arbitrage dans les cas où les divergences entre les parties demeurent inconciliables; il s'agit là d'une mesure nécessaire pour assurer la crédibilité du processus; toutefois, l'arbitrage constitue une étape ultime pour dénouer une impasse entre les parties; le Comité administratif du Conseil le veut facultatif, mais liant les parties en cas de recours;
- actualiser le concept de champ d'exercice;
- identifier des actes ou des activités à réserver, en exclusivité, en partage ou en autorisation; cette étape se réalise notamment en tenant compte des pratiques sur le terrain; ces pratiques démontrent la complémentarité des interventions des membres de diverses professions et on entend reconnaître formellement des actes ou des activités qui sont partagées sans pour autant qu'il y ait atteinte à la protection du public;
- maximiser l'adhésion au système professionnel; à cet égard, deux propositions sont formulées, soit l'immatriculation obligatoire ainsi que la création et la réserve d'un sigle à l'usage exclusif des professionnels ayant adhéré au système.

Dans le cadre de la démarche du Conseil, l'approche privilégiée consiste à favoriser le partage d'actes ou d'activités là où l'intérêt public le requiert. Diverses considérations sont prises en compte, notamment le souci d'optimiser l'accès aux services de santé ou encore la fluidité du marché du travail.

2.4. Des résultats

Au terme de ses travaux, le Conseil livre les résultats de sa démarche :

- un document d'orientation du Conseil propose une vision et une mission générale pour le système professionnel, ainsi que des principes d'organisation;
- des propositions de définition de domaines d'exercice actualisés pour chacune des professions de la santé ont été préparées par le Comité administratif du Conseil à partir de grilles abrégées complétées par les ordres;
- une définition des domaines d'exercice actualisés est élaborée, comprenant les trois éléments suivants :
 - le champ d'exercice évoqué par des mots clés;

Chapitre 2

- la marque distinctive qui correspond à celle que la personne non initiée se fait de la profession dont il est question;
- les activités essentielles à réserver dans le système professionnel.

Chapitre 3

La réglementation des professions de la santé

Des réformes canadiennes et américaines

**L'Alberta
La Colombie-Britannique
L'Ontario
La Virginie**

et

Les travaux de la Pew Health Professions Commission

Introduction

Afin de mettre à profit les travaux menés à l'extérieur du Québec, en matière de réglementation des professions du secteur de la santé, le Groupe de travail a pris connaissance des réformes réalisées en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario. Il a également pris connaissance des travaux entrepris dans un des états américains, soit la Virginie. Cet état a pris en considération les recommandations élaborées par la Pew Health Professions Commission de l'Université de Californie; le Groupe de travail (québécois) a également pris connaissance des recommandations émises par cette Commission.

Le Groupe de travail a ciblé ces expériences étrangères parce qu'elles lui sont apparues significatives et qu'en même temps, elles ont fait l'objet d'une implantation récente ou pour certaines, sont en cours d'implantation. Le Groupe de travail en a tiré des conclusions utiles pour élaborer des recommandations spécifiques et applicables au Québec.

1. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Alberta

1.1. Le contexte de la réforme

La réforme de la réglementation des professions de la santé en Alberta s'inscrit dans un mouvement plus vaste de révision du secteur de la santé initié en 1993 par le gouvernement albertain. À l'époque, le *Health Plan Coordination Project Steering Committee* est mandaté pour coordonner l'implantation de recommandations issues d'une table ronde sur le sujet. Cette table ronde est l'occasion pour les Albertains d'exprimer au gouvernement leurs attentes face au système de santé qu'on veut :

- efficace;
- davantage orienté vers les services et l'accessibilité des soins;
- soucieux de placer les usagers au premier rang de ses priorités;
- souple quant au choix du professionnel de la santé par l'utilisateur lui-même.

Le recours à la bonne personne, au moment approprié pour dispenser des services de santé adéquats : c'est là un objectif qui fait appel à l'efficacité du système de santé, à sa souplesse et

Chapitre 3

à sa capacité d'innover dans l'utilisation des compétences et des connaissances de ses ressources humaines. La mise en œuvre des recommandations de la table ronde exige, entre autres, de revoir le système de réglementation des professions de la santé. En juillet 1994, le ministre du Travail et celui de la Santé met sur pied un comité de travail spécifique, le *Health Workforce Rebalancing Committee (HWRC)*.

Le *HWRC* a pour mandat de proposer une méthode de réglementation des professionnels de la santé qui ferait en sorte de :

- protéger le public par l'établissement de normes appropriées et faciles à administrer;
- permettre aux usagers, aux employeurs et aux communautés de choisir la personne qui procurerait un service de santé et qui leur en faciliterait l'accès;
- alléger la réglementation, notamment l'exclusivité de l'exercice qui autorise quelques professions à exercer un contrôle sur la façon dont sont dispensés les services de santé;
- mettre de l'avant un cadre réglementaire des professions de la santé plus souple, plus équitable et mieux structuré;
- reconnaître le principe d'autoréglementation pour les associations professionnelles réglementées;
- mettre l'accent sur la responsabilité du corps professionnel envers le public qu'il dessert;
- promouvoir la collaboration et un meilleur partenariat entre les dispensateurs non réglementés de soins de santé, l'ensemble des professionnels de la santé, les usagers, les employeurs et le gouvernement.

Une deuxième étape tout aussi importante suit les travaux du *HWRC* : en février 1996, on met sur pied une autre entité, le *Advisory Committee on restricted Activities (ACRA)*, soit un comité chargé de développer tout ce qui entoure la notion d'activités réservées (*restricted activities*).

Au moment d'entreprendre la réforme, le système professionnel albertain repose sur le modèle suivant :

- l'appartenance à la profession est obligatoire pour pratiquer une profession d'exercice exclusif; on inclut ici les médecins, les infirmières, les dentistes, les denturologistes, les optométristes, les opticiens, les pharmaciens et les chiropraticiens; en ce qui concerne les autres professions, l'appartenance à la profession est exigée pour pouvoir utiliser le titre;
- toutes les professions réglementées sont dotées de titres réservés mais la forme varie;

Chapitre 3

- le champ de pratique est défini de façon générale et reflète ce qu'un professionnel fait, ce qu'il lui est permis de faire, ce qui lui est exclusif et ce qu'il doit faire;
- l'exercice exclusif est attribué à certaines professions dont le champ est vaguement défini; ce champ comporte des exemptions pour certains groupes de professionnels.

1.2. Les problèmes identifiés

Les problèmes qui justifient des changements majeurs concernent directement le cadre légal des professions de la santé en Alberta. Un grand nombre de lois, de règlements, de politiques et de procédures interviennent pour régir ce domaine et on observe que ces dispositions :

- ne favorisent pas la souplesse et l'efficacité du système;
- constituent un frein pour une utilisation maximale des compétences et des connaissances des travailleurs de la santé;
- empêchent les employeurs d'utiliser le personnel de façon efficace et efficiente;
- ne permettent pas à l'utilisateur d'exercer des choix pour obtenir un soin de santé.

1.3. Les objectifs de la réforme

Les principaux objectifs de la réforme albertaine peuvent se résumer ainsi :

- mettre en place un cadre de réglementation professionnelle permettant aux Albertains d'exercer leur choix en matière de soins de santé et ce, parmi un éventail d'options qui garantissent la sécurité du public;
- atténuer la hiérarchie qui prévaut entre les professions de la santé réglementées;
- accroître la transparence du processus réglementaire et la responsabilité du corps professionnel;
- trouver un juste équilibre permettant d'assurer la protection du public et d'éviter une réglementation superflue;
- développer un modèle de réglementation professionnelle mieux structuré qui favorise l'équité et la souplesse;
- promouvoir la collaboration et le partenariat.

1.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

Le comité *HWRC* base sa réflexion sur les cinq principes fondamentaux suivants :

- la protection du public devra être assurée en regard des préjudices causés par l'incompétence ou la non-qualification professionnelle;
- le champ de pratique professionnel devra permettre une flexibilité qui donne au système un maximum d'efficacité;
- la réglementation professionnelle dans le secteur de la santé devra faire preuve de transparence envers le public (information facilement disponible);
- le système de réglementation professionnelle devra être équitable envers tous les usagers;
- le système de réglementation professionnelle devra permettre une prestation de services efficace et efficiente.

1.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

Le modèle proposé par le comité remplace la notion de champ de pratique exclusif par une combinaison de quatre mesures.

1.5.1. *L'appartenance obligatoire*

Cette mesure est apparue comme un moyen pouvant assurer la protection du public pour autant qu'il soit combiné avec l'utilisation du titre réservé et avec l'accomplissement d'activités réservées. L'appartenance obligatoire, le titre réservé et la dispensation d'activités réglementées s'appliquent de façon concomitante, en complémentarité avec un champ de pratique non exclusif.

Ainsi, l'appartenance à un ordre professionnel est obligatoire pour les personnes qui ont la formation et l'expérience requise pour en faire partie et qui pratiquent dans le champ défini pour cette profession. Les personnes qui ont la formation et l'expérience requise pour être membre d'une profession donnée, n'ont pas l'obligation d'y appartenir lorsqu'elles ne pratiquent plus ou encore lorsqu'elles travaillent dans un autre domaine. Dans ces circonstances, elles ne peuvent pas dispenser des soins de santé réglementés, ni utiliser le titre réservé aux membres de la profession.

1.5.2. Les titres réservés

Toutes les professions réglementées ont des titres réservés. Ces titres doivent d'abord être uniformisés et être représentés par un préfixe communément utilisé ou un symbole relié au titre professionnel, ceci dans le but d'en faciliter la compréhension par le public. Cette mesure contribue à améliorer l'accès à l'information. De plus, les usagers sont davantage en mesure de distinguer le praticien réglementé de celui qui ne l'est pas et, par conséquent, faire un choix éclairé garantissant leur sécurité.

1.5.3. Un champ d'exercice défini

Le comité recommande qu'un champ de pratique non exclusif décrivant les soins de santé pouvant être dispensés par un membre soit développé pour chaque profession réglementée et fasse partie de la loi cadre dans un chapitre relatif à chaque profession. Dans cette optique, un champ de pratique devrait être délimité sur la base du principe de protection du public et de services professionnels empreints de compétence et de responsabilité.

Un champ de pratique défini et qui ne prévoit aucune restriction, mais qui permet au public de comprendre aisément ce que font les personnes qui exercent la profession, s'ajoute aux mesures qui facilitent le choix et l'accès de l'utilisateur aux dispensateurs de soins de santé.

1.5.4. Des activités réservées (*restricted activities*)

Par « activités réservées », on entend les services de soins de santé réglementés, c'est-à-dire prévus dans un cadre légal parce qu'ils requièrent des connaissances et des compétences particulières pour être dispensés en toute sécurité.

Ces activités présentent généralement un haut risque de préjudice. Elles ne peuvent être accomplies que par des praticiens légalement autorisés à le faire. Le champ de pratique des professions réglementées doit prévoir les activités réservées aux membres de la profession.

Les dispositions relatives aux activités réservées visent également les praticiens non réglementés, en ce sens que la loi devra définir ce qu'ils ne peuvent pas faire.

Chapitre 3

Le comité ACRA chargé de développer la notion d'activités réservées, en plus de recommander la reconnaissance d'activités spécifiquement identifiées comme présentant un risque de préjudice, émet une liste de recommandations relatives à l'implantation de cette mesure.

- Chaque profession réglementée aura à définir les activités réservées que les membres de la profession peuvent accomplir, en se basant sur les critères établis pour être membre de la profession. Elle devra le faire en collaboration avec d'autres professions réglementées qui ont à dispenser des activités réservées, des éducateurs, des employeurs, le gouvernement et autres intervenants, s'il y a lieu.
- Les praticiens réglementés ne devront pas avoir le pouvoir de déléguer des activités réservées. Malgré cette restriction, l'assistance devra être permise par les dispositions légales concernant les activités réservées, à la condition que cette assistance s'exerce sous la supervision directe et le contrôle d'un praticien de la santé réglementé.
- Les étudiants en cours de formation qui accomplissent des activités réservées devront être enregistrés et, par conséquent, assujettis au processus disciplinaire de la profession dont les membres sont autorisés à accomplir ces activités réservées.
- La loi devra prévoir que les activités de la vie courante qu'une personne accomplit par elle-même ou avec le support d'un aidant ne sont pas réservées.
- Une exemption devra être prévue pour couvrir les individus qui agissent en situation d'urgence et qui ne sont pas autorisés à accomplir des activités réservées.
- Les activités réservées devront faire l'objet d'un suivi continu; une révision officielle devra être menée par le ministre de la Santé, au moins tous les trois ans.

Lors d'une première proposition, il avait été recommandé que les activités réservées soient prévues dans la *Health Professions Act*. Le gouvernement a plutôt décidé de les inclure dans la législation qui régit les services de soins de santé.

Le modèle d'activités réservées rencontre l'objectif de protection du public : il permet tant aux employeurs qu'aux praticiens eux-mêmes d'identifier s'il y a nécessité d'une autorisation légale pour dispenser un soin.

D'autres moyens complémentaires font l'objet de recommandations pour rencontrer les objectifs visés par la réforme.

Chapitre 3

- En regard de la protection du public, des critères de reconnaissance d'une profession retenue à des fins de réglementation devront être instaurés; des programmes de maintien des compétences devront être mis en place par les professions.
- L'objectif d'allégement réglementaire sera réalisé, entre autres, par le remplacement de 16 lois professionnelles par une loi cadre, la *Health Professions Act*, et l'attribution de la responsabilité gouvernementale en matière de réglementation professionnelle dans le domaine de la santé à un ministre.
- L'équité sera mieux assurée par l'application des politiques gouvernementales à toutes les professions de la santé réglementées, sans exception. De plus, un processus de réglementation uniforme sera mis en place pour toutes les professions, processus qui concerne l'appartenance à une profession réglementée, la tenue d'enquête à la suite de plaintes et les audiences en matière disciplinaire.

1.6. Les résultats

La Loi omnibus (Bill 22), qui prévoit le nouveau modèle de réglementation des professions de la santé, est sanctionnée le 19 mai 1999. Toutefois, elle n'est toujours pas en vigueur.

Le Bill 22 contient les provisions nécessaires pour que s'actualise, entre autres, la notion d'appartenance obligatoire. Ainsi, la Loi prévoit principalement qu'une personne doit faire partie d'une profession si elle rencontre les critères légaux pour être membre en règle de cette profession et qu'elle a l'intention :

- de procurer des services professionnels directement à la population;
- d'enseigner la pratique d'une profession réglementée à des membres et à des étudiants membres de cette profession;
- de superviser des membres d'une profession réglementée qui procurent des services professionnels directement à la population.

Le champ d'exercice n'est plus exclusif. La Loi cadre *Health professions Act* contient un chapitre pour chacune des professions réglementées, à l'intérieur duquel le champ de pratique est défini assez largement mais reflète le travail effectué par les membres de la profession.

L'énumération des activités réservées est contenue dans *The Government Organization Acts*. Cette modification législative constitue donc une première étape. Les ordres professionnels

Chapitre 3

devront poursuivre le processus en identifiant les activités réservées qui peuvent être accomplies par les membres de la profession dans le cadre d'un règlement d'application.

L'étape qui consiste à attribuer des activités réservées à des professions spécifiques doit être réalisée au cours des trois années suivant l'adoption du Bill 22.

La mesure concernant les activités réservées pourra entrer en vigueur lorsque tous les acteurs concernés, y compris le public, seront informés adéquatement de cette mesure et de ses implications.

2. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Colombie-Britannique

2.1. Le contexte de la réforme

Dès 1973, le rapport intitulé *Health Security for British Columbians* recommande d'entreprendre une étude de besoins à l'échelle provinciale portant sur le personnel du secteur de la santé. Durant l'étude, il est suggéré que le ministère de la Santé et les établissements d'enseignement interrompent la création de toute nouvelle catégorie de professionnels de la santé.

Ces recommandations ne sont toutefois pas suivies. Cependant, 18 ans plus tard, la *British Columbia Royal Commission* les reprend à son compte, se définissant les objectifs suivants :

- compléter une étude sur les besoins de la province en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé;
- rendre publiques les constatations et les conclusions de l'étude;
- dans les établissements d'enseignement, consolider la formation du personnel de la santé en fonction des besoins de la province.

Dans les faits, le mandat de la Commission est beaucoup plus large puisque son analyse doit englober les éléments suivants :

- la structure, l'organisation et la gestion du système des services de soins de santé;
- l'utilisation des services de soins de santé;
- les coûts associés aux services de soins de santé, les méthodes de financement et de remboursement;
- la main-d'œuvre professionnelle dans le secteur des services de soins de santé;
- les façons d'améliorer la santé de la population, en terme de promotion, de protection et d'implantation de politiques de santé publique;
- la législation applicable.

En 1991, la Commission rend public son rapport intitulé *Closer To Home*. Le document comporte un chapitre qui traite de la législation concernant les professions de la santé. La Commission constate que les lois qui régissent ces professions ont un impact considérable sur les services de santé. Dès lors, au moment où la province entreprend des changements dans ce secteur, la législation professionnelle doit être revue et modifiée.

Au moment d'entreprendre la réforme, le modèle de réglementation professionnelle en Colombie-Britannique repose sur un champ de pratique exclusif pour les professions réglementées. Les professions de la santé sont régies par 16 lois poursuivant, pour la plupart, un objectif commun, soit la protection du public contre des préjudices. Ce modèle de réglementation favorise clairement la création de monopoles professionnels. De ce fait, on constate que les différentes instances des professions réglementées n'arrivent plus à faire la différence entre la protection du public et la protection de leurs propres intérêts. Cette situation fait l'objet d'un des constats du rapport *Closer To Home* et amène la Commission à recommander la mise à jour du système professionnel.

2.2. Les problèmes identifiés

Globalement, on observe un manque d'uniformité à travers les 16 lois qui régissent les professions de la santé, tant au niveau de la terminologie utilisée que de l'octroi d'un champ de pratique exclusif, des titres réservés, de la gestion des plaintes, de la discipline et du recours en appel. Il en résulte une certaine confusion à l'intérieur du système de réglementation professionnelle.

Les problèmes deviennent plus aigus avec l'accroissement des nouvelles disciplines. Ces dernières font en effet pression sur les professions déjà existantes pour qu'elles renoncent à une partie de leur champ de pratique exclusif; parallèlement, les professions en place essaient d'étendre leur champ actuel de façon à y inclure les changements qui se produisent à l'intérieur des disciplines de la santé.

2.3. Les objectifs de la réforme

Les principaux objectifs de la réforme en Colombie-Britannique pourraient se résumer ainsi :

- garantir à la population un système de services de soins de santé de qualité, accessible et abordable;
- identifier des solutions réalistes et efficaces permettant de procurer à la population des soins de qualité à un meilleur coût;
- identifier des solutions, incluant des modèles alternatifs de dispensation de services, qui favoriseront une répartition et une utilisation plus appropriées des ressources humaines;
- mettre en place un système qui, grâce à un fonctionnement efficace et économique, réalise des actions concrètes de promotion de la santé parmi la population.

Chapitre 3

La réforme est également l'occasion pour le gouvernement de réaffirmer le principe de protection du public, préoccupation à la base même d'un système de réglementation des professions de la santé.

Le rapport *Closer To Home* recommande principalement :

- la révision de la *Health Professions Act* pour en faire une loi cadre qui régirait toutes les professions du secteur de la santé en Colombie-Britannique;
- la mise en place de lois satellites comportant les dispositions particulières à chaque profession;
- l'obligation de soumettre au *Health Professions Council* tout changement à la loi cadre et aux lois professionnelles à des fins de validation et d'approbation;
- l'établissement d'activités de pratique exclusive qui protègent la population contre d'éventuels préjudices, ceci basé sur l'approche ontarienne;
- l'implication des professions de la santé et du public dans la définition des champs de pratique;
- l'amendement de la *Society Act* afin de confier au *Health Professions Council* l'approbation des titres et des abréviations rattachés aux professions réglementées du secteur de la santé, incluant la révocation de titres déjà octroyés;
- l'utilisation restreinte des mots « *registered* », « *licensed* » et « *certified* » aux membres des professions de la santé;
- l'autorisation d'appartenir à plus d'un ordre professionnel;
- la suppression des obstacles qui empêchent des membres de différents ordres professionnels de travailler ensemble;
- la différenciation des fonctions de promotion de l'intérêt des membres et de protection du public; de plus, lorsque pour une profession donnée le nombre de membres ne justifie pas l'existence d'un ordre professionnel à part entière, celui-ci ne devrait pas être reconnu.

Dès 1992, la *Health Profession Act* est amendée, donnant au *Health Professions Council* le pouvoir de revoir le cadre législatif des professions de la santé réglementées.

Le Conseil entreprend alors de revoir le statut des lois professionnelles. L'objectif de cette révision est de déterminer, pour chacune des lois, si elle doit être révoquée afin que la profession concernée soit régie par la Loi cadre (*HPA*), ou si elle doit plutôt être amendée pour refléter

les principes fondamentaux énoncés dans la Loi cadre. Cette révision implique également la révision du champ de pratique.

2.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

La *Health Professions Act* confère au Conseil le pouvoir de procéder à la révision du cadre législatif des professions de la santé réglementées et de leur champ de pratique. Pour ce faire, le Conseil s'est doté de critères et d'orientations pour répondre aux questions qu'il doit prendre en considération dans le cadre du processus de révision d'une profession.

Le Conseil entend poursuivre les objectifs suivants :

2.4.1. Établir une définition légale du champ de pratique

En ce qui concerne les professions de la santé déjà reconnue, le Conseil doit fixer une définition légale du champ de pratique qui reflète de façon concise la pratique actuelle, tout en préservant l'intérêt du public.

- Cette définition devra notamment tenir compte des progrès scientifiques et universitaires dans la pratique de la profession et dans les professions connexes.
- Une définition concise des tâches et des services habituellement dispensés par les membres n'exclut pas la nécessité d'établir des limites pour garantir la protection du public; ainsi des limites peuvent s'imposer pour une ou des catégories de membres selon les habilités et les connaissances qu'ils détiennent par rapport à d'autres.
- Un aspect du champ de pratique peut être partagé entre deux professions ou plus.

2.4.2. Prendre en compte le risque de préjudice

Le risque de préjudice pour la santé, la sécurité ou le bien-être du public doit être pris en considération pour réserver un acte à une profession ou conjointement à des professions connexes.

- Lorsqu'un acte réservé est déjà attribué à une profession, le Conseil devra déterminer s'il s'avère nécessaire de maintenir cette exclusivité pour la protection du public, tout en ayant

Chapitre 3

comme objectif de permettre la latitude de l'utilisateur dans ses choix et de minimiser le coût des services de soins de santé.

- Seuls les tâches et les services impliquant un risque sérieux de préjudice devront être réservés exclusivement aux membres d'une profession.
- Un acte réservé peut être attribué à plus d'une profession lorsque le Conseil reconnaît qu'il s'agit d'un aspect du champ de pratique pertinent à chacune de ces professions.
- Malgré que des actes soient réservés, il peut s'avérer opportun qu'ils soient accomplis sous la supervision de membres de la profession.
- Lorsque le Conseil reconnaît qu'un acte réservé peut être accompli sous la supervision d'un membre de la profession, les conditions de supervision devront être précisées soit, entre autres :
 - la formation ou les qualifications de la personne supervisée;
 - la dispensation dans un lieu spécifique, tel un hôpital;ou
- le degré de supervision qui devrait être exercé.

2.4.3. Viser l'intérêt du public avant tout

Le titre réservé sera utile au public dans la mesure où il permet d'identifier le praticien et les services qu'il dispense. Le titre doit permettre d'établir une distinction entre les professions qui dispensent des services similaires.

L'intérêt du public doit primer comme critère de reconnaissance d'une profession en vertu de la *Health Professions Act* ou de maintien d'une loi professionnelle spécifique.

Lorsque le Conseil décide de maintenir une loi professionnelle, cette dernière devra refléter les principes contenus dans la *HPA* plus particulièrement l'intérêt du public.

2.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

Le modèle proposé par le Conseil met la priorité sur des orientations précises :

2.5.1. Un champ de pratique défini plus largement et non exclusif

Une définition plus large et non exclusive à une profession permet, entre autres, qu'une partie d'un champ de pratique chevauche un autre champ de pratique ou soit partagé avec une autre profession.

2.5.2. Des actes réservés définis de façon rigoureuse

À l'intérieur de ce cadre de travail que constituent les champs de pratique partagés, on reconnaît que certaines tâches ou services comportent un risque sérieux de préjudice pour la santé, la sécurité ou le bien-être du public. Dès lors, ces tâches ou ces services devront être réservés à une profession en particulier ou partagés entre des professions qualifiées. Les actes réservés devront constituer le seul élément de restriction à l'intérieur d'un champ de pratique professionnel.

Les dispositions relatives aux services de soins de santé définissent un acte réservé comme étant accompli seulement par un membre d'une profession de la santé réglementée autorisé à le pratiquer en vertu de la loi professionnelle applicable. A contrario, si un acte n'est pas réservé, il peut être accompli par un praticien réglementé ou non réglementé.

Le Conseil décide d'utiliser le modèle ontarien d'actes autorisés comme guide dans son processus de révision des professions. Il entreprend de revoir les champs de pratique professionnel par profession.

2.5.3. Des actes supervisés relevant à la fois de la délégation et de la supervision

Le Conseil établit une distinction entre les termes « délégation » et « supervision ». La délégation suppose qu'un professionnel qui a le pouvoir de déléguer détermine si une personne a la compétence requise pour accomplir une tâche et si elle peut l'accomplir sans que le professionnel soit présent. D'autre part, la supervision implique un contrôle plus intensif que la délégation et peut exiger la présence physique du superviseur.

Le Conseil croit que la notion d'actes supervisés relève à la fois de la délégation et de la supervision; elle englobe toutes les situations où quelqu'un d'autre que la personne autorisée, ac-

Chapitre 3

complir un acte. Le Conseil déterminera les circonstances où un acte supervisé pourra être appliqué. Pour ce faire, le Conseil préfère adopter une approche selon laquelle les principes généraux concernant la délégation seront inclus dans la législation et entreront en vigueur lorsque le modèle de champ de pratique partagé sera effectif.

2.6. Les résultats

Les dispositions de la Loi cadre qui régissent les professions sont présentées selon un schéma uniforme qui décrit dans un premier temps le champ de pratique de la profession, les actes qui leur sont réservés ainsi que les restrictions relatives à ces actes.

Le processus de révision des champs de pratique profession par profession est actuellement en cours en Colombie-Britannique.

3. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Ontario

3.1. Le contexte de la réforme

La réforme ontarienne débute en 1982 avec la mise en place du Mécanisme de révision des lois régissant les professions de la santé (*Health Professions Legislation Review*) chargé, comme son nom l'indique, de procéder à la révision du système régissant les professions de la santé.¹

« Le mandat du Mécanisme de révision consistait à présenter des recommandations au ministre sous la forme d'un projet de loi, en indiquant :

- les professions de la santé qui devraient être réglementées;
- les modalités de mise à jour et de restructuration de la Loi sur les sciences de la santé;
- le mode d'élaboration d'une nouvelle structure englobant toute la législation régissant les professions de la santé;
- et les moyens de régler les questions en suspens en ce qui concerne plusieurs groupes professionnels. »

Au moment où la réforme s'amorce, le système ontarien repose sur l'existence de professions agréées (d'exercice exclusif) et de professions autorisées (à titre réservé). Ce système donne lieu à des constats, à l'effet notamment :

- qu'il ne protège pas efficacement le public contre les pourvoyeurs de soins de santé non qualifiés;
- qu'il a des effets néfastes sur le système de santé; entre autres retombées, il freine l'innovation dans les façons d'utiliser les diverses professions de la santé, rendant plus difficile l'offre d'un meilleur service au meilleur coût.

La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées est sanctionnée neuf ans plus tard.

3.2. Les problèmes identifiés

À l'époque de la réforme, diverses pressions s'exercent sur le gouvernement pour que ce dernier modifie le mode de réglementation des professions de la santé.

¹ « Établir un nouvel équilibre : projet de réglementation des professions de la santé en Ontario », p. 2

Chapitre 3

D'une part, le public souhaite un système plus ouvert et conscient de ses responsabilités, particulièrement en matière d'examen des plaintes et de procédures disciplinaires. Par ailleurs, un grand nombre de groupes de professionnels non réglementés demandent à le devenir; d'autres groupes sont régis par des lois désuètes. Du côté des administrateurs d'hôpitaux et d'autres groupes d'employeurs, on estime que le système de réglementation a des effets indésirables sur le système de santé :

- il leur impose des restrictions et les empêche de recourir efficacement aux dispensateurs de services de soins de santé; loin d'encourager la souplesse, il agit plutôt comme un frein à l'innovation dans la prestation des services;
- le cadre théorique ne correspond plus à la réalité de la pratique.

Pour sa part, le gouvernement juge que le système va à l'encontre d'un contrôle coordonné des politiques régissant les professions de la santé, celles-ci étant encadrées par des lois disparates.

D'autres désavantages résultent également du système de réglementation en vigueur avant 1991 :

- des rapports hiérarchiques se sont installés entre les professions agréées et les professions autorisées, créant ainsi des inégalités et générant des tensions entre les professions;
- la création de professions agréées freine l'évolution du domaine d'exercice et empêche la création de nouvelles professions;
- le modèle d'avant la réforme n'est pas adapté à un contexte où le nombre de professions de la santé va en augmentant.

Le portrait de la situation amène le Mécanisme à formuler le commentaire suivant² :

« De toutes façons, nous croyons qu'un modèle de réglementation qui classifie les professions comme agréées ou autorisées ne constitue plus le meilleur moyen de protéger le public.

En réalité, il n'y a aucune profession où toutes les activités qu'exercent les membres sont potentiellement dangereuses. En interdisant à d'autres pourvoyeurs de soins de fournir des services inoffensifs seulement parce qu'ils tombent dans le domaine d'exercice d'une profession

² « Établir un nouvel équilibre : projet de réglementation des professions de la santé en Ontario. Recommandations du Mécanisme de révision des professions de la santé », 1989, p. 16.

agréée, on maintient une fiction inutile. Le contraire est également vrai : certaines activités exécutées actuellement par des professionnels non réglementés ou réglementés mais non agréés, sont potentiellement dangereuses et, dans la mesure du possible, la loi ne devrait pas autoriser des personnes non qualifiées à les exécuter. »

3.3. Les objectifs de la réforme

L'objectif global de la réforme menée par le Mécanisme de révision est sans contredit la protection du public et se présente sous quatre aspects :

- le public doit être protégé, dans la mesure du possible, contre les pourvoyeurs de soins non qualifiés, incompetents et inaptés;
- il faut mettre en place des structures encourageant la prestation de soins de haute qualité;
- le public doit pouvoir choisir parmi diverses options de soins exempts de risques;
- dans le but d'accroître l'efficacité du système, il faudrait prévoir une évolution possible des rôles joués par les différentes professions, ainsi qu'une certaine souplesse dans la façon de recourir aux professionnels.

Enfin, par ses recommandations, le Mécanisme vise l'implantation en Ontario d'un système de santé offrant des services uniformes, dispensés de façon efficace et rationnelle.

3.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

D'entrée de jeu, il faut préciser que le principe d'autoréglementation des professions n'a jamais été remis en question par la réforme. Ce principe était déjà contenu dans la Loi sur les sciences de la santé de 1974 et il demeure à la base du modèle qui s'élabore.

Le modèle proposé est fondé sur un principe clairement exprimé : l'unique finalité de la réglementation professionnelle est la protection de l'intérêt public.

En cela, le Mécanisme constate que certaines activités accomplies par les dispensateurs de soins de santé comportent des risques de préjudice si elles sont exécutées par des personnes non qualifiées. Cependant, certaines activités ne sont pas intrinsèquement dangereuses. De plus, le public devrait avoir le droit de choisir les dispensateurs de soins lorsque les services requis présentent peu de risques.

Chapitre 3

En ce qui concerne les dispensateurs de soins de santé, les 24 professions retenues à des fins de réglementation présentent certaines spécificités les unes par rapport aux autres, que ce soit en terme de risques reliés à l'accomplissement des activités respectives, de taille ou d'expérience de la réglementation statutaire. Dans ce contexte, le Mécanisme doit donc se préoccuper de concevoir un modèle de réglementation suffisamment adaptable pour tenir compte de ces différences.

Les principes qui guident l'élaboration de la nouvelle réglementation, plus particulièrement en ce qui concerne le domaine d'exercice, peuvent se résumer ainsi :

- l'autoréglementation des professions est maintenue;
- la protection de l'intérêt public constitue l'unique but d'une réglementation professionnelle;
- le public doit disposer d'une liberté de choix lorsqu'il n'y a pas de risques de préjudice;
- le modèle élaboré doit être adaptable afin de tenir compte des différences entre les professions réglementées.

3.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

Le modèle proposé pour remplacer la réglementation basée sur les professions agréées et autorisées comporte trois volets.

3.5.1. *La description du champ d'exercice*

Le champ d'exercice des professions retenues pour être réglementées est décrit dans le cadre d'une loi professionnelle sans toutefois le rendre exclusif aux membres de cette profession. La description du champ d'exercice qu'il est convenu d'appeler « déclaration générale » contient trois types de renseignements : ce que font les membres de la profession, les méthodes qu'ils utilisent, la raison pour laquelle ils le font.

Cette déclaration générale devrait servir entre autres :

- à l'ordre professionnel; pour identifier le domaine d'exercice devant lui servir de base pour établir les critères d'admission et les normes d'exercice;
- aux consommateurs, aux membres de la profession, aux employeurs et aux tribunaux; pour connaître l'étendue exacte du domaine d'exercice de la profession;
- aux éducateurs; pour guider l'élaboration et la mise à jour des programmes d'étude.

3.5.2. *La consignation de tous les actes, activités, et procédures à caractère préjudiciable*

Dans le modèle de réglementation proposé, les éléments clés qui visent à assurer la protection du public sont prévus par un cadre légal unique auquel sont assujetties toutes les professions réglementées ainsi que les dispensateurs de soins de santé non réglementés.

Selon le principe adopté, l'autorisation de poser un acte est requise lorsque cet acte comporte un risque de préjudice. À partir de ce principe, 13 catégories d'actes autorisés sont élaborées. Des dispositions sont prévues pour que seuls les membres des professions réglementées puissent accomplir un « acte autorisé ».

Les lois professionnelles régissant les professions réglementées prévoient les actes autorisés qui peuvent être exécutés par les membres. Ainsi, la Loi sur la médecine prévoit la liste complète des actes pris en charge par les membres de la profession.

Six lois professionnelles ne prévoient aucun acte autorisé pour les membres de la profession (orthophonistes, technologues dentaires, diététiciennes, massothérapeutes, technologistes de laboratoire médical, ergothérapeutes).³

Les autres lois professionnelles prévoient un ou plusieurs actes autorisés. Certains actes autorisés pour certaines professions deviennent des sous-catégories d'actes pour d'autres. Ainsi, pour les médecins, la direction des opérations à exécuter pendant le travail et l'accouchement devient, pour les sages-femmes, la direction des opérations à exécuter pendant le travail et l'accouchement spontané normal par voie basse.

L'identification de 13 catégories d'actes autorisés, ainsi que les conditions et modalités de leur exécution par les différents professionnels, sont prévues par des dispositions légales. Ces mesures constituent l'élément clé recommandé par le Mécanisme pour assurer la protection du public.

³ Il s'agit des recommandations du Mécanisme. La Loi de 1991 prévoit que cinq professions n'ont aucun acte autorisé (orthophonistes, technologues dentaires, diététiciennes, massothérapeutes, ergothérapeutes).

3.5.3. Une disposition pour les dispensateurs de soins non réglementés

En plus des champs d'exercice et des actes autorisés, le Mécanisme a voulu prévoir une disposition pour les dispensateurs de soins non réglementés. Cette mesure vise à compléter le système de réglementation basé sur l'exécution d'actes comportant un risque de préjudice par des professionnels légalement autorisés à le faire. Elle offre une marge de sécurité supplémentaire en interdisant aux dispensateurs de soins non réglementés de donner un traitement ou des conseils à une personne en ce qui concerne sa santé lorsqu'il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves peuvent en résulter.

Les trois volets ci-haut énumérés reflètent un des principes ayant guidé les travaux, soit de faire de la protection du public le but de la réglementation professionnelle.

Quant au second principe, soit la reconnaissance du droit du public de choisir le dispensateur de soins lorsqu'il n'y a pas de risque de préjudice, il est assuré par la restriction dans l'utilisation des titres professionnels.

L'utilisation du titre professionnel est limitée aux membres de la profession. Cette restriction se veut la pierre angulaire de la protection des consommateurs :

- elle aide l'utilisateur à faire un choix éclairé;
- elle permet de distinguer les professionnels réglementés des dispensateurs de soins qui ne le sont pas;
- elle permet de différencier les professionnels réglementés entre eux.

3.6. Les résultats

L'entrée en vigueur, le 31 décembre 1993, de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (*Regulated Health Professions Act, 1991*) est un élément du résultat final des travaux du Mécanisme de révision.

La Loi prévoit des dispositions de protection du public contre les préjudices et les lésions dont les plus importantes sont l'inscription à un ordre professionnel, les actes autorisés, le champ d'application et les titres réservés.

Chapitre 3

La Loi de 1991 dresse une liste de 13 interventions qui comportent un risque élevé si elles ne sont pas accomplies correctement et par une personne compétente. Il s'agit des actes dits « autorisés ». La Loi prévoit que personne ne peut accomplir d'actes autorisés sauf si la Loi professionnelle applicable permet de le faire. Des exceptions sont prévues à l'égard des personnes en formation qui doivent alors agir sous la supervision directe d'un professionnel qualifié. On permet également la délégation d'actes autorisés prévue par un règlement d'application d'une loi professionnelle spécifique.

4. La réforme de la réglementation des professions de la santé en Virginie

4.1. Le contexte de la réforme

L'État de la Virginie se présente comme un chef de file de la réglementation des professions de la santé, première entité à introduire un tel concept en Amérique. Par ailleurs, la Virginie accorde une attention particulière au débat relancé à l'échelle nationale par le rapport de la Commission Pew paru en 1995 sur la révision de la réglementation des professions de la santé.⁴ Enfin, le contexte qui prévaut en 1996 est favorable à une révision des règles entourant cette sphère du système professionnel.

Entre autres positions, la Virginie établit un lien direct entre l'évolution rapide du secteur des soins et la réglementation professionnelle. Dès lors, l'État compte aborder le sujet sous l'angle suivant : comment la réglementation des professions de la santé peut-elle rencontrer son principal objectif de protection du public contre les préjudices sans restreindre inutilement le progrès dans les systèmes de dispensation des soins de santé?

Le processus entrepris par la Virginie survient en réaction à la Commission *Pew*. Mais il est également initié officiellement par l'Assemblée Générale (assemblée législative) qui commande la tenue d'une vaste étude portant, entre autres, sur la réglementation des professions de la santé et sur la révision des critères de réglementation.

Le Conseil des professions de la santé, organisme qui chapeaute l'ensemble des conseils professionnels (ordres professionnels) a procédé à la nomination d'un comité ad hoc sur les critères de réglementation afin de surveiller le déroulement des travaux.

Parmi les éléments de contexte, cinq facteurs sont mis en évidence par une recherche menée pour les fins de la réforme sur la situation en Virginie en matière de soins de santé :

- le mouvement de spécialisation progresse au ralenti et la généralisation gagne du terrain;
- le marché des soins de santé a évolué du local au régional ainsi que vers le national et l'international (avènement de la télémédecine);
- par le passé, on reconnaissait qu'une déperdition des connaissances survenait après la fin de la formation initiale; actuellement, on admet qu'une diminution plus importante et plus ra-

⁴ « Reforming Health Care Workforce Regulation : Policy Considerations for the 21st Century »

pide de la connaissance existe, nécessitant ainsi la vérification du maintien de la compétence tout au long d'une carrière;

- les structures organisationnelles du secteur de la santé subissent des changements; ainsi, les organisations locales de petites tailles et implantées dans la communauté sont fusionnées, créant des structures organisationnelles plus grosses;
- par le passé, le financement des organisations du secteur de la santé passait directement par les praticiens de la santé; actuellement, il existe différents intermédiaires dans les relations entre les financiers du secteur de la santé et les dispensateurs de soins.

4.2. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

Le comité ad hoc a retenu sept thèmes, ou objectifs, devant mener à des recommandations.

4.2.1. Des critères pertinents de reconnaissance d'une profession ou d'une occupation du secteur de la santé à des fins de réglementation

La Virginie applique les mêmes critères depuis 1983, lesquels ont été mis à jour pour la dernière fois en 1991. En 1992, ils deviennent plus officiels lorsque le Conseil des professions de la santé a adopté des politiques et des procédures dont ils constituaient la base. Ils reposent sur les aspects suivants :

- le risque de préjudice pour le consommateur;
- les compétences spécialisées et la formation;
- une pratique autonome;
- un champ de pratique;
- l'impact économique;
- aucune alternative à la réglementation;
- la réglementation la moins restrictive.

En Virginie, ces critères ont fait leur preuve. Ils ont permis l'utilisation d'un processus méthodique et équitable pour les professions et les occupations qui demandaient à être réglementées. De plus le septième critère, le plus récent, reflète un principe présent dans l'histoire de la Virginie, c'est-à-dire une approche de laisser-faire propre au libéralisme économique.

Par conséquent, le comité ad hoc recommande de ne rien modifier aux sept critères de reconnaissance d'une profession réglementée.

4.2.2. *Des résultats efficaces en matière de soins de santé et la protection du public contre les préjudices*

L'analyse des résultats en matière de soins de santé en est à ses débuts, bien que l'ensemble des connaissances portant sur l'évaluation de l'efficacité des traitements médicaux soit en croissance rapide. Bon nombre de ces évaluations sont basées spécifiquement sur des états de maladie et des modalités de traitement et non sur les soins dispensés par les praticiens eux-mêmes. Par conséquent, le comité ad hoc en arrive à la conclusion que l'analyse des résultats en matière de soins de santé ne doit pas être utilisée, pour le moment, comme critère de réglementation d'une profession ou d'une occupation du secteur de la santé.

4.2.3. *La responsabilité des corps professionnels envers le public*

La Virginie se situe au-dessus de la moyenne en ce qui a trait à la représentation des membres du public sur les Bureaux des ordres professionnels. La participation du public et du milieu organisationnel aux réflexions du Conseil des professions de la santé ne peut qu'améliorer la capacité du Conseil à trouver un terrain d'entente entre les professions de la santé lors des débats sur les champs de pratique. Un mandat législatif clairement assigné au Conseil des professions de la santé peut permettre à l'organisme de veiller à la responsabilité qu'exercent les corps professionnels envers le public. Les professionnels doivent de plus en plus répondre de leur responsabilité envers le public devant différentes instances : les employeurs, les assureurs, les systèmes de dispensation des soins de santé et les ordres professionnels.

Par conséquent, le comité ad hoc estime suffisante la représentation du public sur les Bureaux des ordres professionnels.

Toutefois, le comité recommande que le Conseil des professions de la santé prévoit l'établissement d'un processus chargé de coordonner et de favoriser l'échange entre le personnel des Bureaux des corps professionnels de tous les États américains.

4.2.4. *L'accessibilité du consommateur à des ressources humaines compétentes dans le secteur de la santé*

Le maintien de la compétence est considéré comme un sujet de premier plan par les professions de la santé et le public. De nombreux groupes professionnels réglementés reconnaissent

facilement que l'entrée dans une profession ne garantit pas le maintien de la compétence tout au long d'une carrière. Il n'y a pas actuellement de consensus sur la façon de mesurer et de garantir le maintien de la compétence, quoique de nouveaux instruments d'évaluation se développent. Une exigence de formation continue est un élément déterminant pour garantir le maintien de la compétence.

Par conséquent le comité ad hoc formule les recommandations ci-après en ce qui concerne le suivi de la pratique des professionnels de la santé :

- une base de données devrait être constituée concernant les ressources humaines du secteur de la santé; ce projet serait financé par des fonds extérieurs aux professions de la santé;
- le Conseil des professions de la santé devrait surveiller de façon constante l'apparition des nouvelles professions et des nouvelles technologies;
- le Conseil devrait accorder une attention particulière à la formation, au mode d'identification des groupes professionnels (les titres), ainsi qu'à l'utilisation du personnel auxiliaire dans le cadre de la dispensation des soins; cet examen de la situation devrait se faire sur une base continue et donner lieu à des recommandations;
- le Conseil devrait exercer une surveillance sur le rôle joué par les praticiens à l'intérieur des systèmes de dispensation des soins de santé;
- le Conseil devrait encourager les ordres professionnels qu'il regroupe à explorer de nouvelles stratégies de contrôle du maintien des compétences, à introduire des aires de communication entre praticiens, à développer des bases de connaissances (par exemple, sur le raisonnement qui conduit au diagnostic) et à faire rapport sur une base régulière des efforts accomplis.

4.2.5. *Un système rentable, bien articulé et souple qui favorise des relations de travail efficaces entre les praticiens du secteur de la santé*

La nécessité d'agir avec souplesse se fait sentir notamment dans le cadre de projets-pilotes où sont testés de nouveaux modèles de pratique et de réglementation des professions de la santé. Or, ceux-ci ne sont pas autorisés en Virginie à moins qu'ils ne relèvent de champs de pratique réglementés. De plus, les nouvelles technologies et les nouvelles professions de la santé sont en train de transformer les relations entre les praticiens du secteur de la santé et affectent les champs de pratique des professions actuellement réglementées.

Par conséquent le comité ad hoc recommande que le Conseil des professions de la santé cherche à obtenir un pouvoir d'autorisation de projets expérimentaux légalement encadrés avec l'accord des ordres professionnels.

4.2.6. *Une mobilité professionnelle et géographique des praticiens compétents*

Les États ayant des réglementations opposées sont plus susceptibles de causer des difficultés aux praticiens, aux patients et aux assureurs de la Virginie. À cet égard, les problèmes sont d'ailleurs plus aigus dans les régions limitrophes. Une solution, par exemple, au problème de la pratique réglementée de la télémédecine peut être de développer la disponibilité de tels services à l'intérieur de la fédération américaine.

Dès lors, le comité ad hoc recommande que le Conseil des professions de la santé favorise une démarche cohérente dans le projet de réglementation des professions de la santé, plus particulièrement en ce qui a trait à l'uniformité des conditions d'entrée et de sortie dans une profession. En prenant en considération les activités de télémédecine inter-États, le Conseil devrait encourager une approche de réglementation logique et coordonnée entre tous les corps professionnels qu'il regroupe.

4.2.7. *La réduction des exigences inutiles*

Plusieurs groupes professionnels avaient des commentaires à formuler sur ce sujet. Aucun consensus n'a cependant pu s'établir pour identifier des exigences déraisonnables à l'intérieur du cadre réglementaire applicable.

Toutefois, le comité ad hoc recommande que le Conseil des professions de la santé revoie régulièrement la pertinence des normes et des règlements afin qu'ils conservent un lien avec les champs de pratique de chacune des professions réglementées.

4.3. Les résultats

4.3.1. *Au printemps 1998*

Le Conseil des professions de la santé reprend les recommandations du comité ad hoc pour en faire le sujet de discussions lors d'un colloque regroupant les membres et le personnel des Bureaux des ordres professionnels. Les échanges qui ont lieu confortent le Conseil des professions dans son intention d'implanter les recommandations de l'étude chapeautée par le comité ad hoc.

Une loi adoptée par l'Assemblée générale formule une exigence envers le Collège des médecins afin que cette profession développe un « profil des médecins » à travers les États-Unis. Cette base de données devra être disponible sur Internet pour faciliter l'accès et l'utilisation de l'information par le consommateur. L'outil s'étendra éventuellement à d'autres professionnels lorsque les fonds nécessaires auront été alloués.

4.3.2. *Le calendrier législatif de 1999*

Les priorités sont les suivantes :

- la codification des critères de reconnaissance d'une profession;
- le dépôt d'un projet de loi visant à autoriser la mise en place de projets-pilotes pour expérimenter de nouvelles formules en lien avec la pratique professionnelle.

4.3.3. *Le plan de travail du Conseil des professions de la santé pour l'année 1998*

Les priorités sont les suivantes :

- mettre l'accent sur la surveillance des nouvelles professions;
- porter une attention particulière au personnel auxiliaire non réglementé; concernant cette question, l'Ordre des infirmières a développé une directive de délégation des soins infirmiers : on ne cherche pas à préciser les tâches à déléguer à telle catégorie de professionnels, mais on vise plutôt à évaluer si les tâches ont été attribuées de façon pertinente compte tenu des différents éléments en présence;
- concrétiser les conclusions d'un rapport du Conseil sur la télémédecine, document par lequel l'organisme endosse le modèle des soins infirmiers en la matière; dans ce secteur, on a conclu des ententes entre les États en vertu desquelles chacun accepte que des consulta-

Chapitre 3

tions soient menées par des professionnels réglementés ailleurs et ce, à l'intérieur du réseau de la fédération américaine;

- entamer un processus visant à explorer la question du maintien de la compétence;
- développer un calendrier de révision de la réglementation concernant les champs de pratique; le mandat pour réaliser cette révision a été confié au *Regulatory Research Committee*; le comité procédera à cette révision en étudiant simultanément plusieurs professions et en les regroupant selon la connexité de leur champ de pratique (ex : les professionnels en lien avec les sciences du comportement formeraient un groupe).

5. La Commission Pew sur la réglementation des professions de la santé aux États-Unis

5.1. Le contexte de la Commission

La Commission Pew relève du Centre sur les professions de la santé de l'Université de Californie à San Francisco. Il s'agit d'un organisme de recherche à but non lucratif dont les travaux portent essentiellement sur les politiques concernant les professions du secteur de la santé. On y traite notamment de réglementation.

La Commission est convoquée pour la première fois en 1990 par le *Pew Charitable Trusts*, un organisme national de philanthropie dont le siège social est situé à Philadelphie. Elle reçoit alors le mandat de concentrer ses travaux sur ce qui entoure l'éducation et la formation associées aux professions de la santé. La Commission est un groupe entièrement indépendant dont le pouvoir est uniquement de type persuasif.⁵

5.2. Les objectifs des travaux de la Commission

Au cours des années 90, la Commission Pew tente de circonscrire l'environnement en transformation du secteur de la santé. Plus particulièrement, elle procède à des analyses détaillées afin d'établir les parallèles entre la formation des professionnels de la santé et les changements qui s'opèrent dans le système de soins américain. Tout au long de ses travaux, la Commission maintient ses principes de départ et ses objectifs dont certains occupent une importance de premier plan, dont :

- la préoccupation d'insérer les professionnels et les travailleurs de la santé dans les débats sur les changements dans le secteur de la santé;
- la volonté d'élaborer un ensemble de compétences afin que la formation et la pratique professionnelles remportent les succès attendus dans un système de santé en émergence;
- le souci de fournir des ressources et des services aux personnes qui conçoivent les politiques ainsi qu'aux leaders institutionnels et aux professionnels de la santé afin qu'ils intègrent cette vision et ces compétences dans leur travail quotidien.

⁵ En janvier 1999, la « Pew Health Professions Commission » met un point final à dix années de travaux. Plusieurs de ses initiatives ont été reprises par le « Center for the Health Professions » de l'Université de Californie.

Dès les débuts de ses travaux, la Commission est confrontée aux barrières imposées par la réglementation professionnelle dans le secteur de la santé. Dès lors, elle est amenée à réaliser qu'une réforme de la main-d'œuvre du secteur de la santé inclut nécessairement une réforme de la réglementation. C'est ainsi qu'en 1994, on crée un groupe de travail spécifiquement consacré à la réglementation professionnelle. Ce dernier est chargé d'étudier la façon dont la réglementation protège la santé du public et de proposer de nouvelles approches en matière de réglementation afin de mieux servir l'intérêt des usagers.

5.3. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

Dans un premier temps, le groupe s'entend sur un ensemble de principes qui serviront de base à un système de réglementation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé apte à mieux servir l'intérêt du public. Ces principes sont les suivants :

- promouvoir des résultats efficaces en matière de santé et protéger le public des préjudices;
- maintenir la responsabilité qu'ont les professions réglementées envers le public;
- respecter le droit des consommateurs de choisir leurs dispensateurs de soins de santé parmi un éventail d'options sécuritaires;
- favoriser un système de soins de santé souple, logique et ayant un rendement efficace au niveau des coûts;
- faciliter la mobilité professionnelle et géographique de dispensateurs de soins de santé compétents.

5.4. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

Par la suite, le groupe de travail explore plusieurs sujets en lien avec la réglementation pour en dégager 10 thèmes. Il en tire ensuite les recommandations qui constituent l'essentiel de son rapport visant à stimuler le débat sur la réglementation. Ce rapport est intitulé *Reforming Health Care Workforce Regulation – Policy Considerations for the 21^e Century*. Le document est publié en décembre 1995. Le groupe de travail considère que ses recommandations lui permettent de concevoir un système de réglementation « *SAFE* », c'est-à-dire :

- *Standardized* (uniformisé), lorsque c'est approprié;
- *Accountable* (responsable), envers le public;
- *Flexible* (souple), pour supporter un accès optimal à une main-d'œuvre du secteur de la santé compétente et sûre;

- *Effective* (efficace), pour protéger et promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être du public.

5.4.1. Recommandation 1

« Les États utiliseront un langage uniformisé et compréhensible en matière de réglementation des professions de la santé et concernant le rôle de ces dernières. Ces rôles seront clairement décrits pour le public, les organismes dispensateurs, les administrateurs et les professions elles-mêmes. »

Les travaux du groupe de travail lui permettent d'observer que la réglementation professionnelle a été développée isolément à travers le pays, c'est-à-dire État par État et profession par profession. Ceci explique que la terminologie varie d'un État à l'autre et d'une profession à l'autre. Le manque d'uniformité limite la mobilité des professionnels dans leur pratique, crée des barrières et installe de la confusion parmi le public, les professionnels et les législateurs. Cette confusion repose en partie sur une mauvaise utilisation des termes « *licensure* », « *certification* » et « *registration* ».

La nécessité d'une uniformisation est reconnue par plusieurs États. Toutefois peu d'entre eux ont adopté une réglementation appropriée. Cette recommandation vise à les sensibiliser à ce problème. Pour ce faire, le groupe de travail élabore des propositions concrètes susceptibles d'emporter l'adhésion des États. Les propositions sont les suivantes :

- utiliser le terme « *licensure* » dans le public et dans les lois professionnelles pour désigner les titres réservés des professions de la santé réglementées;
- utiliser un langage uniformisé dans les lois professionnelles lorsqu'on fait référence, entre autres, au titre réservé, à la pratique professionnelle, aux termes réglementaires tels que supervision et délégation, et au processus disciplinaire (catégories d'erreurs alléguées, déroulement et résultats du processus de jugement d'une faute professionnelle);
- réserver le terme « *certification* » aux programmes du secteur privé qui attestent de la compétence des professionnels de la santé sur une base individuelle;
- identifier et convoquer un groupe pour codifier le langage ainsi que les termes de la réglementation; les États prendront en considération les modèles développés par les organismes nationaux (ex : « *Council Licensure, Enforcement and Regulation* ») pour uniformiser les termes adoptés. Ce groupe sera composé notamment de représentants des professions de

la santé réglementées, de consommateurs, de dispensateurs et de personnes qui paient pour les soins de santé.

5.4.2. Recommandation 2

« Les États uniformiseront les conditions d'autorisation de la pratique d'une profession et les limiteront à l'évaluation des compétences requises pour exercer la profession afin de faciliter la mobilité physique et professionnelle dans le secteur de la santé. »

Le groupe de travail observe que des critères disparates interviennent entre les États lorsqu'il s'agit d'autoriser la pratique professionnelle. Dans un contexte où la télémédecine et d'autres technologies permettent de traverser les frontières entre les États, et où la mobilité de la population augmente, des moyens doivent être mis en œuvre pour ne pas nuire à la mobilité professionnelle.

Le groupe de travail propose les éléments de solutions suivants :

- adopter des critères uniformisés d'autorisation de la pratique d'une profession qui seraient les mêmes pour chaque profession, à travers les 50 États;
- amender la législation de façon à reconnaître la pratique professionnelle réglementée dans un autre État;
- avec le concours des organismes appropriés du secteur privé et avec les autres États, développer et utiliser des examens de compétence uniformes qui serviront à évaluer les compétences minimales exigées pour autoriser la pratique d'une profession;
- reconnaître les façons de faire alternatives développées en éducation et les expériences acquises aux fins d'autorisation de la pratique d'une profession reconnue;
- éliminer les critères d'autorisation d'exercice d'une profession qui ne sont pas basés sur la compétence, les connaissances, la formation ou la qualification professionnelle.

5.4.3. *Recommandation 3*

« Les États baseront les lois concernant la pratique sur une démonstration initiale de la compétence et sur son maintien. Ce processus doit autoriser et prévoir que différentes professions partagent des champs de pratique qui se chevauchent. Les États doivent explorer des pistes pour autoriser les professions à dispenser les services qui couvrent toute l'étendue de leur compétence, formation, expérience et connaissances actuelles. »

La façon dont le groupe de travail aborde la question du champ de pratique peut s'illustrer à l'aide du cas des hygiénistes dentaires aux États-Unis. On sait que dans certains États, les hygiénistes dentaires peuvent offrir le service de nettoyage des dents de façon autonome et sans la supervision des dentistes. Dans plusieurs autres États, ils ne peuvent accomplir cet acte que sous la supervision d'un dentiste. En ayant à l'esprit la protection du public, le groupe de travail s'interroge à savoir s'il est réellement nécessaire d'empêcher les hygiénistes dentaires de pratiquer cet acte sans la supervision d'un dentiste?

Le champ de pratique décrit le pouvoir qu'un État remet entre les mains de professionnels de la santé de pratiquer des actes dans cet État. Il trace la frontière entre les professionnels et les praticiens non réglementés ainsi qu'entre les professionnels eux-mêmes, ce qui crée des domaines d'exclusivité. Ce système a généré une multitude de guerres de territoire entre les professions. Les règles concernant le champ de pratique ont également contribué à ériger un système de « récompenses » pour les professions plutôt qu'un système rationnel qui vise la rentabilité, un haut degré de qualité et des services accessibles offerts par des praticiens compétents. Dans ce contexte, il s'avère difficile de relever le défi d'offrir des services entre États via les moyens de télécommunication ou de logiciels sophistiqués.

Le groupe de travail explore d'autres avenues, telles que des champs de pratique élargis, des clauses de délégation et de supervision ainsi que l'abandon de l'exclusivité de la pratique. À titre d'exemple, il évoque l'activité de prescription de médicaments qui, après amendement de plusieurs lois, a été confiée à une variété de praticiens : infirmières cliniciennes, assistants-médecins, optométristes, podiatres, sages-femmes et audiologistes.

Chapitre 3

Certains États revoient également les règles de délégation et de supervision. Les praticiens qui sont touchés par la délégation désirent une plus grande autonomie professionnelle. C'est notamment le cas des infirmières de pratique avancée par rapport aux médecins.

Entre autres approches à explorer, l'expérience ontarienne est citée par le groupe de travail. Finalement, ce dernier suggère des changements progressifs à la grandeur des 50 États plutôt que des modifications à la pièce, État par État et profession par profession.

Les mesures proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

- éliminer les champs de pratique exclusifs qui restreignent inutilement la dispensation de soins accessibles et efficaces par des professionnels compétents; les États seront appelés à garantir que la formation, l'évaluation et la réglementation des professionnels de la santé permettent que les mêmes services puissent être dispensés par différentes professions, lesquelles auront pu démontrer leur compétence en terme de qualification, de formation, d'expérience et de connaissances;
- accorder des titres réservés à certaines professions, sans champ de pratique (ex : les massothérapeutes qui dispensent des services sans risques de préjudices pour les consommateurs). Les usagers auront tout de même l'assurance de standards minimaux de compétence lorsqu'ils font affaires avec un professionnel ayant un titre réservé;
- autoriser l'élargissement du champ de pratique pour des individus membres d'une profession en leur permettant de dispenser des services offerts par d'autres professions; les personnes doivent toutefois démontrer leur compétence à accomplir certains actes grâce à une formation particulière ou à une expérience de pratique dans un champ d'exercice habituellement dévolu à une autre profession.

5.4.4. Recommandation 4

« Les États remodeleront les ordres professionnels de la santé ainsi que leur rôle afin qu'ils reflètent les exigences d'interdisciplinarité et de responsabilisation envers le public, que génèrent un système de dispensation de soins de santé en changement. »

Le groupe de travail a pu observer des failles importantes, notamment au niveau de la représentation du public :

- le processus de sélection et de nomination est imparfait;

Chapitre 3

- le rôle et les responsabilités des représentants du public ne sont pas clairs;
- la formation et le support accordé à ces représentants sont inadéquats, pour ne pas dire inexistantes.

Des lacunes ont également été constatées au plan de la communication entre les conseils professionnels. Malgré une réglementation commune en regard de leur mandat, les conseils travaillent rarement de concert, favorisant ainsi l'attitude protectionniste des professions.

Toutefois, après une décennie de débats, la représentation du public est plutôt la règle que l'exception. Dans sa recherche d'avenues à explorer, le groupe de travail cite en exemple le *Health Professions Regulatory Advisory Council* de l'Ontario. Il suggère la création d'un conseil aviseur qui regrouperait des représentants des professionnels et du public pour, entre autres, coordonner les efforts des différents conseils professionnels et ce, dans l'intérêt du public.

Les propositions soumises à l'attention des États sont les suivantes :

- établir un conseil interdisciplinaire de surveillance avec une majorité de membres du public; la mission de ce conseil serait de coordonner la réglementation des professions de la santé et d'exercer une surveillance afin de s'assurer que les intérêts du public sont bien servis; ce conseil aurait le pouvoir d'approuver, d'amender, ou de rejeter les décisions prises par les conseils professionnels;
- consolider la structure et le rôle des conseils professionnels en faisant des regroupements de professionnels à partir de services de santé; les conseils ainsi consolidés se consacraient à la protection du public et à l'assurance qualité; des conseils professionnels pourraient être regroupés selon les catégories suivantes : soins médicaux et infirmiers, soins de la vue, soins de la bouche, réadaptation, soins de santé mentale, technologies de la santé;
- développer un « membership » qui inclut une représentation du public significative et efficace afin d'améliorer la crédibilité et la responsabilité du conseil; les États évalueront le processus de nomination des conseils afin de s'assurer que ces nominations sont justes et équitables envers le public; tous les membres recrutés par les conseils devront être bien formés et supportés;
- prévoir que les ordres professionnels sont composés de représentants des milieux urbains, ruraux et des communautés culturelles ainsi que de représentants du système de dispensation de soins de santé.

5.4.5. Recommandation 5

«Les conseils professionnels éduqueront les consommateurs afin que ces derniers les assistent dans l'obtention des informations nécessaires à la prise de décision concernant les praticiens et pour améliorer leur objectif de responsabilisation envers le public. »

Le groupe de travail a pu observer que le public et les media perçoivent souvent les conseils professionnels comme étant difficiles d'accès et lents à répondre à des demandes d'information concernant les praticiens. La résistance à divulguer l'information en matière de discipline contribue à répandre l'impression que les responsables des conseils des professions réglementées ne travaillent pas dans l'intérêt du public. De plus, les bureaux des professions réglementées ont minimisé leur rôle d'éducateur et de source d'information pour le public. Les règles de divulgation de l'information sont inefficaces et manquent d'uniformité entre les États et les professions.

Le groupe de travail propose que les conseils professionnels soient les détenteurs de l'ensemble des informations permettant de constituer un profil des professionnels, plus particulièrement de ceux qui font directement affaire avec le public. Un tel profil pourrait être composé des éléments suivants :

- des renseignements sur la formation;
- un historique d'emploi et de référence (incluant les certificats, les privilèges ou les restrictions émis par un bureau pour un praticien réglementé);
- les plaintes concernant les fautes professionnelles;
- les sanctions disciplinaires dans les hôpitaux et les installations de soins de santé;
- les accusations criminelles et les écarts de conduite.

La divulgation de l'information appropriée permettrait au consommateur de choisir un praticien compétent.

Les propositions du groupe de groupe de travail à ce sujet sont les suivantes :

- recueillir et conserver l'information concernant les professionnels de la santé et faire en sorte qu'elle soit disponible et compréhensible pour le public, à moins qu'une loi en interdise la divulgation;
- développer des profils individuels sur les professionnels de la santé réglementés qui traitent directement avec les consommateurs; ces profils contiendraient de l'information qui peut être

légalement divulguée, sur des données démographiques, la formation, la pratique, l'emploi, les actions disciplinaires, les accusations criminelles et les jugements en matière de fautes professionnelles.

5.4.6. Recommandation 6

« Les conseils professionnels coopéreront avec les autres organisations publiques et privées à la conservation de données sur les professions de la santé réglementées pour supporter une planification de la main-d'œuvre efficace. »

Au moment des travaux du groupe, le manque de données ne permet pas :

- de comprendre, par exemple, la migration entre les États des étudiants en médecine, des résidents et des praticiens;
- d'apporter des correctifs aux pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, à l'échelle nationale.

La plupart des bureaux des professions réglementées considèrent que la cueillette et l'analyse de données ne font pas partie de leur mandat et qu'ils ne sont pas équipés pour le faire.

À cet égard, le groupe de travail formule les propositions suivantes :

- utiliser les mécanismes de réglementation pour recueillir un ensemble de données sur la main-d'œuvre afin de documenter le développement des politiques de main-d'œuvre; les bureaux de réglementation n'auront pas la responsabilité d'analyser les données mais, dans le respect des lois sur la divulgation et la confidentialité, il les partageront avec d'autres bureaux du public et du privé;
- travailler en collaboration avec les autres bureaux du privé et du public qui utiliseront de telles données pour planifier des politiques de santé, afin d'identifier des normes qui puissent se comparer, être compatibles et accessibles.

5.4.7. Les recommandations 7, 8, 9 et 10

Ces recommandations visent à mettre en œuvre des moyens qui garantissent notamment le maintien de la compétence, le contrôle, la surveillance de l'exercice de la pratique (processus disciplinaire), l'efficacité de la structure de réglementation des professions et l'interaction du

Chapitre 3

système de réglementation avec d'autres composantes qui ont une influence sur l'exercice d'une profession. Elles s'énoncent ainsi :

« Les États exigeront que chaque conseil professionnel développe, mette en œuvre et évalue des exigences de maintien de la compétence pour garantir le maintien de la compétence des professionnels de la santé réglementés. »

« Les États maintiendront des processus disciplinaires justes, rentables et uniformes entre les professions afin d'exclure les praticiens incompetents pour sauvegarder et promouvoir la protection du public. »

« Les États développeront des outils pour établir les objectifs, évaluer les résultats et cibler les faiblesses des conseils professionnels et de leur système de réglementation en général, afin de sauvegarder et de promouvoir la santé du public. »

« Les États devront comprendre les liens, les chevauchements et les conflits présents entre le système de réglementation des professions de la santé et les autres systèmes qui ont un impact sur l'éducation, la réglementation et la pratique des professionnels de la santé. Les États devront travailler à développer un partenariat afin de moderniser les structures et les processus de réglementation. »

Chapitre 3

Bibliographie

Alberta

Le système professionnel québécois de l'an 2000 : L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle, Office des professions du Québec, Québec, 1997, 65 p.

Réformes ou tentatives de réforme de la réglementation des professions au Canada au cours de la dernière décennie, surtout depuis 1990, Office des professions du Québec, André Contant, 1995.

Health Workforce Rebalancing Committee, Principles and Recommendations for the Regulation of Health Professionals in Alberta : Final Report of the Health Workforce Rebalancing Committee, 1995, 26 p.

Advisory Committee on Restricted Activities, Restricted Activities Final Report and Recommendations of the Advisory Committee on Restricted Activities, 1997, 61 p.

Bill 22 Health Professions Act, The Legislative Assembly Of Alberta, 1999, 284 p.

Colombie-Britannique

Closer to Home : The Report of The British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs, Victoria, The British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs, 1991, vol.2.

Closer to Home : Summary of the Report of The British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs, Victoria, The British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs, 1991, 40 p.

Le système professionnel québécois de l'an 2000 : L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle, Office des professions du Québec, Québec, 1997, 65 p.

Health Professions Council, 1998 Annual Report, www.hpc.bc.ca/hpc/annual98.html

Health Professions Council, Shared Scope of Practice Model Working Paper, www.hlth.gov.bc.ca/hpc/general/shascope.html

Health Professions Council, Terms of Reference, <http://hpc.bc.ca/hpc/termsref.html>

Ontario

Le système professionnel québécois de l'an 2000 : L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle, Office des professions du Québec, Québec, 1997, 65 p.

Chapitre 3

Recommandations du Mécanisme de révision des professions de la santé, « Établir un nouvel équilibre : projet de réglementation des professions de la santé en Ontario », Toronto, 1989, 21p.

Recommendations of the health professions legislation Review, « Striking a new balance : a blueprint for the regulation of Ontario's health professions, Toronto, 1989, 349 p.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, Étude de la Loi sur les professions de la santé réglementées, « Question d'équilibre », 1999, 47 p.

Virginie

Combs C. Donald, Resource Briefs – Virginia, The Regulation of Health Professions, and the Pew Commission Recommendations. The Council on licensure, Enforcement and Regulation, Février 1998.

Commission Pew

Finocchio L J, Dower C M, McMahon T, Gragnola C M and the Taskforce on Health Care Workforce Regulation. Reforming Health Care Workforce Regulation : Policy Considerations for the 21st Century. San Francisco, CA : Pew Health Professions Commission, December 1995.

Chapitre 4

Le contexte juridique

Introduction

Le Groupe de travail s'est interrogé sur les conséquences que la mise à jour du système professionnel qu'il propose est susceptible d'entraîner sur d'autres lois ou règlements régissant les professionnels de la santé et des relations humaines. Plus particulièrement, le Groupe de travail s'est demandé si les changements qu'il recommanderait pouvaient créer des conflits ou des incompatibilités avec les règles applicables dans les établissements de santé ou encore si ses recommandations nécessiteraient des ajustements aux règles de la responsabilité professionnelle pour tenir compte du nouveau partage d'activités proposé. Dans cette optique, le Groupe de travail expose, dans le présent chapitre, les règles faisant l'objet de recoupements entre le système professionnel et le système de la santé et des services sociaux ainsi que celles applicables à la détermination de la responsabilité des professionnels et des autres intervenants du secteur de la santé et des relations humaines.

Par ailleurs, étant donné qu'il s'interroge également sur le mécanisme de l'autorisation d'actes, à certaines conditions, par des professionnels à d'autres professionnels ou à des non-professionnels, le Groupe de travail explique le cadre juridique actuel de ce mécanisme, afin de faciliter la compréhension des recommandations qui s'y rapportent.

1. Les recoupements constatés concernant l'encadrement juridique de l'exercice des professions de la santé et des relations humaines par le système professionnel et le système de la santé et des services sociaux

L'analyse comparative de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹ (ci-après appelée « *LSSSS* »), du *Code des professions*² et des règlements applicables conformément à ces lois illustre que plusieurs sujets font l'objet de règles à la fois dans le système professionnel et dans le système de la santé et des services sociaux. Il s'agit, plus particulièrement, de l'assurance de la responsabilité professionnelle, de la tenue de dossiers, de l'accès aux dossiers et du contrôle de la pratique professionnelle.

1.1. L'assurance de la responsabilité professionnelle

En ce qui concerne les règles générales applicables à la responsabilité des professionnels relativement aux fautes ou négligences commises dans l'exercice de leur profession, elles font l'objet d'une analyse à la section 3 du présent chapitre.

Afin que le public bénéficie d'une garantie contre la responsabilité que les professionnels de la santé et des relations humaines peuvent encourir en raison de fautes ou de négligences commises dans l'exercice de leur profession, tant la *LSSSS*³ et le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*⁴ (ci-après appelé « *ROAE* ») que le *Code des professions*⁵ créent une obligation aux divers intervenants de s'assurer.

Ainsi, la *LSSSS* oblige tout médecin ou dentiste exerçant dans un centre⁶ à détenir une police d'assurance de responsabilité professionnelle acceptée par le conseil d'administration et, cha-

¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

² *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26 (ci-après appelé « *CP* »).

³ Article 258 (médecins et dentistes), 267 (établissement) et 505 par. 2? *LSSSS*.

⁴ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, Décret 1320-84, (1984) 116 G.O.2, p. 2745 et ses modifications, art. 13 et 14. Ce règlement continue de s'appliquer en vertu de l'art. 619.41 *LSSSS*.

⁵ Article 46 par. 3?, 86 al. 1 par. l) et p) et 93 par. d) *CP*.

⁶ Les centres visés par la loi sont les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres de réadaptation (art. 79 *LSSSS*).

Chapitre 4

que année, à établir que cette assurance est en vigueur.⁷ Cette obligation, relative à la pratique de ces professionnels en établissement, peut mener à une révocation du statut ou des privilèges si elle n'est pas respectée.⁸ Elle se justifie par le fait que les médecins et dentistes sont réputés ne pas faire partie du personnel de l'établissement⁹ et que, par conséquent, l'assurance contractée par l'établissement pour ses employés ne les couvre pas en cas de fautes ou de négligences commises dans l'exercice de leur profession.

Toutefois, cette obligation de s'assurer, imposée aux médecins et aux dentistes par la *LSSSS* paraît redondante puisque le *Code des professions*¹⁰ et ses règlements afférents¹¹ leur imposent la même obligation pour qu'ils puissent être membres de leur ordre professionnel et exercer leur profession. Le défaut de s'assurer entraîne automatiquement la radiation du tableau de l'ordre¹² et la perte du droit d'exercer la profession.

Par ailleurs, l'établissement doit contracter une assurance de la responsabilité civile¹³ à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre, soit directement, soit à titre de commettant. En principe, le système professionnel impose néanmoins à tous les professionnels, même à ceux employés dans les établissements, l'obligation de détenir une assurance de leur responsabilité professionnelle. Cette police d'assurance individuelle demeure nécessaire dans l'éventualité où ces professionnels poseraient des actes fautifs ailleurs que dans le cadre de leurs fonctions pour l'établissement ou en cas de recours récursoire d'un employeur contre ces professionnels.¹⁴

Plusieurs ordres professionnels ont prévu dans leur réglementation que leurs membres, qui sont à l'emploi exclusif d'un établissement ou d'une autre personne qui se porte garante, prend fait et cause et répond financièrement des conséquences des fautes commises dans l'exercice

⁷ Article 258 al. 1 *LSSSS*. À noter qu'une obligation analogue existe à l'égard de toute sage-femme exerçant sa profession conformément à un contrat conclu en vertu de l'art. 259.2 de la loi (art. 259.9 *LSSSS*).

⁸ Services de santé et services sociaux-6, [1982], C.A.S., 400.

⁹ Article 236 *LSSSS*.

¹⁰ Article 46 par. 3? *CP*.

¹¹ *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle* (médecins), (1982) 114 G.O.2, p. 2723; *Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec*, Décret 1750-89 du 15 novembre 1989, (1989) 121 G.O.2, p. 5747.

¹² Article 86 al. 1 par. 1) ii) *CP*.

¹³ Article 267 *LSSSS*; art. 13 *ROAE*.

¹⁴ Article 1463 C.c.Q.; en pratique, toutefois, il est convenu dans la plupart des conventions collectives applicables en établissement que l'employeur prend fait et cause pour l'employé fautif et qu'en cas de condamnation de nature pécuniaire, celle-ci est payée par l'employeur.

de leur profession, ne sont pas tenus de détenir un contrat d'assurance ou d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance conclu par l'ordre.¹⁵

1.2. La tenue de dossiers

Tant le *ROAE*¹⁶ que les règlements des ordres professionnels adoptés conformément au *Code des professions*¹⁷ imposent aux professionnels des normes relatives à la tenue des dossiers.

Il est prévu, dans plusieurs règlements des ordres professionnels portant sur la tenue de dossiers, que si leurs membres sont à l'emploi exclusif d'un établissement, ils ne seront pas assujettis à toutes les normes imposées dans ces règlements, et notamment qu'ils n'auront pas à constituer et tenir un dossier pour chacun de leurs clients. Cette dispense est conditionnelle au fait que le professionnel puisse inscrire dans le dossier de l'établissement tous les renseignements obligatoires exigés par ces règlements.

Par ailleurs, le *ROAE* contient des normes détaillées sur le contenu des dossiers des bénéficiaires en établissement. Dans une perspective d'harmonisation et de simplification des systèmes, il serait possible d'envisager de modifier les règlements des ordres professionnels, afin de pré-

¹⁵ *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des diététistes*, (1995) 127 G.O.2, p. 5069, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, (1996) 128 G.O.2, p. 365, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, (1997) 129 G.O.2, p. 7110, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des physiothérapeutes*, (1997) 129 G.O.2, p. 7115, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des psychologues du Québec*, (2001) 133 G.O.2, p. 1456, art. 2; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, (2000) 132 G.O.2, p. 483, art. 2. Par ailleurs, l'art. 3.02 du *Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle* prévoit qu'un médecin qui exerce sa profession uniquement pour le compte d'un organisme privé ou public sur une base salariale est réputé s'être conformé au règlement s'il fournit la preuve que son employeur détient un contrat d'assurance comportant la même garantie que celle prévue au règlement et que celle-ci s'étende nommément à ce médecin.

¹⁶ Article 50 à 64 *ROAE*.

¹⁷ À titre d'exemples, voir *Règlement sur la tenue des dossiers et le maintien des équipements d'un dentiste*, (1993) 125 G.O.2, 5887; *Règlement sur la tenue des dossiers des diététistes*, R.R.Q., c. C-26, r. 75; *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation d'un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec*, (1993) 125 G.O.2, 2454; *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, (1997) 129 G.O.2, 813; *Règlement sur la tenue des dossiers d'un médecin*, R.R.Q., c. M-9, r. 19; *Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*, (1996) 128 G.O.2, 5368; *Règlement sur la tenue des dossiers, livres et registres par un pharmacien dans l'exercice de sa profession*, R.R.Q., c. P-10, r. 19; *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*, (2001) 133 G.O.2, 2254; *Règlement sur la tenue des dossiers des technologistes médicaux*, R.R.Q. c. C-26, r. 175; *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultations des travailleurs sociaux*, (1988) 120 G.O.2, 3391.

voir que, lorsque le professionnel est à l'emploi d'un établissement, il doit uniquement se conformer aux normes du *ROAE*. Dans la même veine, l'article 24 de la *LSSSS* et les articles 60 et 61 du *ROAE* devraient faire l'objet d'une réflexion, afin d'évaluer la possibilité que le dossier du patient devienne unique et transférable d'un établissement à l'autre.

Le Groupe de travail suggère :

(S1) *Qu'un dossier-patient unique, informatisé et transférable soit implanté dans les meilleurs délais à l'ensemble du Québec.*

1.3. L'accès aux dossiers

1.3.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

L'article 19 de la *LSSSS* établit le principe de la confidentialité du dossier de l'utilisateur, ce qui a pour but de protéger le droit de ce dernier à la vie privée. Par ailleurs, les dispositions de cette loi et de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*¹⁸ (ci-après appelé « Loi sur l'accès ») déterminent les personnes qui ont accès à ce dossier et à quelles conditions. Selon l'article 17 de la *LSSSS*, le patient a toujours accès à son dossier, sauf lorsque la communication de celui-ci risquerait de lui être gravement préjudiciable.

Lorsque des tiers veulent accéder au dossier, le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal sera généralement requis. La loi permet évidemment aux membres de l'équipe soignante de consulter le dossier dans l'exercice de leurs fonctions.¹⁹ Une modification récente à la *LSSSS*, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000,²⁰ permet en outre à un professionnel désirant consulter le dossier de l'utilisateur pour des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche d'y avoir

¹⁸ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1; l'art. 28 *LSSSS* indique cependant qu'en cas de conflit entre la *LSSSS* et la Loi sur l'accès, l'application de celle-ci sera écartée.

¹⁹ Articles 62 et 76 de la Loi sur l'accès.

²⁰ *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les sociaux en matière d'accès au dossier de l'utilisateur*, L.Q., 1999, c. 45, art. 2 (qui ajoute les art. 19.1 et 19.2).

accès même en l'absence de consentement de l'usager, à condition d'obtenir l'autorisation du directeur des services professionnels ou du directeur général.²¹

Par ailleurs, sous réserve de certaines conditions et exceptions qui ont été interprétées et appliquées très strictement, tant le titulaire de l'autorité parentale à l'égard d'un mineur²² et le représentant légal d'un usager inapte²³ que l'héritier ou le représentant légal d'un usager décédé²⁴ peuvent avoir accès au dossier de la personne au nom de laquelle ils agissent. De plus, la communication du dossier médical est obligatoire lorsqu'elle est ordonnée par un tribunal²⁵ ou un coroner agissant dans l'exercice de ses fonctions ou lorsqu'elle est nécessaire à l'application d'une loi au Québec.²⁶

1.3.2. Dans le système professionnel

Certaines règles d'accès aux dossiers sont prévues au *Code des professions*²⁷ et dans les codes de déontologie²⁸ mais ces règles régissent essentiellement l'accès du client à son propre dossier. Le professionnel doit respecter le droit de son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans son dossier et il peut lui en refuser l'accès, lorsque la divulgation des renseignements qui y sont contenus entraînerait vraisemblablement un préjudice grave pour le client ou pour un tiers.

Avec le consentement du client, le professionnel peut communiquer à des tiers des renseignements contenus à son dossier. La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*,²⁹ qui constitue l'équivalent de la Loi sur l'accès pour le secteur privé, prévoit cer-

²¹ Article 19.2 LSSSS.

²² Article 21 LSSSS; *G.C. c. Hôpital Sainte-Justine*, [2000] C.A.I. 158 (mineur ayant fait l'objet d'une intervention de la DPJ).

²³ Article 22 LSSSS; *St-Cyr c. Centre hospitalier Malartic*, [2000] C.A.I. 22; *Hôpital Saint-Charles-Boromée c. Rumak*, [1997] C.A.I. 405.

²⁴ Article 23 LSSSS; *X. c. Hôpital du Saint-Sacrement*, [1996] C.A.I. 33; *Grignet c. Hôpital Saint-Charles-Boromée*, [1996] C.A.I. 233; *X. c. Institut Philippe-Pinel de Montréal*, [1997] C.A.I. 304; *X. c. Centre d'hébergement et de soins de longue durée Le Trifluvien*, [1998] C.A.I. 50.

²⁵ Article 19 LSSSS; *Rousseau (Succession de) c. Groupe Desjardins (Le), assurances générales*, [1989] R.J.Q. 785 (C.A.); *Lafontaine c. Rémillard*, [1994] R.D.J. 396 (C.A.).

²⁶ Article 67 de la Loi sur l'accès.

²⁷ Articles 60.5 et 60.6 CP.

²⁸ Le paragraphe 4° de l'art. 87 CP oblige chaque ordre professionnel à inclure au code de déontologie des dispositions énonçant les conditions et modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification du client concernant son dossier.

²⁹ *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q. c. P-39.1. La Commission d'accès à l'information a confirmé l'assujettissement, à titre d'entreprises au sens de l'art. 1525 alinéa 3 C.c.Q., des professionnels exerçant à leur compte et des cliniques médicales.

Chapitre 4

taines situations où un professionnel pourrait communiquer des renseignements à un tiers sans le consentement de son client³⁰ ainsi que les personnes pouvant avoir accès, dans certaines circonstances, à ces renseignements au nom du client.³¹

Toutefois, l'élément essentiel à considérer dans le système professionnel au regard de la question de l'accès au dossier d'un client est le secret professionnel, reconnu comme un droit fondamental du client par l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*,³² ainsi que par l'article 60.4 du *Code des professions* et les codes de déontologie des professionnels. Le secret professionnel oblige le professionnel à ne rien divulguer des faits qui lui ont été dévoilés dans le cadre de la relation professionnelle ou qu'il a pu constater par l'exercice de sa profession.

Puisque le secret professionnel a pour objet la protection du client,³³ ce dernier est libre d'y renoncer en tout ou en partie, expressément ou tacitement.³⁴ Par ailleurs, la loi impose parfois au professionnel l'obligation de divulgation.³⁵

L'article 19 de la *LSSSS*, qui permet l'accès au dossier de l'utilisateur avec le consentement de ce dernier, sur l'ordre d'un tribunal ou dans les autres cas prévus par la loi, traite de confidentialité et non pas de secret professionnel.³⁶ L'exercice par un tribunal de son devoir d'office d'assurer le respect du secret professionnel, conformément à l'article 9 de la Charte, comprend la discrétion qui lui est attribuée, à l'article 19 de la *LSSSS*, de permettre l'accès au dossier d'un usager si les circonstances justifient la mise de côté du principe de la confidentialité.³⁷ Le juge doit alors exercer son pouvoir discrétionnaire en s'opposant les divers intérêts qui s'opposent.³⁸

³⁰ Id., art. 18, 20 et 21.

³¹ Id., art. 30 et 31.

³² *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12.

³³ *Trempe c. Dow Chemical of Canada Ltd*, [1980] C.A. 571; *Protection de la jeunesse-599*, [1993] R.J.Q. 611 (C.Q.).

³⁴ *Frenette c. Métropolitain (La), Cie d'assurance-vie*, [1992] 1 R.C.S. 647; *Darveau c. Lloyd's Assurance Travelsure*, [1993] R.R.A. 469 (C.S.).

³⁵ *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35, art. 5 al. 2; *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, art. 39 al. 1; *Protection de la jeunesse-182*, [1986] R.J.Q. 332 (C.S.); *Protection de la jeunesse-154*, J.E. 85-7 (T.J.); *Protection de la jeunesse-116*, J.E. 84-13 (T.J.).

³⁶ *Protection de la jeunesse-154*, J.E. 85-7 (T.J.); *Protection de la jeunesse-116*, précité, note 35.

³⁷ *Rousseau (Succession de) c. Groupes Desjardins (Le), assurances générales*, précité, note 25.

³⁸ *Frenette c. Métropolitain (La), Cie d'assurance-vie*, précité, note 34.

1.4. Le contrôle de la pratique professionnelle

Tant la *LSSSS* que le *Code des professions* prévoient des mécanismes de contrôle de la pratique professionnelle. Dans l'établissement, le contrôle de la pratique professionnelle est lié à l'organisation du travail. Dans ce contexte, il y a souvent lieu d'agir sans délai; lorsqu'il y a des sanctions imposées, celles-ci ne sont appliquées que dans l'établissement concerné. Toutefois, cela signifie qu'un professionnel congédié d'un hôpital pour incompétence ou inconduite pourrait être engagé dans un autre établissement et y continuer la même pratique fautive ou répréhensible. C'est alors qu'interviennent les mécanismes du système professionnel qui peuvent régler ce problème en imposant des sanctions à caractère général.

1.4.1. Le contrôle à l'admission

1.4.1.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

En établissement, l'admission des médecins, dentistes et pharmaciens est soumise à un processus de nomination et d'attribution de statut et de privilèges.³⁹ C'est le conseil d'administration de l'établissement qui les nomme, leur attribue un statut et leur accorde des privilèges⁴⁰ pour une durée déterminée (habituellement deux ou trois ans), sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP),⁴¹ en fonction de la compétence du candidat.

Le conseil d'administration, après avoir obtenu l'approbation de la régie régionale, peut accepter la demande de nomination, de statut et de privilèges en tenant compte notamment du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de médecins et de dentistes autorisé dans le plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement approuvé par la régie régionale, des ressources disponibles et des exigences propres à l'établissement.⁴² Le renouvellement de la nomination, du statut et des privilèges s'effectue selon la même procédure, sauf que le conseil d'administration ne peut refuser ce renouvellement qu'en fonction des critères de qualification,

³⁹ Articles 237, 238, 242 et 246 *LSSSS*. Le statut, qui détermine l'appartenance du professionnel au CMDP et sa participation (membre actif, associé, conseil, honoraire ou résident (art. 88 *ROAE*)), est accordé en fonction de l'importance de ses activités dans l'établissement (art. 87 *ROAE*). Quant aux privilèges, ils déterminent la nature et le champ des activités médicales ou dentaires que le médecin ou le dentiste peut exercer dans un département (art. 86 *ROAE*).

⁴⁰ Articles 173 par. 3° et 4° et 242 *LSSSS* : à noter que les pharmaciens n'ont pas de privilèges.

⁴¹ Article 214 par. 3° et 4° *LSSSS*.

⁴² Article 238 al. 1 *LSSSS*; *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q., 2001, c. 24, art. 44 et 45 (art. 240 et 242.1 *LSSSS*).

de compétence scientifique ou de comportement, eu égard aux exigences propres à l'établissement et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.⁴³

En ce qui concerne les autres professionnels, ils sont des employés de l'établissement et leurs conditions d'engagement et d'emploi sont déterminées par les conventions collectives.

1.4.1.2. Dans le système professionnel

L'une des fonctions des ordres professionnels pour la protection du public est le contrôle de leurs membres à l'admission. Les candidats doivent en effet satisfaire de nombreuses exigences quant à leurs connaissances et habiletés ainsi qu'à leur conduite, afin de devenir membres d'un ordre professionnel. Le Bureau d'un ordre ne délivrera un permis qu'à un candidat qui est détenteur d'un diplôme reconnu par le gouvernement comme donnant accès à ce permis⁴⁴ ou d'un diplôme reconnu équivalent ou d'une formation reconnue équivalente par règlement du Bureau.⁴⁵ Plusieurs ordres exigent, en outre, que les candidats satisfassent à des conditions supplémentaires, telles la réussite de stages de formation professionnelle ou d'examens professionnels.⁴⁶

⁴³ Article 238 al. 4 LSSSS.

⁴⁴ Articles 42 et 184 al. 1 CP; *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*, Décret 1139-83 du 1^{er} juin 1983, (1983) G.O.2, 2877 et ses modifications.

⁴⁵ Articles 42 et 86 g) CP; les normes d'équivalence de diplôme et de formation doivent être fixées par règlement du Bureau de l'ordre (art. 93 par. c) CP). À titre d'exemples, voir le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*, Décret 1262-2000 du 25 octobre 2000, (2000) G.O.2, 6821, le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Décret 847-97 du 25 juin 1997, (1997) G.O.2 4564, le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*, Décret 749-98 du 3 juin 1998, (1998) G.O.2 306, le *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Décret 1332-2000 du 15 novembre 2000, (2000) G.O.2 7025 et le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes aux fins de la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste par le Collège des médecins du Québec*, Décret 142-2000 du 16 février 2000, (2000) G.O.2 1179.

⁴⁶ Article 94 par. i) CP. Voir, à titre d'exemples, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*, Décret 63-96 du 16 janvier 1996, (1996) G.O.2 1173, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Décret 848-97 du 25 juin 1997, (1997) G.O.2 4568, le *Règlement sur les conditions et modalités additionnelles de délivrance des permis du Collège des médecins du Québec et fixant des normes d'équivalence de certaines de ces conditions et modalités*, Décret 143-2000 du 16 février 2000, (2000) G.O.2 1182, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec*, Décret 231-93 du 24 février 1993, (1993) G.O.2 1327, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*, Décret 650-97 du 13 mai 1997, (1997) G.O.2 3022 et le *Règlement sur les autres conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des technologues en radiologie*, Décret 177-92 du 12 février 1992, (1992) G.O.2 1316, modifié par le Décret 647-97 du 13 mai 1997, (1997) G.O.2 3017.

Par ailleurs, un Bureau pourra, à certaines conditions, refuser la délivrance d'un permis ou l'inscription au tableau au candidat qui a été déclaré coupable d'une infraction criminelle par un tribunal canadien ou étranger, qui a fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue au Québec lui imposant la révocation d'un permis ou la radiation du tableau d'un ordre ou qui a fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue hors Québec qui aurait entraîné ces sanctions si elle avait été rendue au Québec.⁴⁷

L'inscription au tableau d'un ordre est également assortie de certaines conditions. Outre l'exigence d'être titulaire du permis délivré par le Bureau de l'ordre, le candidat doit notamment fournir une garantie contre sa responsabilité professionnelle.⁴⁸

1.4.2. La surveillance de la pratique professionnelle

1.4.2.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

La pratique professionnelle en établissement fait l'objet de mesures de surveillance et de contrôle à plusieurs niveaux. Le conseil d'administration doit s'assurer de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.⁴⁹ Pour sa part, le CMDP a notamment pour fonctions de contrôler et d'apprécier la qualité des actes des professionnels qui en sont membres, d'évaluer la compétence de ces derniers et de recommander les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments applicables.⁵⁰ Quant au conseil des infirmières et infirmiers, il apprécie de manière générale la qualité des actes infirmiers et fait des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres.⁵¹ Par ailleurs, le conseil multidisciplinaire, qui regroupe l'ensemble des autres professionnels, constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de

⁴⁷ Article 45 *CP*.

⁴⁸ Article 46 *CP*.

⁴⁹ Article 172 par. 1^o *LSSSS*.

⁵⁰ Article 214 al. 1 par. 1^o, 2^o et 6^o *LSSSS*. C'est le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, constitué conformément à l'article 102 *ROAE*, qui juge notamment de la qualité et de la pertinence des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés aux bénéficiaires (art. 103 *ROAE*). Pour sa part, le directeur des services professionnels s'assure que le CMDP contrôle adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés (art. 204. Par. 4^o *LSSSS*).

⁵¹ Article 220 par. 1^o et 2^o *LSSSS*. Le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires possède par ailleurs le pouvoir d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires et de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétences de ces personnes (art. 223 al. 2 par. 1^o et 2^o *LSSSS*).

l'ensemble de leurs membres.⁵² De plus, lorsque les conseils des sages-femmes seront institués, ils posséderont, conformément aux paragraphes 1^o et 2^o de l'article 225.3 LSSSS, un pouvoir de contrôle et d'appréciation de la qualité et de la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement ainsi qu'un pouvoir de faire des recommandations sur les règles de soins applicables à leurs membres.

Sous l'autorité du CMDP, c'est le chef de département clinique qui surveille la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département et qui élabore des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments.⁵³ Rappelons que le pouvoir de surveillance du chef de département clinique porte sur la compétence des professionnels, sur la qualité et la pertinence des services qu'ils dispensent ainsi que sur l'observance des normes de pratique. Le directeur des soins infirmiers possède des fonctions analogues en ce qui concerne les soins infirmiers : sous l'autorité du directeur général, il doit notamment surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés, s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers et s'assurer que le conseil des infirmières et infirmiers apprécie adéquatement les actes infirmiers.⁵⁴ Quant au responsable des services de sage-femme, qui agit également sous l'autorité du directeur général, il surveille et contrôle la qualité des actes posés par les sages-femmes et élabore des règles de soins que doit appliquer la sage-femme.⁵⁵

1.4.2.2. Dans le système professionnel

Le *Code des professions* exige qu'un comité d'inspection professionnelle soit institué au sein de chaque ordre et qu'un règlement de l'ordre détermine la composition, le nombre de membres et

⁵² Article 227 par. 1^o LSSSS.

⁵³ Article 190 par. 1^o et 2^o LSSSS. Les règles de soins qu'il élabore doivent ensuite faire l'objet d'une recommandation du CMDP (art. 214 al. 1 par. 6^o LSSSS) et être approuvées par le conseil d'administration avant d'entrer en vigueur (art. 192 al. 2 LSSSS).

⁵⁴ Article 207 al. 1 par. 1^o à 3^o LSSSS.

⁵⁵ Article 208.2 par. 1^o et 2^o LSSSS.

la procédure de ce comité.⁵⁶ L'une des fonctions du comité est de surveiller l'exercice de la profession par les membres de l'ordre en procédant notamment à la vérification de leurs dossiers, médicaments, registres, appareils et équipements;⁵⁷ il s'agit du programme de surveillance générale de l'exercice de la profession. Le comité a également pour fonction de faire des enquêtes particulières sur la compétence de certains membres.⁵⁸ À la suite d'une vérification ou d'une enquête particulière, le Bureau d'un ordre peut, sur recommandation du comité d'inspection professionnelle, obliger un membre de l'ordre à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et limiter ou suspendre le droit d'exercice de ce membre jusqu'à ce qu'il ait rencontré cette obligation.⁵⁹

La visite d'inspection professionnelle d'un ordre a pour objet d'évaluer la qualité de l'exercice de la profession par ses membres et notamment de s'assurer du respect des règles de soins applicables et des normes de tenue de dossiers. Tout professionnel et tout établissement doivent collaborer aux visites d'inspection professionnelle en donnant accès aux documents et aux renseignements dont les inspecteurs et les enquêteurs ont besoin respectivement dans le cadre de leur vérification ou de leur enquête particulière sur la compétence d'un membre. Cette obligation de collaborer aux enquêtes d'inspection professionnelle des ordres est prévue tant dans le *Code des professions*⁶⁰ que dans la *LSSSS*.⁶¹ Par ailleurs, la *Loi médicale*, la *Loi sur les dentistes* et la *Loi sur la pharmacie* prévoient la transmission par les Bureaux des ordres concernés, au CMDP de l'établissement auquel est rattaché un professionnel visé par une enquête, des

⁵⁶ Articles 90 et 109 *CP*. À titre d'exemples de règlements sur la procédure du comité d'inspection professionnelle, voir le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Avis d'approbation du 19 décembre 1996, (1997) G.O.2 809, le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Avis d'approbation du 18 juin 1998, (1998) G.O.2 3195 et ses modifications, le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*, Avis d'approbation du 18 septembre 1997, (1997) G.O.2 7117 et le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, Décret 827-93 du 9 juin 1993, (1993) G.O.2 4142.

⁵⁷ Article 112 al. 1 *CP*.

⁵⁸ Article 112 al. 2 *CP*.

⁵⁹ Articles 55 al. 1 et 2 et 113 *CP*. Ce cadre juridique est complété par les règlements des ordres adoptés conformément au paragraphe j) de l'art. 94 *CP*; voir, à titre d'exemples, le *Règlement sur les stages de perfectionnement des ergothérapeutes*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 86, le *Règlement sur les stages de perfectionnement des orthophonistes et audiologistes*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 131, le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des pharmaciens du Québec*, Avis d'approbation du 2 novembre 1994, (1994) G.O.2 6634 et le *Règlement sur les stages de perfectionnement des technologistes en radiologie*, R.R.Q., 1981, c. T-5, r. 10 et ses modifications.

⁶⁰ Articles 114 et 192 *CP*.

⁶¹ Article 77 *LSSSS*; voir également l'art. 62 *ROAE*.

informations obtenues par leur comité d'inspection professionnelle, s'ils les croient utiles à l'exercice des fonctions de ce conseil.⁶²

De plus, la *Loi médicale*, la *Loi sur les dentistes* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* obligent les Bureaux des ordres concernés à donner respectivement leur avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins médicaux, dentaires et infirmiers fournis dans les centres exploités par les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins. Dans l'exercice de ces fonctions, les Bureaux du Collège des médecins et de l'Ordre des dentistes peuvent faire effectuer une enquête par un comité d'enquête et, le cas échéant, transmettre au CMDP les informations obtenues par ce comité.⁶³

1.4.3. Les mécanismes disciplinaires

1.4.3.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

La LSSSS prévoit un système de gestion des plaintes des usagers.⁶⁴ La première étape du processus consiste en un examen de la plainte par l'établissement : la procédure d'examen permet à l'utilisateur de porter plainte sur les services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir de l'établissement. Le responsable de l'application de cette procédure, désigné par le directeur général, doit examiner la plainte dans les 45 jours de sa réception et informer l'utilisateur de ses conclusions motivées et du recours que ce dernier peut exercer auprès de la régie régionale (ce qui constitue la deuxième étape, la troisième étant celle de l'examen par le Commissaire aux plaintes).⁶⁵ Cependant, lorsque la plainte porte sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique, le responsable doit la transmettre au CMDP ou, le cas échéant, au médecin désigné à cette fin par le conseil d'administration.⁶⁶

⁶² *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 18.1; *Loi sur les dentistes*, L.R.Q., c. D-3, art. 18.1; *Loi sur la pharmacie*, L.R.Q. c. P-10, art. 8.1.

⁶³ *Loi médicale*, précité, art. 15 par. a), 16 et 18.1; *Loi sur les dentistes*, précité, art. 15 par. a), 16 et 18.1; *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 11 al. 1, par. a) et al. 2.

⁶⁴ Articles 29 à 76 LSSSS. Ce système pourrait bientôt être révisé substantiellement par le Projet de loi n° 27, intitulé *Loi sur le Protecteur des usages en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 15 mai 2001.

⁶⁵ Article 35 LSSSS. La procédure d'examen par la régie régionale est prévue aux art. 42 à 53.1 LSSSS. Si la solution suggérée par la régie régionale n'est pas satisfaisante pour l'utilisateur, ce dernier peut, en dernier ressort, demander l'examen de sa plainte par le Commissaire aux plaintes (art. 55 à 65.1 LSSSS) dont les décisions ont surtout une portée politique auprès des établissements ou des régies régionales.

⁶⁶ Article 38 al. 1 et 2 LSSSS.

Chapitre 4

1.4.3.1.1. Les médecins, dentistes et pharmaciens

Alors que le mécanisme d'examen des plaintes des usagers peut être considéré comme un processus interne de médiation, la plainte formulée contre un médecin, un dentiste ou un pharmacien revêt un caractère disciplinaire et reçoit un traitement qui ressemble au processus disciplinaire prévu par le système professionnel. Le CMDP donne son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer.

Dans l'affaire *Gomez c. Michaud*,⁶⁷ le Tribunal a procédé à une analyse historique des dispositions pertinentes de la *LSSSS* et constate que la réforme de cette loi en 1991 a restreint le rôle du CMDP à l'égard de la discipline.⁶⁸ En effet, avant cette réforme, la loi reconnaissait au CMDP une compétence d'attribution générale quant aux motifs de reproches pour lesquels il pouvait traduire un médecin, un dentiste ou un pharmacien devant un comité de discipline. Or, l'article 249 *LSSSS*, contrairement à l'article 250 de cette loi (concernant les mesures disciplinaires à l'égard d'un pharmacien), n'exige pas que le CMDP soit consulté sur l'opportunité de prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste. Selon le tribunal, l'avis du CMDP sur les mesures disciplinaires, prévu au paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 214 *LSSSS*, doit donc se donner après que le conseil d'administration a décidé de sévir contre le médecin dont il a examiné la conduite et ne porter que sur la sanction que le conseil d'administration devrait imposer au médecin.⁶⁹

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises par le conseil d'administration vont de la réprimande jusqu'à la révocation du statut et des privilèges ou au congédiement.⁷⁰ Le professionnel qui fait l'objet d'une mesure disciplinaire peut en appeler de la décision auprès du Tribunal administratif du Québec.⁷¹

⁶⁷ *Gomez c. Michaud*, [2000] R.J.Q. 834, AZ-50070684, J.E. 2000-698.

⁶⁸ Id., p. 839. Le Juge Rioux cite à ce propos l'article de Denis NADEAU, *Chronique de législation. Réforme de la santé et des services sociaux au Québec : jalon d'un resserrement du contrôle de l'activité professionnelle des médecins et des dentistes au sein des établissements*, (1991) 22 R.G.D. 837, pp. 856 et 857.

⁶⁹ *Gomez c. Michaud*, précité, note 67, p. 840. Selon le tribunal, il faut en conclure que la réforme de 1991 a rendu inopérant l'art. 107 *ROAE*, qui permettait au comité de discipline ad hoc (formé par le comité exécutif du CMDP) d'étudier la plainte.

⁷⁰ Articles 249 (médecins et dentistes) et 250 (pharmaciens) *LSSSS*. Au sujet des critères de choix de la sanction, voir *Monfette c. Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme*, [1994] R.J.Q. 817. De plus, l'art. 251 *LSSSS* permet à certaines personnes désignées de suspendre immédiatement les privilèges d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien en cas d'urgence.

⁷¹ Articles 252 et 253 *LSSSS*.

Chapitre 4

Par ailleurs, le directeur général doit communiquer à l'ordre professionnel concerné un exemplaire de la décision du conseil d'administration imposant au professionnel des mesures disciplinaires.⁷² Le recours disciplinaire fondé sur la *LSSSS* est toutefois autonome et indépendant des procédures disciplinaires qui peuvent être prises en vertu des lois professionnelles.⁷³

1.4.3.1.2. Les sages-femmes

Le conseil d'administration de l'établissement peut prendre à l'égard d'une sage-femme des mesures disciplinaires qui vont de la réprimande et de la modification des conditions de son contrat de services jusqu'à la résiliation de ce contrat.⁷⁴ Ces mesures doivent être fondées uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence, la négligence, l'inconduite, l'inobservation des règlements de l'établissement ou le non-respect des obligations prévues à son contrat.⁷⁵ Le directeur général doit transmettre à l'Ordre des sages-femmes une copie de chaque décision disciplinaire.⁷⁶

À l'instar des médecins, dentistes et pharmaciens, le droit d'exercice d'une sage-femme peut être suspendu en cas d'urgence et elle peut contester toute décision rendue à son sujet devant le Tribunal administratif du Québec.⁷⁷

1.4.3.1.3. Les autres professionnels

À l'égard des autres professionnels, employés de l'établissement, la plainte peut donner lieu à une évaluation par le chef de service concerné et les sanctions, s'il y a lieu, sont imposées conformément aux conventions collectives.

⁷² Articles 249 al. 5 et 250 al. 3 *LSSSS*.

⁷³ *Martin c. Monfette*, J.E. 95-611 (C.A.).

⁷⁴ Article 259.6 al. 1 *LSSSS*; à noter cependant que, sur le plan administratif, de tels contrats de services n'ont pas encore été conclus.

⁷⁵ Article 259.6 al. 2 *LSSSS*.

⁷⁶ Article 259.6 al. 4 *LSSSS*.

⁷⁷ Articles 259.7 et 259.8 *LSSSS*.

Chapitre 4

1.4.3.1.4. *Le signalement aux ordres des plaintes et des mesures disciplinaires*

Dans tous les cas, si le conseil d'administration juge que la gravité de la plainte le justifie, il doit la transmettre à l'ordre professionnel concerné.⁷⁸

Lorsque le conseil d'administration prend, à la suite d'une plainte d'un usager, des mesures disciplinaires à l'égard d'un professionnel, qu'il soit médecin, dentiste, pharmacien, sage-femme ou employé membre d'un ordre professionnel, il doit en aviser par écrit l'ordre professionnel concerné.⁷⁹

1.4.3.1.5. *La transmission d'informations au CMDP par les ordres*

La *Loi médicale*, la *Loi sur les dentistes* et la *Loi sur la pharmacie* prévoient la transmission au CMDP par les Bureaux des ordres concernés des informations concernant un professionnel visé par une enquête et qui sont obtenues par un comité d'enquête, le comité d'inspection professionnelle, le syndic ou les syndics adjoints, lorsque ces Bureaux croient que ces informations peuvent être utiles à l'exercice des fonctions du CMDP.⁸⁰

1.4.3.2. *Dans le système professionnel*

Un mécanisme important du système professionnel pour la protection du public est le mécanisme disciplinaire. Il est, en règle générale, initié au moyen d'une information transmise au syndic d'un ordre professionnel, selon laquelle un professionnel, membre de cet ordre, aurait commis une infraction à une disposition du *Code des professions*, de la loi constitutive de cet ordre (s'il s'agit d'une profession d'exercice exclusif) ou d'un règlement adopté conformément à l'une ou l'autre de ces lois.⁸¹ Cette information au syndic peut provenir de diverses sources. Il peut s'agir, par exemple, du client d'un professionnel qui demande la tenue d'une enquête ou d'une lettre émanant d'un collègue du professionnel visé. L'information peut également provenir du comité d'inspection professionnelle, lorsque celui-ci a des motifs raisonnables de croire

⁷⁸ Article 41 al. 1 *LSSSS*.

⁷⁹ Article 41 al. 2 *LSSSS*.

⁸⁰ Supra, note 62.

⁸¹ Article 122 al. 1 *CP*. Le règlement le plus souvent en cause est le code de déontologie.

Chapitre 4

qu'un professionnel a commis une infraction.⁸² Le syndic peut, par ailleurs, en avoir pris connaissance par lui-même, notamment s'il a constaté l'infraction; il peut alors décider de déposer une plainte en regard de cette infraction, sans tenir d'enquête au préalable.⁸³

Lorsque le syndic décide de faire enquête, à la suite de l'information obtenue, il doit informer la personne qui a demandé la tenue de l'enquête de sa décision de porter ou non une plainte devant le comité de discipline de l'ordre.⁸⁴ S'il décide de ne pas porter plainte, il doit aviser cette personne de la possibilité de demander l'avis du comité de révision.⁸⁵ Celui-ci est un comité consultatif, constitué au sein de chaque ordre, qui a pour fonction de donner un avis relativement à la décision du syndic de ne pas porter plainte.⁸⁶ Dans cet avis, le comité peut maintenir la décision du syndic et conclure qu'il n'y a pas lieu de porter plainte. Il peut aussi suggérer à ce dernier de compléter son enquête ou de référer le dossier au comité d'inspection professionnelle. Il peut enfin conclure qu'il y a lieu de porter plainte devant le comité de discipline.⁸⁷ Dans ce dernier cas, le comité suggère le nom d'une personne qui pourrait agir à titre de syndic pour déposer cette plainte.

Le dépôt d'une plainte par le syndic au comité de discipline de l'ordre peut donc avoir lieu au terme de l'enquête qu'il a tenue ou à la suite de l'avis donné par le comité de révision; la plainte peut également être déposée à l'initiative du syndic ou à la demande du Bureau.⁸⁸ Une plainte peut par ailleurs être portée par toute autre personne devant le comité de discipline.⁸⁹

Au moment où il dépose la plainte ou postérieurement,⁹⁰ le syndic peut requérir la radiation immédiate et provisoire du professionnel, si la protection du public l'exige.

Le comité de discipline d'un ordre professionnel n'a juridiction pour décider d'une plainte que si l'infraction a été commise par un membre de l'ordre ou par une personne qui était membre de

⁸² Article 112 al. 5 *CP*.

⁸³ *Delisle c. Corporation professionnelle des arpenteurs-géomètres*, [1991] DDCP 190 (TP).

⁸⁴ Article 123 al. 1 *CP*.

⁸⁵ Article 123 al. 2 *CP*.

⁸⁶ Article 123.3 al. 1 et 2 *CP*.

⁸⁷ Article 123.5 *CP*.

⁸⁸ Article 128 al. 1 *CP*.

⁸⁹ Article 128 al. 2 *CP*.

⁹⁰ Articles 130, 133 et 145 *CP*.

Chapitre 4

l'ordre au moment où l'infraction reprochée a été commise.⁹¹ Par ailleurs, même si, en règle générale, le comité de discipline ne se prononce que sur les actes professionnels posés dans l'exercice de sa profession par le professionnel en cause, il peut également décider si un acte posé par ce dernier en dehors de l'exercice de sa profession porte atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession.⁹²

Les sanctions qu'un comité de discipline peut imposer à un professionnel trouvé coupable d'une ou de plusieurs infractions disciplinaires sont énumérées à l'article 156 du *Code des professions*. Elles vont de la réprimande jusqu'à la radiation permanente du tableau de l'ordre et la révocation du permis.⁹³ De plus, le comité de discipline peut, lorsque la compétence du professionnel est en cause, recommander au Bureau de l'ordre d'obliger le professionnel à faire un stage ou à suivre un cours de perfectionnement ou les deux et de limiter ou de suspendre son droit d'exercice pendant la durée de ce stage ou de ce cours.⁹⁴

Le législateur a par ailleurs prévu que le fait pour un professionnel d'avoir des relations sexuelles avec un client ou de poser à son endroit des gestes abusifs à caractère sexuel ou de lui tenir des propos abusifs à caractère sexuel pendant la durée de la relation professionnelle constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession⁹⁵ et que, dans ce cas, le comité de discipline doit imposer au moins la radiation temporaire et une amende au professionnel déclaré coupable.⁹⁶ Le comité peut recommander au Bureau de l'ordre que cette amende soit remise par l'ordre, en tout ou en partie, à la victime pour défrayer le coût des soins thérapeutiques reliés à cet acte dérogatoire.⁹⁷ La décision du comité de discipline peut en outre comporter une recommandation au professionnel de se soumettre à un programme de réintégration.⁹⁸

⁹¹ Article 116 al. 2 et 3 *CP*.

⁹² Articles 59.2 et 152 al. 2 par. 1? *CP*; voir également *Corporation professionnelle des psychologues c. Da Costa*, [1993] DDCP 266 (TP).

⁹³ Ces sanctions sont exécutoires à l'expiration des délais d'appel au Tribunal des professions, à moins que le comité n'en ordonne l'exécution provisoire (art. 158 al. 1 *CP*). Toutefois, une décision imposant une sanction permanente (radiation permanente, révocation de permis ou de certificat de spécialiste, limitation ou suspension permanente du droit d'exercice) est exécutoire dès sa signification à l'intimé (art. 158 al. 2 *CP*).

⁹⁴ Article 160 al. 1 *CP*.

⁹⁵ Article 59.1 *CP*.

⁹⁶ Article 156 al. 2 *CP*. Voir à ce sujet *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Labelle*, [2000] DDOP, 92 (C.D.).

⁹⁷ Article 158.1 al. 2 par. 2? *CP*.

⁹⁸ Article 160 al. 2 *CP*.

Les sanctions affectant de façon permanente le droit d'exercer doivent être publiées dans un journal circulant dans le lieu où le professionnel visé avait son domicile professionnel.⁹⁹ Quant aux sanctions affectant de façon temporaire le droit d'exercice d'un professionnel, elles sont publiées si le comité de discipline l'ordonne.¹⁰⁰

Il y a appel de plein droit au Tribunal des professions d'une décision d'un comité de discipline ordonnant une radiation provisoire, accueillant ou rejetant une plainte, imposant une sanction ou ordonnant la publication d'un avis ou le paiement des frais de publication d'un tel avis; toute autre décision peut faire l'objet d'un appel sur permission du Tribunal.¹⁰¹ Le Tribunal peut confirmer, modifier ou infirmer toute décision qui lui est soumise et rendre la décision qui, à son jugement, aurait dû être rendue en premier lieu.¹⁰²

1.4.4. La formation continue

1.4.4.1. Dans le système de la santé et des services sociaux

L'importance accordée à la formation continue dans la LSSSS est évidente et ce, à tous les niveaux de l'organisation de l'établissement. Le CMDP, le conseil des infirmières et infirmiers, le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires, le conseil des sages-femmes et le conseil multidisciplinaire se voient attribuer des fonctions relatives au maintien de la compétence de leurs membres et à l'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle.¹⁰³ L'article 98 du ROAE prévoit, plus spécifiquement, que le comité exécutif du CMDP doit veiller à la participation des médecins, des dentistes et des pharmaciens exerçant dans l'établissement à un programme d'éducation continue.

Par ailleurs, le conseil d'administration doit s'assurer du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.¹⁰⁴ Un plan d'action pour le développement du personnel doit être préparé dans chaque établissement, avec la participation des employés et, le cas échéant, des syndicats; ce plan qui doit être mis à jour annuellement contient, entre autres, des

⁹⁹ Article 180 al. 2 CP.

¹⁰⁰ Article 156 al. 5 CP; l'ordonnance de publication est exécutoire à l'expiration des délais d'appel ou dès la signification de la décision finale du Tribunal des professions imposant l'une ou l'autre de ces sanctions (art. 158 al. 3 CP).

¹⁰¹ Article 164 al. 1 CP.

¹⁰² Article 175 al. 1 CP.

¹⁰³ Articles 214 al. 1 par. 2?, 221 par. 2?, 223 al. 1 par. 2?, 225.4 par. 2? et 227 al. 1 par. 1? LSSSS.

¹⁰⁴ Article 172 par. 4? LSSSS.

mesures relatives au maintien de la compétence des employés et à leur perfectionnement.¹⁰⁵ Un plan régional de développement est également élaboré par chaque région régionale : celle-ci coordonne les activités de perfectionnement du personnel, assiste les établissements dans l'élaboration de leur plan d'action pour le développement de leur personnel et identifie les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant le perfectionnement de leur personnel.¹⁰⁶

1.4.4.2. Dans le système professionnel

La formation des professionnels est l'un des piliers autour duquel s'articule le système professionnel et elle constitue un élément crucial pour la protection du public, non seulement pour devenir membre d'un ordre professionnel mais également pour conserver son droit de pratique.

Les Bureaux des ordres professionnels ont pour fonction d'organiser des cours et des stages de formation continue pour les membres de l'ordre.¹⁰⁷ De plus, depuis le 12 juillet 2000, le législateur a conféré aux ordres la possibilité de déterminer, par règlement, des activités de formation continue obligatoires pour leurs membres ou une classe d'entre eux.¹⁰⁸ Le *Code des professions* prévoit que ce règlement devra contenir notamment les modes de contrôle de supervision ou d'évaluation des activités ainsi que les sanctions qui seront imposées à tout membre faisant défaut de les suivre.¹⁰⁹

La plupart des codes de déontologie contiennent également une obligation faite aux professionnels de mettre à jour leurs connaissances;¹¹⁰ le défaut de mise à jour des connaissances pourrait faire l'objet de sanctions disciplinaires. Ces codes prévoient également que les professionnels doivent, dans la mesure de leurs possibilités, aider au développement de leur profession

¹⁰⁵ Article 231 *LSSSS*.

¹⁰⁶ Article 376 *LSSSS*.

¹⁰⁷ Article 86 al. 1 par j) *CP*.

¹⁰⁸ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*, L.Q., 2000, c. 13, a. 20 (ajoutant le par. o) à l'art. 94 *CP*).

¹⁰⁹ Articles 86 al. 1 par. u) et 94 par. o) *CP*.

¹¹⁰ À titre d'exemples, voir le *Code de déontologie des diététistes*, Décret 48-94 du 10 janvier 1994, (1994) G.O.2, 809, tel que modifié, art. 1 part. 1^o, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 111, tel que modifié, art. 3.01.04, le *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, Décret 451-99 du 21 avril 1999, (1999) G.O.2 1640, tel que modifié, art. 4, le *Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4, tel que modifié, art. 2.03.15, le *Code de déontologie des orthophonistes et audiologistes*, Décret 577-96 du 15 mai 1996, (1996) G.O.2 3317, art. 6, le *Code de déontologie des technologues en radiologie*, Décret 789-98 du 10 juin 1998, (1998) G.O.2, 3185, art. 1 et le *Code de déontologie des technologues médicaux*, Décret 1014-98 du 5 août 1998, (1998) G.O.2, 4896, art. 3.

Chapitre 4

par l'échange de leurs connaissances et de leur expérience avec leurs confrères et les étudiants et par leur participation aux cours et aux stages de formation continue.¹¹¹

Par ailleurs, les Bureaux des ordres professionnels peuvent obliger certains membres à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement, ou les deux à la fois, lorsque le comité d'inspection professionnelle ou le comité de discipline a formulé une recommandation à cet effet, ou dans les cas où le membre n'a pas été inscrit au tableau ou a été éloigné de la pratique pendant une certaine période (variant de 2 à 5 ans selon les ordres) à la suite de l'obtention de son diplôme ou de son permis ou d'une démission ou d'une radiation.¹¹² Ainsi, un professionnel dont le niveau de compétence est jugé insuffisant par ses pairs ne pourra continuer à exercer sa profession sans avoir à se perfectionner. D'ailleurs, les membres à qui le Bureau impose de tels cours ou stages de perfectionnement voient souvent leur droit d'exercice limité ou suspendu pendant leur perfectionnement.¹¹³

¹¹¹ À titre d'exemples, voir le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, précité, note 110, art. 4.03.01, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, C. I-8, r. 4, tel que modifié, art. 4.03.01, le *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, précité, note 110, art. 43 et le *Code de déontologie des médecins*, précité, note 110, art. 2.04.15.

¹¹² Articles 55, 113 et 160 *CP* et les règlements adoptés par les ordres en vertu du par. j) de l'art. 94 *CP* : à titre d'exemples de ces règlements, voir le *Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux infirmières et infirmiers*, Décret 1424-92 du 23 septembre 1992, (1992) G.O.2, 6167, le *Règlement sur les stages de perfectionnement des infirmières et infirmiers auxiliaires*, R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 120, modifié par le Décret 191-85 du 30 janvier 1985, (1985) G.O.2, 1407 et le *Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*, Décret 548-92 du 8 avril 1992, (1992) G.O.2 3090.

¹¹³ Article 55 al. 2 *CP*.

2. Le cadre juridique de l'autorisation d'actes¹¹⁴

En 1973, lorsque le législateur a conçu le système professionnel, il a accordé à plusieurs ordres un champ d'exercice exclusif. Toutefois, afin d'éviter le cloisonnement professionnel que cette exclusivité risquait de créer, de ne pas affecter l'accessibilité aux services de santé et de tenir compte de la réalité de certains milieux dans lesquels le partage d'actes existait déjà ou s'avérerait essentiel, il a prévu dans les lois constitutives de huit professions liées au domaine de la santé¹¹⁵ une obligation faite aux ordres régissant ces professions de déterminer par règlement les actes qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être posés par des personnes autres que leurs membres. Le règlement d'autorisation d'actes était donc conçu comme un correctif nécessaire au système, une façon de permettre la collaboration interprofessionnelle sans affecter la protection du public étant donné les mesures de contrôle associées à l'autorisation. Malheureusement, les objectifs poursuivis par ce mécanisme n'ont pu être atteints en pratique.

Les règlements d'autorisation d'actes les plus importants, tant par le nombre de professionnels qu'ils visent que par leur application en établissement, sont ceux adoptés en vertu de la *Loi médicale*¹¹⁶ et de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*¹¹⁷ : ces deux règlements constituent les documents de base à partir desquels sera faite notre analyse.

En règle générale, les actes professionnels autorisés par un ordre, dans son règlement d'autorisation d'actes, doivent être des actes visés dans le champ d'exercice exclusif de sa profession. Toutefois, en raison des négociations et des compromis dont il a fait l'objet, le règlement du Collège des médecins autorise certains actes qui ne sont pas exclusivement des actes médicaux et qui étaient pratiqués par le personnel infirmier préalablement à l'adoption de ce règlement.¹¹⁸

¹¹⁴ L'autorisation d'actes est souvent désignée par l'expression « délégation d'actes ».

¹¹⁵ Il s'agit des chimistes (*Loi sur les chimistes professionnels*, L.R.Q., c. C-15, art. 7), des dentistes (*Loi sur les dentistes*, L.R.Q., c. D-3, art. 19 par. a)), des infirmières et infirmiers (*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 12 par. a)), des médecins (*Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 19 par. b)), des médecins vétérinaires (*Loi sur les médecins vétérinaires*, L.R.Q., c. M-8, art. 6.1), des optométristes (*Loi sur l'optométrie*, L.R.Q., c. O-7, art. 10 par. a)), des pharmaciens (*Loi sur la pharmacie*, L.R.Q., c. P-10, art. 10 par. a)) et des podiatres (*Loi sur la podiatrie*, L.R.Q., c. P-12, art. 6 par. b)).

¹¹⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, R.R.Q., 1981, 871, (supp.) et ses modifications.

¹¹⁷ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1 et ses modifications.

¹¹⁸ Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1992, pp. 92-93.

Par ailleurs, bien que les règlements d'autorisation d'actes accordent divers pouvoirs aux établissements, afin de tenir compte de leurs conditions locales,¹¹⁹ ceux-ci ne peuvent pas autoriser d'autres personnes que celles bénéficiant de l'autorisation, ni ajouter des actes à ceux qui sont prévus au règlement.

La *Loi médicale* ne précise pas à quelles personnes devrait s'appliquer le règlement d'autorisation d'actes. À l'exception des actes autorisés aux orthoptistes,¹²⁰ seuls des professionnels ont été autorisés à poser les autres actes visés par le règlement, soit les infirmières et infirmiers,¹²¹ les infirmières et infirmiers auxiliaires,¹²² les inhalothérapeutes¹²³ et les technologues médicaux.¹²⁴ En outre, ce règlement contient des dispositions visant à protéger les droits acquis des personnes qui posaient déjà ces actes au 11 juin 1980, sans être membre de l'ordre concerné,¹²⁵ en leur permettant de continuer à le faire.

Par ailleurs, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* exige expressément que les infirmières et infirmiers auxiliaires soient visés par le règlement d'autorisation d'actes infirmiers.¹²⁶ Le règlement ajoute des autorisations aux puéricultrices ou gardes-bébés¹²⁷ ainsi qu'aux personnes qui, le 11 juillet 1980, exerçaient les activités d'infirmières auxiliaires.¹²⁸

2.1. Les conditions de l'autorisation

Chacun des actes autorisés est assorti de conditions permettant d'assurer la protection du public en contrôlant en quelque sorte la qualité des personnes autorisées, en maintenant, le cas échéant, une surveillance appropriée de l'exécution des actes et en déterminant dans quelles

¹¹⁹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 2.03 par. a) et 3.01 à 3.03; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.02 par. a), 3.01 et 3.02.

¹²⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 5.09 et Annexe D.

¹²¹ *Id.*, art. 5.01 et Annexe A.

¹²² *Id.*, art. 5.02 et Annexe A.

¹²³ *Id.*, art. 5.04 et Annexe C.

¹²⁴ *Id.*, art. 5.03 et Annexe B.

¹²⁵ *Id.*, art. 5.06, 5.07 et 5.08.

¹²⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 5.01 et Annexe A.

¹²⁷ *Id.*, art. 5.02 et Annexe B.

¹²⁸ *Id.*, art. 5.03 et Annexe A; il a été jugé dans *Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires c. Baril* (R.E.J.B. 1998-11219 (C.S.); R.E.J.B. 2000-21513 (C.A.)) que cette clause de droits acquis s'applique même aux infirmières et infirmiers auxiliaires qui étaient membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec le 11 juillet 1980 et qui ont cessé d'être membres de l'Ordre après cette date.

circonstances ceux-ci doivent être posés. Si l'une ou l'autre des conditions présentes n'est pas remplie, la personne autorisée qui les pose malgré tout se trouve en situation d'exercice illégal. L'établissement doit l'enjoindre à ne plus poser ces actes¹²⁹.

2.1.1. La formation

La personne doit posséder les connaissances et la préparation suffisante pour exécuter l'acte autorisé.¹³⁰ Il appartient à l'établissement ou au médecin traitant, si l'acte n'est pas posé dans un établissement, de s'assurer que les conditions de formation sont rencontrées.¹³¹

Dans certains cas, une formation particulière sera exigée. À titre d'exemple, le règlement des médecins prévoit que les infirmières premières assistantes en chirurgie doivent posséder un certain nombre d'années d'expérience dans un bloc opératoire, être titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université du Québec, d'un certificat en soins infirmiers périopératoires et d'une attestation de formation en réanimation cardiorespiratoire.¹³²

2.1.2. Le lieu d'exécution

Le principe, lorsqu'il y a autorisation d'actes, est que cet acte pourra être accompli à tout endroit. Certains actes devront cependant obligatoirement être exécutés dans un centre hospitalier.¹³³ Une infirmière devra, par exemple, obligatoirement être dans un centre hospitalier lorsqu'elle procède à un lavage vésical chez un greffé rénal, lorsqu'elle enlève un cathéter épidural ou lorsqu'elle irrigue un cathéter artériel avec une solution héparinée.¹³⁴

Dans le règlement des infirmières, il n'existe aucune contrainte de lieu. Une infirmière auxiliaire pourra donc poser l'acte autorisé à tout endroit dans la mesure où les autres conditions sont rencontrées.¹³⁵

¹²⁹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 4.03; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 4.03.

¹³⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 2.02 al. 2; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.01 al.2.

¹³¹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 4.01; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 4.01.

¹³² *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 s).

¹³³ *Id.*, art. 2.01.

¹³⁴ *Id.*, art. A-1.26, A-1.29 et A-1.38.

¹³⁵ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.01 al. 1.

2.1.3. La surveillance requise

Lors de la prestation d'actes autorisés, le médecin ou l'infirmière doit être en mesure d'assurer une certaine surveillance. Il existe trois types de surveillance pouvant être exercés : la surveillance immédiate, sur place ou à distance. Le degré de surveillance requis a été déterminé, dans chaque cas où cette condition est exigée, en fonction du risque de préjudice pouvant découler de l'acte médical ou infirmier en cause. L'objectif est de favoriser une intervention rapide du médecin ou de l'infirmière surveillants en cas de complication.

La surveillance immédiate exige la présence physique du médecin ou de l'infirmière auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte.¹³⁶ Ce sera le cas, par exemple lorsque l'infirmière enlèvera un tube endotrachéal¹³⁷ ou lorsque l'infirmière auxiliaire assurera le service interne en salle d'opération.¹³⁸

La surveillance sur place exige la disponibilité d'un médecin ou d'une infirmière dans le bâtiment ou l'unité de soins dans lequel est exécuté un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai si cela s'avère nécessaire.¹³⁹ Il devra y avoir surveillance du médecin sur place lorsqu'une infirmière administrera, par exemple, un vaccin antitétanique équin¹⁴⁰ et surveillance de l'infirmière sur place lorsqu'une infirmière auxiliaire donnera des soins infirmiers au nouveau-né dans un incubateur.¹⁴¹

La surveillance à distance consiste à s'assurer de la disponibilité d'un médecin ou d'une infirmière lors de l'exécution d'un acte afin de permettre l'intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable.¹⁴² Les délais ne sont cependant pas fixés dans les règlements. Une surveillance de l'infirmière par un médecin devra, entre autres, se faire à distance lorsqu'elle pro-

¹³⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 k); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 l).

¹³⁷ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. A-1.31.

¹³⁸ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, Annexe A, art. A-11.

¹³⁹ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 l); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 m).

¹⁴⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. A-1.06 g).

¹⁴¹ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, Annexe A, art. A-10.

¹⁴² *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 m); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 k).

cédera à l'installation d'un tube gastrique.¹⁴³ Aucun acte infirmier autorisé ne comporte l'exigence d'une surveillance à distance.

Il est important que le médecin ou l'infirmière disponible soit familier avec l'acte posé pour être en mesure d'intervenir. Ceux-ci pourront intervenir en tout temps pour contrôler l'acte autorisé.¹⁴⁴

2.1.4. Les conditions locales

Dans le cas où des actes autorisés sont posés en établissement, celui-ci peut déterminer des modalités d'exécution de ces actes qui doivent également être respectées. Par exemple, il peut décider que certains actes autorisés ne seront pas posés dans l'établissement, même si des personnes habilitées ont les compétences pour le faire.¹⁴⁵ Il peut également fixer des conditions locales.¹⁴⁶

Dans la détermination des actes et des conditions locales, l'établissement devra tenir compte d'un certain nombre de critères. Le règlement des infirmières prévoit que l'établissement devra, entre autres, considérer la protection du public, le plan d'organisation du service des soins infirmiers établi dans l'établissement en vertu de la LSSSS, la recommandation du directeur des soins infirmiers ou de l'infirmière ou de l'infirmier responsable des soins infirmiers, les ressources du milieu ainsi que la préparation et l'expérience des personnes habilitées.¹⁴⁷ Le règlement des médecins contient des critères similaires.¹⁴⁸ Les tribunaux ont, par exemple, reconnu le droit d'un hôpital de confier l'administration de traitements d'inhalothérapie à une infirmière plutôt qu'à un inhalothérapeute, en justifiant cette décision sur le fait qu'il peut légalement dispenser et organiser les soins et les services dans son établissement et agir pour des motifs d'ordre purement administratif ou budgétaire.¹⁴⁹

¹⁴³ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. A-1.11.

¹⁴⁴ J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, pp. 97-98; voir également le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 4.02 et le *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 4.02.

¹⁴⁵ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 2.03 a); *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 2.02 a).

¹⁴⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 3.01 à 3.03; *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 3.01 et 3.02.

¹⁴⁷ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 3.02.

¹⁴⁸ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 3.01 et 3.03.

¹⁴⁹ *Delisle c. Hôpital général LaSalle*, J.E. 89-449 (C.S.), appel rejeté, C.A.M. 500-09-000091-892 (J.E. 94-1226).

2.1.5. L'ordonnance médicale

Une majorité d'actes nécessitent une ordonnance médicale pour habilitier la personne autorisée à les poser.

L'ordonnance individuelle est celle qui est établie au cas par cas par un médecin pour répondre aux besoins particuliers de son patient. Dans le contexte de la pratique en établissement, ce type d'ordonnance peut souvent se révéler inefficace, voire constituer une contrainte susceptible d'affecter l'état de santé du patient, ou même de mettre sa vie en danger. Afin de régler cette problématique, le règlement prévoit que tout établissement peut permettre qu'un ou plusieurs des actes autorisés soient posés sous l'autorité d'une ordonnance permanente.¹⁵⁰

L'ordonnance permanente vise à permettre que soient posés certains actes ou à procéder systématiquement à certains examens ou traitements, sans attendre d'ordonnance médicale individuelle, chez les bénéficiaires de catégories déterminées par cette ordonnance.¹⁵¹ Par exemple, il pourra exister une ordonnance permanente relativement à la médication à administrer dans la phase postopératoire en cas de réactions adverses. Partant, l'ordonnance permanente semble davantage pertinente dans le cadre d'un protocole.

Les ordonnances permanentes sont établies par le CMDP.¹⁵² Elles doivent être approuvées par le Conseil d'administration de l'établissement qui emploie les personnes habilitées.¹⁵³

2.1.6. Le protocole d'exécution des actes médicaux et le procédé de soins infirmiers

L'autorisation d'un grand nombre d'actes médicaux nécessite l'adoption d'un protocole. Il en existe un qui est propre à chacun des actes auxquels cette condition s'applique et qui contient une description des procédures, méthodes ou limites qui doivent être respectées par quiconque

¹⁵⁰ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 3.02.

¹⁵¹ *Id.*, art. 1.01 h).

¹⁵² *Id.*

¹⁵³ *Id.*, art. 1.01 d).

accomplit un tel acte. En règle générale, un protocole est établi par le CMDP ou par le chef de département clinique qui doit le soumettre au CMDP.¹⁵⁴

L'équivalent du protocole en ce qui concerne l'exécution des actes infirmiers est le procédé de soins infirmiers. Ce procédé est une description des différentes procédures, méthodes et limites, propres au milieu, qui doivent être observées par une infirmière auxiliaire lorsqu'elle pose un acte infirmier autorisé. Les procédés de soins infirmiers sont établis, en général, par le directeur des soins infirmiers ou par l'infirmière responsable des soins infirmiers.¹⁵⁵ Ils peuvent porter, par exemple, sur l'administration de médicaments par voie orale, intramusculaire ou sous-cutanée, sur le lavage vésical ou sur le pansement aseptique.

Lorsque les actes sont posés hors établissement, dans un cabinet de médecin, les protocoles et les procédés de soins sont déterminés par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire, dans la mesure cependant où l'acte médical peut être posé hors d'un établissement.¹⁵⁶

2.2. Comparaison avec le mécanisme d'autorisation d'actes du paragraphe h) de l'article 94 du *Code des professions*

Il existe au *Code des professions* un autre mécanisme permettant d'autoriser des personnes autres que des membres d'un ordre à poser certains actes que ces derniers peuvent poser.

Le paragraphe h) de l'article 94 de ce code prévoit que le Bureau d'un ordre peut, par règlement, déterminer, parmi les actes professionnels que peuvent poser les membres de l'ordre, ceux qui peuvent être posés par les personnes ou les catégories de personnes que le règlement indique. Le règlement doit également indiquer les conditions et modalités suivant lesquelles les actes peuvent être posés. Toutefois, et bien que cela ne soit qu'un exemple d'application, le législateur indique que les personnes autorisées peuvent être celles effectuant un stage de formation professionnelle afin d'obtenir le permis de l'ordre.

¹⁵⁴ *Id.*, art. 1.01 j).

¹⁵⁵ *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 h).

¹⁵⁶ *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale*, précité, note 116, art. 1.01 j) et *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, précité, note 117, art. 1.01 h).

Chapitre 4

À l'instar des règlements d'autorisation d'actes des médecins et des infirmières, il s'agit d'un règlement qui est soumis à l'approbation du gouvernement.¹⁵⁷ Cependant, la procédure d'adoption de ces règlements est différente. La *Loi médicale* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* imposent un mécanisme de consultation préalable à l'adoption du règlement auprès de l'Office des professions, des ordres professionnels concernés et, le cas échéant, des organismes représentatifs des classes de personnes visées qui ne sont pas membre d'un ordre. Ce processus de consultation préalable n'existe pas à l'égard des règlements pris en application du paragraphe h) de l'article 94 du code. L'autre différence notable est l'obligation faite dans les lois particulières d'adopter un règlement d'autorisation d'actes alors que la disposition habilitante du code est facultative.

À titre d'exemples, les infirmières ont utilisé le mécanisme d'autorisation d'actes prévu au code à l'égard des candidates à l'exercice de la profession¹⁵⁸ et des externes en soins infirmiers.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Article 95 CP.

¹⁵⁸ *Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*, (1997) 28 G.O. II, 4571.

¹⁵⁹ *Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par une externe en soins infirmiers*, (2000) 17 G.O. II, 2677.

3. La responsabilité professionnelle

La responsabilité dont il est question dans le présent chapitre est la responsabilité professionnelle, qu'il importe de distinguer de la responsabilité déontologique. Celle-ci est la responsabilité découlant d'un manquement d'un professionnel à une obligation prévue dans son code de déontologie. Cette faute déontologique est susceptible d'entraîner une plainte du syndic de l'ordre dont le professionnel est membre au comité de discipline de cet ordre. Ce comité peut réprimander le professionnel fautif, lui imposer une amende, le radier du tableau de l'ordre ou révoquer son permis mais il ne peut accorder une indemnisation monétaire à la victime d'un manquement déontologique. Une faute déontologique ne constitue pas nécessairement une faute susceptible d'engager la responsabilité professionnelle et vice versa, même si, dans certains cas, un geste ou une omission peut constituer à la fois une faute déontologique et une faute professionnelle.

La responsabilité professionnelle ressort des principes de la responsabilité civile ordinaire. Un professionnel ou un établissement peut être tenu responsable selon les règles générales de la responsabilité civile de la même façon que toute autre personne soumise aux dispositions du *Code civil*. La responsabilité civile est l'obligation pour toute personne de réparer le dommage causé à autrui en raison d'un manquement à une obligation préexistante. La nature de la responsabilité civile peut être contractuelle¹⁶⁰ ou extracontractuelle.¹⁶¹

Dans le cas de la responsabilité contractuelle, un débiteur (i.e. la personne qui doit exécuter une obligation conformément au contrat) ne remplit pas son obligation ou ne le fait que partiellement, entraînant ainsi un préjudice au créancier (i.e. celui à qui est due l'exécution de l'obligation). Le lien de cause à effet entre l'inexécution de l'obligation et le dommage oblige alors le débiteur à indemniser le créancier pour ce préjudice. Par exemple, lorsqu'un chirurgien esthétique manque à son obligation d'assurer un suivi médical adéquat après l'intervention chirurgicale, le patient, victime d'un dommage causé par cette négligence, prend un recours en responsabilité sur la base contractuelle étant donné l'existence du contrat de soins médicaux entre lui et le médecin.

¹⁶⁰ Article 1458 C.c.Q.

¹⁶¹ Article 1457 C.c.Q.

Il importe cependant de mentionner que la Cour d'appel du Québec, dans l'arrêt *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*¹⁶² a statué qu'il n'existe pas de contrat hospitalier entre le patient et l'hôpital. Confirmant la thèse des auteurs Molinari, Baudouin et Lajoie,¹⁶³ la Cour constate que le droit aux services de santé prend sa source dans la loi,¹⁶⁴ indépendamment de la volonté des hôpitaux ou des médecins, et conclut, par conséquent, que les relations patient/hôpital/médecin échappent au domaine contractuel et sont plutôt régies par un régime légal, extracontractuel.

Dans le cas de la responsabilité extracontractuelle, la personne qui doit exécuter une obligation selon la loi manque, par ses gestes fautifs ou ses omissions, à son obligation générale de ne pas nuire à une autre personne. Elle doit donc réparer le dommage causé à celle-ci par ses actes fautifs ou ses omissions. Par exemple, le médecin de garde à l'urgence sera tenu responsable de toute faute à l'égard d'un patient qu'il y traitera.

Il peut arriver qu'un acte fautif puisse être considéré à la fois comme une faute contractuelle et une faute extracontractuelle. Par exemple, il est possible qu'un patient victime d'un dommage lors d'une opération chirurgicale puisse avoir un recours pour manquement à une obligation découlant du contrat de soins convenu avec son médecin et que ce dernier ait en outre manqué à son obligation générale de bien se conduire (ex. : en opérant sous l'effet de l'alcool ou d'autres substances). La victime, lorsqu'il existe une relation contractuelle entre elle et le médecin, doit baser son recours en dommages-intérêts sur la faute contractuelle.¹⁶⁵

3.1. Les conditions de la responsabilité

Comme nous l'avons exposé précédemment, les conditions de la responsabilité sont la faute (ou l'inexécution d'une obligation), le préjudice et le lien de causalité entre la faute et le préjudice. Nous verrons maintenant, à la lumière de la jurisprudence, des illustrations de leur application dans le domaine de la responsabilité médicale et hospitalière.

¹⁶² *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, [2001] R.J.Q. 832.

¹⁶³ André LAJOIE, Patrick A. MOLINARI et Jean-Louis BAUDOUIN, *Le droit aux services de santé : légal ou contractuel*, (1983) 43 R. du B., pp. 675 à 731.

¹⁶⁴ Articles 5, 6 et 13 LSSSS.

¹⁶⁵ Article 1458 C.c.Q.

3.1.1. La faute

En règle générale, les professionnels sont tenus à une obligation de moyens dans l'exercice de leurs fonctions.¹⁶⁶ Ils s'acquittent de cette obligation en prenant les moyens qu'un professionnel raisonnablement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances, utiliserait pour parvenir au but ultime qu'est la guérison d'une maladie ou le traitement efficace d'une affection. La faute qui peut alors leur être reproché est celle de ne pas avoir pris les moyens qu'un autre professionnel aurait pris s'il avait agi à sa place. Cette faute peut prendre plusieurs formes selon les circonstances : il peut s'agir d'un refus ou d'une omission d'agir, d'un acte posé tardivement ou de façon incomplète ou d'un acte non conforme aux normes scientifiquement reconnues par la profession concernée.

Il est important de faire la distinction entre la faute et l'erreur. Seule la personne qui a commis une faute peut être trouvée responsable. L'erreur se produit malgré le fait que la personne a agi de façon prudente et a pris tous les moyens mis à sa disposition pour éviter la conséquence. Ainsi, on ne peut reprocher à un médecin, pratiquant une intervention pour les varices, d'avoir sectionné par erreur la veine fémorale, lorsqu'il a utilisé tous les moyens raisonnables mis à sa disposition et que ceux-ci sont ceux qu'un médecin prudent et diligent aurait utilisés.¹⁶⁷ Dans ce cas, le médecin est donc exonéré car il n'a commis aucune faute. Par ailleurs, lors d'une chirurgie, si le médecin procède à l'aveuglette et ne prend pas le temps de reconnaître les structures avant de couper, il fait preuve de négligence car il n'opère pas selon les normes généralement reconnues de la pratique médicale.¹⁶⁸ Le comportement de ce médecin s'écarte alors grandement de celui d'un médecin prudent et diligent et il est considéré comme fautif.

D'autre part, les tribunaux prennent en considération, lors de l'évaluation de la faute, le critère de la prévisibilité de l'événement. Il n'est pas exigé du personnel médical qu'il prévoit toutes les conséquences qui pourraient survenir mais seulement celles normalement prévisibles. Un pro-

¹⁶⁶ *Hôpital général de la région de l'Amiante Inc. c. Perron*, [1979] C.A. 567; *Cloutier c. Hôpital Le Centre hospitalier de l'Université Laval (C.H.U.L.)*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.); *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.); *Claveau c. Guimond*, J.E. 98-1143 (C.S.); *Ostiguy c. Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal*, J.E. 99-11 (C.S.). Toutefois, il a été décidé, dans *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, que le décompte des compresses par le personnel infirmier est une obligation de résultat et dans *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, [1999] R.R.A. 197, que l'obligation de sécurité en était également une de résultat.

¹⁶⁷ *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q. 1607 (C.A.). Voir également *Lapointe c. Hôpital Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351.

¹⁶⁸ *Gauthier c. Boucher*, J.E. 98-2407.

fessionnel pourra nier sa responsabilité en prouvant que la conséquence était imprévisible dans les circonstances.

Il est à noter qu'en principe, la victime doit prouver la faute. Toutefois, devant la difficulté des victimes à faire cette preuve, les tribunaux ont accepté une preuve par présomption de fait.¹⁶⁹ L'objectif de cette preuve est d'amener le tribunal à conclure que les dommages subis n'auraient pas pu survenir en l'absence de faute.¹⁷⁰ Par exemple, à la suite d'une opération pour une hernie inguinale, le patient souffrait de vives douleurs et d'impuissance et on a présumé que la cause la plus probable de l'atrophie testiculaire devait être une suture trop serrée du canal inguinal.¹⁷¹

3.1.2. Le préjudice

Si une faute est commise et qu'aucun dommage n'est causé, il n'y a pas de responsabilité civile, étant donné que celle-ci ne vise qu'à indemniser la victime pour le préjudice subi. La victime doit donc prouver ce préjudice.

Le droit de réclamer des dommages-intérêts au responsable n'est pas limité à la victime, mais peut s'étendre notamment aux dépendants de celle-ci, qui peuvent encourir un dommage personnel découlant du préjudice subi. Il peut s'agir de la perte du soutien matériel et moral, de la contribution que ne peut plus apporter une victime gravement malade, handicapée ou décédée.¹⁷²

Le préjudice doit, pour être indemnisable, rencontrer certaines conditions. Ainsi, le dommage réclamé par la victime doit être une conséquence directe de la faute.¹⁷³ C'est donc dire que si le patient ne minimise pas les dommages résultant de la faute du professionnel, ce dernier pourrait ne pas être tenu responsable de l'aggravation du préjudice.¹⁷⁴ D'autre part, tout dommage, présent ou futur doit être indemnisé, du moment qu'il est certain.¹⁷⁵ Les tribunaux n'exigent pas

¹⁶⁹ Article 2849 C.c.Q. Il y a alors un déplacement du fardeau de preuve obligeant le professionnel à démontrer qu'il n'a commis aucune faute.

¹⁷⁰ *Martel c. Hôtel-Dieu de St-Vallier*, [1969], R.C.S. 745,749.

¹⁷¹ *Bolduc c. Lessard*, [1993] R.R.A. 291 (C.A.).

¹⁷² *Centre hospitalier St-Vincent de Paul c. Côté*, [1981] C.S. 300.

¹⁷³ Article 1607 C.c.Q.

¹⁷⁴ Article 1479 C.c.Q.

¹⁷⁵ Article 1611 C.c.Q.

une certitude absolue, mais seulement que la victime démontre que le dommage est probable. Ainsi, à la suite d'un traitement inadéquat, si la victime réussit à faire la preuve, par le rapport d'un expert, que sa vision continuera à diminuer au cours des prochaines années, il lui sera possible de réclamer des dommages-intérêts pour la perte de sa vision future.¹⁷⁶

3.1.3. Le lien de causalité entre la faute et le préjudice

La victime doit enfin prouver le lien entre la faute et le préjudice subi.¹⁷⁷ À l'instar de la preuve de la faute, les tribunaux ont permis la preuve par présomption du lien causal, lorsqu'il est impossible d'établir le lien de causalité par une preuve directe. Ce genre de preuve consiste pour la poursuite à démontrer que parmi toutes les causes possibles du dommage, seule l'une d'elles est probable. Une telle présomption emporte un renversement du fardeau de la preuve et si l'auteur du dommage ne réussit pas à s'en décharger, il est tenu responsable. Par exemple, un patient souffrant d'une infection grave a été soumis à un traitement prolongé à la gentamycine, un antibiotique toxique pour le rein et l'oreille. Son médecin a négligé de lui faire passer les tests rénaux et les audiogrammes indiqués en pareil cas et il est survenu une perte auditive importante pour le patient. Les présomptions de fait ont permis de conclure à l'existence d'une relation causale entre la surdité et le médicament.¹⁷⁸

3.2. La prescription

En droit civil, le recours en responsabilité se prescrit par trois ans.¹⁷⁹ Après ce délai, l'action n'est plus recevable. En matière médicale, la faute et le dommage peuvent ne pas se produire simultanément. Par exemple, l'opéré peut ignorer pendant des semaines, voire des mois, l'oubli d'une compresse ou d'un instrument lors d'une intervention.¹⁸⁰ Dans le cas où le préjudice se manifeste graduellement ou tardivement, le délai commence à courir à compter du jour où il se manifeste pour la première fois.¹⁸¹

¹⁷⁶ *Plamondon c. Boies*, [1980] C.S. 596; J.E. 85-976 (C.A.).

¹⁷⁷ Article 1607 C.c.Q.

¹⁷⁸ *Gburek c. Cohen*, [1988], R.J.Q. 2424 (C.A.); voir également *Stéphanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, [1997] R.J.Q. 1332 (C.S.) et *Prat c. Poulin*, [1997] R.J.Q. 2669 (C.A.).

¹⁷⁹ Articles 2925 et 2930 C.c.Q.

¹⁸⁰ *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, précité, note 166.

¹⁸¹ Article 2926 C.c.Q.

De plus, dans le cas où il serait impossible de déterminer avec précision l'étendue des dommages, le tribunal peut réserver à la victime le droit, pour une période de trois ans postérieure au jugement, de modifier sa réclamation.¹⁸² Par exemple, si lors de son accident, la victime a subi des fractures au bassin et à la hanche et qu'au moment de rendre le jugement, il est impossible de prévoir si l'installation d'une prothèse de la hanche sera requise au cours des prochaines années, le tribunal pourrait lui réserver le droit de réclamer des dommages-intérêts additionnels si l'intervention devait se produire.¹⁸³

3.3. La responsabilité institutionnelle directe de l'établissement

Un établissement¹⁸⁴ peut être tenu responsable directement du dommage qu'il cause, de la même façon qu'une autre personne.¹⁸⁵ Les établissements, qui agissent par l'intermédiaire de leurs gestionnaires, ont à l'égard de leurs patients des obligations reliées aux services professionnels et non-professionnels qu'ils fournissent.

3.3.1. Les obligations non reliées aux services professionnels

L'établissement est tenu envers ses patients de plusieurs obligations non reliées à des services professionnels. Tout d'abord, il doit fournir au patient un hébergement convenable et sain, adapté à ses besoins. L'hébergement hospitalier, qui correspond à celui offert par un hôtelier, comprend entre autres la fourniture de locaux appropriés, de même que des équipements ou des services accessoires adéquats, comme les repas et les services sanitaires.

D'autre part, l'établissement est tenu d'assurer la sécurité à l'égard des patients qu'il héberge ou qui le fréquentent. Il doit veiller à ce que les lieux et les équipements soient exempts de dan-

¹⁸² Article 199 et s. C.p.c. et article 1615 C.c.Q.

¹⁸³ *Briand c. Duguay*, [1996] R.R.A. 800.

¹⁸⁴ Selon les articles 79 et 94 *LSSSS*, un établissement fournit des services de santé et des services sociaux dans un centre local de services communautaires, un centre hospitalier, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation.

¹⁸⁵ Articles 300, 1457 et 1458 C.c.Q.

ger pour la vie ou la santé de ses patients.¹⁸⁶ L'hôpital est tenu de prendre tous les moyens raisonnables pour éviter les accidents.¹⁸⁷ Il n'est cependant pas tenu de garantir le résultat, par exemple le fait que le patient ne se suicidera pas.¹⁸⁸

Pendant son séjour en établissement, le patient doit lui confier ses biens personnels. Il s'établit un contrat de dépôt nécessaire¹⁸⁹ entre lui et l'établissement. Ce dernier est donc tenu de prendre tous les moyens mis à sa disposition pour remplir son obligation de garde à l'égard des biens.

3.3.2. Les obligations reliées aux services professionnels

Les principales obligations de l'établissement liées aux services professionnels sont celles d'offrir des soins attentifs, prudents et diligents, de fournir un personnel suffisant¹⁹⁰ et compétent, d'utiliser des méthodes, des technologies et des équipements adéquats et d'assurer la confidentialité des dossiers. Sa responsabilité peut donc être engagée s'il fait défaut d'exécuter l'une ou l'autre de ces obligations. De même, l'établissement demeure responsable de la continuité des services lors du transfert d'un patient d'un établissement à un autre.¹⁹¹

Rappelons que les services offerts doivent être conformes aux normes scientifiques généralement reconnues. L'établissement, à l'instar des professionnels, n'est tenu qu'à une obligation de moyens. Il doit donc prendre les moyens raisonnables pour offrir des services de qualité.

Cependant, l'établissement est tenu à une obligation de résultat quant au bon fonctionnement des appareils médicaux.¹⁹² On ne peut exiger que l'établissement possède les équipements les

¹⁸⁶ *Rizzo c. Hôpital Notre-Dame*, [1975] C.S. 425 (chute dans un escalier); *Philipp c. Richardson Convalescent Hospital*, [1977] C.S. 283 (chute à la suite d'un transport entre hôpitaux); *Boudreault c. Hôpital Ste-Jeanne D'Arc*, J.E. 78-269 (chute d'un lit); *Rizk c. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal*, précité, note 166 (chute d'un banc).

¹⁸⁷ *Villemure c. Hôpital Notre-Dame*, [1973] R.C.S. 716 (manque de surveillance d'un patient qui s'est suicidé); *Centre hospitalier Robert Giffard c. George*, J.E. 84-511; *Bordeleau c. Hôpital St-Luc*, J.E. 2000-476.

¹⁸⁸ *Corporation de l'Hôtel-Dieu de Salaberry de Valleyfield c. Audette*, [1977] C.A. 587; *Richard c. Hôpital St-Michel Archange*, J.E. 78-356; *Cloutier c. Hôpital le Centre hospitalier de l'Université Laval*, précité, note 166; *Painchaud c. Hôpital Charles-Lemoyne*, [1998] R.R.A. 426; J.E. 98-775 (C.S.).

¹⁸⁹ Article 2297 C.c.Q.

¹⁹⁰ *Côté c. Hôpital l'Hôtel-Dieu de Québec*, [1987] R.J.Q. 723 (C.A.).

¹⁹¹ *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.).

¹⁹² *Richard c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1975] C.S. 223.

plus modernes. Par contre, tous les appareils doivent être en bon état, leur installation doit être sécuritaire et il doit y avoir un entretien régulier.¹⁹³

3.4. La responsabilité du médecin

Il convient de rappeler que, généralement, les médecins ont une obligation de moyens et que leur conduite doit être évaluée par rapport à celle d'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Ils ne peuvent garantir la guérison d'une maladie mais doivent prendre tous les moyens que la science médicale met à leur disposition pour guérir leurs patients, les maintenir en bonne santé ou alléger leurs souffrances. Les principales obligations du médecin envers son patient, à l'égard desquelles un manquement est susceptible d'entraîner sa responsabilité, sont celles relatives aux renseignements, au diagnostic, au traitement et à la confidentialité.

3.4.1. Obligations relatives aux renseignements

Le médecin doit fournir au patient des informations précises sur la nature de l'intervention et le but poursuivi par celle-ci. Lorsqu'il existe plusieurs possibilités de traitement, l'information ne saurait être complète sans que le médecin les communique au patient. De même, le médecin doit dévoiler les risques connus¹⁹⁴ et les conséquences négatives possibles de son intervention.¹⁹⁵ En un mot, les explications doivent être complètes et le patient doit les comprendre.

Une fois l'information adéquatement transmise, le médecin doit obtenir le consentement du patient ou de la personne qui a le pouvoir de consentir pour lui avant de procéder au traitement ou à l'intervention. Conformément à l'article 10 du *Code civil du Québec*, ce consentement doit être libre et éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir eu toute l'information nécessaire lui permettant de prendre sa décision et doit être exempt de toute contrainte. Par ailleurs, le consentement donné à un médecin vaut à l'égard des autres médecins de l'équipe soignante.¹⁹⁶ Toute-

¹⁹³ *Crawford c. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*, (25 mai 1982), Montréal, 500-09-00316-801, (C.A.).

¹⁹⁴ *Brochu c. Camden-Bourgault* (2 avril 2001), Québec, 200-09-000915-964 (C.A.) AZ-50085017, J.E. 2001-836; www.jugements.qc.ca/ca/200104fr.html.

¹⁹⁵ Jean-Louis BAUDOUIN et Patrice DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, 5^e édition, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1998, no 1439.

¹⁹⁶ *Marcoux c. Bouchard*, J.E. 99-1685 (C.A.); [2001] CSC 50.

fois, la nécessité d'informer le patient et d'obtenir son consentement sont des obligations continues qui doivent être répétées à chaque fois que l'évolution de la situation le justifie.

3.4.2. Obligations relatives au diagnostic

Le diagnostic est l'opinion donnée par le médecin sur l'état général de santé d'une personne. Cette opinion est basée notamment sur une exploration de l'ensemble des systèmes du corps humain, sur un examen complet de tous les organes et appareils de celui-ci et sur l'interprétation des résultats des analyses de laboratoire et des examens radiologiques. Comme toute opinion, elle est susceptible d'inexactitudes. C'est donc dire qu'on ne peut retenir la responsabilité du médecin du seul fait que le bon diagnostic n'a pas été posé. La simple erreur de diagnostic ne sera pas suffisante pour engager la faute du médecin¹⁹⁷. Le médecin a l'obligation de poser un diagnostic complet selon les règles de l'art, ce qui veut dire que son évaluation personnelle doit être appuyée par les analyses, examens et tests nécessaires et qu'en cas de doute, il doit consulter ou référer le patient à un confrère.¹⁹⁸

Le médecin commet une faute quant au diagnostic, s'il pose un diagnostic hâtif sans le faire confirmer par des tests appropriés¹⁹⁹ ou encore s'il interprète mal les résultats de tests.²⁰⁰

3.4.3. Obligations relatives au traitement

La faute du médecin peut résider dans le mauvais choix du traitement applicable. Le médecin est donc responsable s'il utilise une thérapie inadéquate, dépassée, dangereuse ou qui n'est pas encore éprouvée.²⁰¹

Par ailleurs, le traitement doit être administré avec prudence et diligence. Si le médecin ne possède pas la compétence requise, il est de son devoir de consulter un spécialiste ou de diriger le patient vers un autre médecin.²⁰²

¹⁹⁷ *O'Hearn c. Estrada*, J.E. 84-449 (C.A.); *Allaire c. Vo*, AZ-01036305, (23 mars 2001), C.Q.

¹⁹⁸ *Code de déontologie des médecins*, précité, note 110, art. 2.03.16.

¹⁹⁹ *Stéphanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, précité, note 178.

²⁰⁰ *Kiley-Nikkel c. Danais*, [1992] R.J.Q. 2820; *Massinon c. Ghys*, [1996] R.J.Q. 2258 (C.S.).

²⁰¹ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1457; *Code de déontologie des médecins*, précité, note 110, art. 2.03.19

²⁰² *Id.*, art. 2.03.16.

En outre, le médecin doit assurer un suivi médical de la condition du patient afin, notamment, d'évaluer le résultat du traitement et de prévenir la survenance de risques post-thérapeutiques. Cette obligation inclut le devoir de divulguer au patient les résultats des examens, tests et analyses, et de lui faire part des symptômes qui devraient l'amener à reconsulter aussitôt.²⁰³

3.4.4. Obligations relatives à la confidentialité

Le médecin, comme les autres professionnels, est tenu au secret professionnel.²⁰⁴ Celui-ci oblige le médecin à ne rien divulguer des faits qui lui ont été dévoilés dans le cadre de la relation professionnelle, ni de ceux qu'il a pu constater par l'exercice de sa profession. Le secret professionnel ne couvre donc pas seulement les renseignements divulgués par le patient dans le cadre de la relation professionnelle avec le médecin mais aussi les informations que le médecin constate lui-même en utilisant la science médicale et son expérience.²⁰⁵ De plus, le médecin doit prendre les moyens raisonnables à l'égard de ses employés pour que soit préservé le secret professionnel.²⁰⁶

Ce droit au secret professionnel, qui existe au bénéfice du patient, n'est pas absolu, car ce dernier est libre d'y renoncer en tout ou en partie, expressément ou tacitement. Parfois, c'est la loi qui impose aux professionnels l'obligation de divulgation.²⁰⁷

Le bris du secret professionnel, en dehors des exceptions prévues par la loi, constitue une faute et expose le professionnel à un recours en dommages-intérêts pour le préjudice moral et matériel subi par le patient. Étant donné l'instauration d'équipes médicales interdisciplinaires, le partage entre professionnels des informations concernant les patients est nécessaire pour rendre des services professionnels adéquats. Le fait pour un médecin de faire part de renseignements

²⁰³ Brochu c. Camden-Bourgault, précité, note 194.

²⁰⁴ Code de déontologie des médecins, précité, note 110, art. 3.01; Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, art. 9; art. 60.4 CP.

²⁰⁵ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1461.

²⁰⁶ Code de déontologie des médecins, précité, note 110, art. 3.02.

²⁰⁷ Par exemple, voir la Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35, art. 5 alinéa 2 (maladies à déclaration obligatoire), la Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 39 premier alinéa (signalement d'un enfant dont la sécurité ou le développement peut être considéré comme compromis) et le Code civil du Québec, art. 14 alinéa 2 (mineur dans un établissement pendant plus de douze heures).

confidentiels aux autres professionnels de la santé qui collaborent avec lui ne constitue pas une faute.²⁰⁸

3.5. La responsabilité de l'établissement pour les actes de ses préposés

Un établissement peut être tenu responsable du dommage causé par un geste fautif posé par un employé ou préposé dans l'exercice de ses fonctions.²⁰⁹

Un lien de préposition suppose de la part du commettant un pouvoir de contrôle sur son préposé, un pouvoir de lui donner des ordres et de lui dire comment son travail doit être exécuté. De façon générale, les infirmières, les technologistes médicaux, les technologues en radiologie, les inhalothérapeutes, les infirmières auxiliaires et tous les autres professionnels employés ainsi que les internes, les résidents et les étudiants sont des préposés de l'établissement.²¹⁰ Il en découle, au plan de la responsabilité civile, qu'ils engageront la responsabilité de l'établissement à titre d'employeur mais, en règle générale, qu'ils n'engageront pas celle du médecin qui doit s'en remettre aux soins et services fournis par l'établissement.

De plus, il va sans dire que la responsabilité de l'établissement pour la faute de son préposé ne libère pas pour autant ce dernier de sa responsabilité personnelle pour l'acte fautif qu'il a commis. Toutefois, force est de constater qu'en pratique, la responsabilité des professionnels préposés de l'établissement se confond avec celle de ce dernier, qui leur offre la protection d'un régime d'assurance et prend fait et cause pour eux.

Il peut arriver que la présence d'un «patron momentané», tel un médecin, transfère le lien de préposition. Par exemple, la responsabilité de l'établissement ne pourrait être engagée lors-

²⁰⁸ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1462.

²⁰⁹ Article 1463 C.c.Q.

²¹⁰ *Perron c. Hôpital Général de la région de l'amiante*, précité, note 166 (infirmière); *Crawford c. Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke*, précité, note 193 (technicien); *Pépin c. Hôpital du Haut Richelieu*, [1983] C.A. 292 (technicien en radiologie); *Boies c. Hôtel-Dieu de Québec*, précité, note 176 (interne); *Tabah c. Liberman*, [1990] R.J.Q. 1230 (interne); *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, précité, note 166 (personnel infirmier); *Mainville c. Cité de la santé de Laval*, [1998] R.J.Q. 2082 (étudiante infirmière).

qu'un résident commet une faute alors qu'il exécutait un acte médical sous la supervision d'un médecin.²¹¹

La jurisprudence a également développé certains principes, notamment que les soins postopératoires sont à la charge de l'établissement et que le chirurgien ne répond pas de la faute du personnel hospitalier lors de l'exécution de ces soins.²¹² De même, le médecin, qui laisse au personnel infirmier des directives, n'est pas responsable lorsqu'elles ne sont pas exécutées en son absence.²¹³

Par ailleurs, un établissement ne saurait répondre de la faute d'un médecin, étant donné qu'il est réputé ne pas faire partie du personnel de l'établissement.²¹⁴ Le médecin y exerce de façon autonome, tant sur le plan professionnel que financier. Donc, l'acte médical accompli par un médecin ne peut être exécuté sous le contrôle, la direction et la surveillance de l'hôpital et, par tant, celui-ci ne peut être tenu responsable d'un tel acte.²¹⁵

3.6. La responsabilité du médecin pour le fait d'autrui

Le médecin peut être tenu responsable pour le dommage causé par la faute de personnes dont il répond.²¹⁶ Cette responsabilité peut découler du contrat conclu entre le patient et le médecin. Lorsqu'un tel contrat est conclu, la responsabilité du médecin pour la faute d'autrui est engagée lorsque le médecin introduit un tiers pour exécuter ses propres obligations, incluant les actes médicaux autorisés, et que ce dernier les exécute fautivement.²¹⁷ Le médecin est alors responsable envers le patient de toute faute commise par une personne qui l'assiste ou par un collègue qui le remplace.

²¹¹ *Lamarre c. Hôpital du Sacré-Cœur*, [1996] R.R.A. 496; *Labrecque c. Hôpital du St-Sacrement*, [1997] R.J.Q. 69; *Goupil c. Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec)*, [2001] J.Q. n° 3343, JEL/2001-343; *Julie VEILLEUX, Qui, du patron ou de l'hôpital, répond de la faute du résident?*, *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, volume 125, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1999, p.35 et ss.

²¹² *Tabah c. Liberman*, précité, note 210.

²¹³ *Hôtel-Dieu d'Amos c. Gravel*, [1989] R.J.Q. 64.

²¹⁴ Article 236 LSSSS; voir également *Hôpital Notre-Dame de l'Espérance c. Laurent*, [1978] 1 R.C.S. 605.

²¹⁵ *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, précité, note 162.

²¹⁶ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, no 1465; Jean-Pierre MÉNARD et Denise MARTIN, *op. cit.*, note 118.

²¹⁷ J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, p.13.

La responsabilité du médecin peut par ailleurs découler de son obligation légale de répondre, à titre de commettant, des dommages causés par la faute de son préposé.²¹⁸ Le lien de préposition n'existe que lorsque le médecin demande à l'infirmière, au technicien ou au résident de poser un acte médical sous son contrôle et sa surveillance. En effet, ce lien n'existe pas lorsque les actes à poser relèvent des fonctions propres de ces autres professionnels et constituent des soins hospitaliers qu'un établissement doit fournir directement aux patients.

En ce qui concerne l'acte médical délégué, visé au *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*,²¹⁹ il pourrait, dans le cadre contractuel, entraîner la responsabilité du médecin s'il est exécuté sur ordonnance individuelle; en dehors du cadre contractuel, sa responsabilité ne pourrait être engagée que pour l'acte exigeant une surveillance immédiate, par exemple en cas de faute de surveillance ou de faute dans la délégation.²²⁰ En l'absence d'une obligation de surveillance, le médecin ne saurait être tenu responsable de l'acte posé par le professionnel autorisé.

Par ailleurs, un médecin, qu'il agisse comme remplaçant, consultant ou spécialiste, ne peut être considéré comme le préposé d'un autre médecin étant donné l'absence de contrôle et de subordination entre eux.²²¹

3.7. La responsabilité du personnel de l'établissement

Tout professionnel, membre du personnel de l'établissement, est responsable des fautes qu'il commet dans l'exécution de ses fonctions. Les principes généraux susmentionnés, applicables à la responsabilité personnelle du médecin, s'appliquent à tout professionnel qui fait partie de l'équipe soignante, en faisant les adaptations nécessaires en fonction de son champ de pratique. Comme nous l'avons vu, il engagera en outre, selon le cas, la responsabilité de l'établissement, à titre d'employeur, ou celle du médecin, lorsque ce dernier peut être considéré comme son commettant momentané.²²²

²¹⁸ Article 1463 C.c.Q.

²¹⁹ R.R.Q., 1981 (Supp., 871) et ses modifications.

²²⁰ J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, pp.100 à 103.

²²¹ J.-L. BAUDOUIN et P. DESLAURIERS, *op. cit.*, note 195, n^{os} 1468 et 1469.

²²² Voir les sections 3.5 et 3.6.

3.8. La pluralité de défendeurs et le partage de la responsabilité

D'entrée de jeu, il importe de souligner que l'évolution du contexte de pratique professionnelle, et notamment la formation d'équipes interdisciplinaires, ne modifie en rien l'application des règles de responsabilité civile mentionnées ci-dessus.

Dans l'hypothèse où le dommage résulte du concours de plusieurs fautes, les tribunaux peuvent condamner conjointement ou solidairement les professionnels, selon le cas. La responsabilité est conjointe lorsque le tribunal est capable d'effectuer un partage de responsabilité, en fonction de la gravité des fautes. La victime doit donc réclamer de chacun des défendeurs le montant qu'il lui doit.²²³

Par contre, la responsabilité est solidaire lorsque chacun des défendeurs est tenu d'indemniser intégralement la victime. Le but visé par la responsabilité solidaire est de faciliter l'indemnisation de la victime, notamment, en cas d'insolvabilité de l'un des défendeurs.²²⁴

Comment déterminer dans chaque cas particulier, si la responsabilité des professionnels concernés est conjointe ou solidaire?

La solidarité ne se présume pas et elle n'existe que lorsqu'elle est expressément stipulée par les parties ou prévue par la loi. Elle est, au contraire, présumée entre les débiteurs d'une obligation contractée pour le service ou l'exploitation d'une entreprise.²²⁵

²²³ Article 1478 C.c.Q.; Pauline LESAGE-JARJOURA et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale*, 2^E édition, 2001, Les Éd. Yvon Blais Inc., p. 96, n° 128.

²²⁴ Article 1523 C.c.Q.; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 223, p. 96, n° 129.

²²⁵ Article 1525, al. 1 et 2 C.c.Q. Selon le troisième alinéa de cet article, l'exploitation d'une entreprise comprend l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée consistant, notamment, dans la prestation de services. Selon les auteurs P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 223, p. 96 et 97 (note 39), la présomption de solidarité en cas d'entreprise commune pourrait toucher des médecins propriétaires d'une clinique pour tous les services non médicaux qu'offre la clinique (soins infirmiers, secrétariat, entretien, etc.) mais ne pourrait s'étendre aux actes médicaux proprement dit, car il faut que les débiteurs soient obligés à une même chose envers le créancier (art. 1523 C.c.Q.), ce qui n'est pas le cas des médecins qui exercent dans des disciplines différentes. Il pourrait cependant en être autrement de la pratique de groupe dans une spécialité médicale particulière.

Chapitre 4

Par ailleurs, puisque la relation patient/médecin/hôpital a été qualifiée d'extracontractuelle par la Cour d'appel dans l'affaire *Hôpital de l'Enfant-Jésus c. Camden-Bourgault*, il en résulte qu'il y a solidarité entre tous les fautifs et leurs commettants, le cas échéant, lorsque les actes sont posés en établissement.²²⁶ Cette solidarité est appliquée en cas de faute commune²²⁷ et de fautes contributives.²²⁸

De plus, lorsque plusieurs personnes ont participé à un fait collectif fautif ayant entraîné un dommage ou qu'elles ont commis des fautes distinctes dont chacune est susceptible d'avoir causé le dommage mais qu'il soit impossible de déterminer laquelle de ces fautes l'a effectivement causé, elles sont tenues solidairement à la réparation de ce dommage.²²⁹

Dans le cadre contractuel, c'est-à-dire lorsqu'un contrat de soins médicaux est conclu entre le patient et le médecin, il n'y a pas de solidarité, à moins que les parties ne l'aient stipulée. Le médecin pourra être tenu responsable, en dehors de l'établissement, de toute faute commise par un professionnel qui l'assiste ou le seconde à titre d'employé, mais il conservera néanmoins un recours récursoire contre ce dernier.²³⁰ Par ailleurs, bien qu'un médecin ne puisse être considéré comme le préposé d'un autre médecin, lorsqu'il agit comme remplaçant, consultant ou spécialiste, le médecin traitant pourrait être tenu personnellement responsable, s'il s'est fait remplacer par un médecin incompetent.²³¹ Toutefois, le médecin consultant ou spécialiste ne remplace jamais le médecin traitant et il n'y a donc pas lieu d'appliquer les règles de la responsabilité contractuelle du fait d'autrui à son égard; selon les circonstances, le médecin traitant et le médecin consultant ou spécialiste n'engageront respectivement leur responsabilité professionnelle que pour les fautes personnelles qu'ils ont commises.²³²

²²⁶ L'article 1526 C.c.Q. prévoit que l'obligation de réparer le préjudice causé à autrui par la faute de deux personnes ou plus est solidaire, lorsque cette obligation est extracontractuelle.

²²⁷ La faute commune se produit lorsque deux ou plusieurs personnes commettent une seule et même faute causant le dommage à la victime : par exemple, dans *Stéphanik c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, précité, note 178, deux médecins ayant négligé de prêter attention à un rapport d'échographie et de demander des examens plus approfondis ont été trouvés solidairement responsables, même si leurs gestes fautifs n'avaient pas été commis au même moment.

²²⁸ Il s'agit de fautes commises par des professionnels différents mais chacune de ces fautes contribue à la réalisation d'un même dommage : par exemple, dans *Plamondon c. Boies*, précité, note 176, la négligence de l'interne, qui n'a pas fait examiner l'œil du patient par un spécialiste, ni administré les médicaments appropriés et celle du médecin, qui n'a pas hospitalisé le patient, ont contribué à la perte de vision de l'œil du patient.

²²⁹ Article 1480 C.c.Q.

²³⁰ Article 1463 C.c.Q.

²³¹ En effet, la responsabilité du fait d'autrui existe en matière contractuelle quand le médecin introduit lui-même, pour l'exécution de ses propres obligations, un tiers qui les exécute fautivement; J.-P. MÉNARD et D. MARTIN, *op. cit.*, note 118, pp. 13 et 23 à 38.

²³² Id., pp. 39 à 56.

Lorsque les médecins exercent leur profession en groupe dans la même spécialité médicale et qu'un contrat est conclu entre le patient et tous les membres du groupe qui s'engagent à le soigner, cet engagement génère une obligation solidaire de soigner le patient. Toutefois, si une faute dommageable est commise, la responsabilité solidaire ne pourrait, selon certains auteurs, naître qu'à l'égard des médecins qui ont commis un manquement à l'obligation de soigner adéquatement ou à l'égard de tous les membres du groupe, s'il s'avère impossible de déterminer l'auteur de la faute causale du dommage.²³³

Enfin, il y a lieu de mentionner l'entrée en vigueur, le 21 juin 2001, de nouvelles dispositions au *Code des professions* concernant de nouvelles formes possibles de regroupements de professionnels pour l'exercice de leur profession.²³⁴ Ces dispositions permettent aux ordres d'autoriser à certaines conditions, par règlement, l'exercice de la profession par leurs membres au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions. Les professionnels qui seront ainsi autorisés à exercer leur profession au sein de ces sociétés verront leur patrimoine personnel protégé en cas de poursuite en responsabilité professionnelle où ils sont exposés, par le fait de leur appartenance à la société, à répondre d'actes de leurs associés auxquels ils n'ont aucunement participé.²³⁵

²³³ Id., p. 58; P. LESAGE-JARJOURA et S. PHILIPS-NOOTENS, *op. cit.*, note 223, p. 322, n° 395; *contra* : Alain BERNARDOT et Robert P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, 1980, Les Éd. R.D.U.S., p. 191, n° 279.

²³⁴ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société*, L.Q., 2001, c. 34.

²³⁵ L'article 187.14 *CP* se lit comme suit : « Le membre d'un ordre qui exerce ses activités professionnelles au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée n'est pas personnellement responsable des obligations de la société ou d'un autre professionnel, découlant des fautes ou négligences commises par ce dernier, son préposé ou son mandataire dans l'exercice de leurs activités professionnelles au sein de la société. » L'article 187.17 reproduit essentiellement la même disposition à l'égard de l'exercice d'activités professionnelles au sein d'une société par actions.

Conclusion

Ce bref survol du cadre juridique régissant les professionnels de la santé et des relations humaines qui exercent leur profession en établissement indique, d'une part, que la *LSSSS*, le *Code des professions* et les autres lois professionnelles, ainsi que la réglementation afférente à ces lois constituent un système harmonisé qui comporte des règles d'organisation du travail tenant compte de la mission de protection du public des ordres professionnels et qui prévoit que ceux-ci ont un rôle à jouer dans l'amélioration de la qualité des soins dispensés en établissement.

D'autre part, l'analyse effectuée des règles applicables en matière de responsabilité professionnelle démontre qu'un nouveau partage des activités entre les professionnels de la santé et des relations humaines ne nécessiterait aucun changement de ces règles. En effet, les conditions de base de la responsabilité continueront de s'appliquer, peu importe la nature des obligations des professionnels concernés, et ceux-ci continueront d'être responsables pour tout manquement à ces obligations. Par ailleurs, l'établissement demeurera responsable pour les fautes commises par ses employés. Quant au médecin, il continuera de voir sa responsabilité engagée pour ses fautes personnelles ainsi que pour celles commises par d'autres professionnels, à condition qu'il ait une obligation de contrôle et de surveillance des actes posés par ces derniers.

Chapitre 5

Le contexte québécois actuel

**À la suite des audiences tenues auprès
des groupes et des experts et
à la suite de l'intégration des travaux de la Commission
d'étude sur les services de santé et les services sociaux**

Introduction

Le mandat qui a été confié au Groupe de travail prévoit la consultation des partenaires de la santé afin de disposer d'une vision actualisée de l'organisation du travail et ainsi amener le système professionnel à s'ajuster à ce nouveau contexte de pratique. Le Groupe de travail a invité des experts,¹ des groupes et des organismes représentatifs à lui présenter leur point de vue sur les problèmes qui affectent l'organisation des services professionnels, à porter à son attention des expériences novatrices issues des milieux de pratique.

Ces présentations ont fait l'objet d'une écoute attentive de la part du Groupe de travail; elles ont été l'occasion d'échanges entre les membres du Groupe et les partenaires de la santé; elles ont permis de mieux comprendre les situations et d'évoluer vers des pistes de solutions adaptées aux nouvelles réalités du travail.

À la suite de ces audiences, le Groupe de travail disposait d'un état de situation du contexte de la pratique professionnelle dans le secteur de la santé et des relations humaines.

Le présent chapitre se veut une synthèse des présentations individuelles et collectives des partenaires de la santé, lesquelles ont servi de base aux discussions pour la poursuite des travaux du Groupe de travail. Il constitue un condensé des idées et des opinions émises par tous afin de refléter l'éventail des positions, même si certaines n'ont pas été exprimées par la majorité, elles apparaissent à ce chapitre. Elles ont été regroupées et chacun des thèmes conclue sur des idées qui ont émergé de l'ensemble des audiences.

¹ Les experts sont des personnes invitées par les membres du Groupe de travail parce qu'elles ont su influencer le milieu des établissements de la santé par leur contribution personnelle. Certaines sont à l'origine d'expériences nouvelles qui ont déjà porté fruit. D'autres ont contribué par leurs recherches et leurs réflexions à alimenter la pratique sur le terrain.

Les problèmes et les solutions vus par les organismes et les experts

1. La protection du public

Si l'évolution technologique, scientifique et sociale a une très nette influence sur les professions, elle en a également sur le concept même de protection du public. Tant les moyens que les objectifs demandent à être actualisés en fonction de nouveaux impératifs, même si la priorité de base demeure la défense des droits fondamentaux de l'utilisateur. La redéfinition de ce que représente aujourd'hui une telle protection doit également prendre en compte l'implication du patient dans les décisions qui le concernent et ses attentes élevées envers le système de soins.

À l'égard de la protection du public, des participants à la consultation ont fait valoir ces considérations. Ils ont également mis l'accent sur les préoccupations suivantes :

1.1. La protection du public relève d'abord des ordres

- ❑ En matière de protection du public, d'autres organisations que les ordres professionnels peuvent être appelés à jouer un rôle important. Mais l'essentiel du mandat revient aux ordres professionnels dont la mission à cet égard doit :
 - être renforcée;
 - être exercée au moyen de critères simples facilitant l'analyse des résultats;
 - être assortie de règles claires pour lever toute confusion et faciliter l'accès aux recours;
 - être mieux connue de la population.
- ❑ Si on s'entend généralement pour dire que la mission première de chaque ordre doit se rapporter à la protection du public, on identifie à titre de fonction la tâche de définir les normes de compétences s'appliquant à l'exercice de la profession. Il appartient en effet aux ordres de déterminer les normes en deçà desquelles la pratique d'une profession n'est plus sécuritaire.²
- ❑ Toute modification au système doit préserver les fondements du professionnalisme, soit les connaissances, les compétences, l'éthique et la responsabilité.

² L'Association des hôpitaux du Québec.

- ❑ Les professionnels eux-mêmes devraient être davantage sensibilisés aux raisons d'être du système professionnel afin de contrer la non-adhésion à celui-ci.
- ❑ Une définition actualisée de la protection du public ne peut se dissocier de facteurs tels que :
 - la complexité de l'emploi mis en cause;
 - les contraintes liées aux conventions collectives;
 - les multiples paliers de contrôle des pratiques professionnelles.

1.2. D'autres mécanismes de protection existent

- ❑ Même si la protection du public passe d'abord par les ordres, il importe de mettre en place et de faire connaître les autres recours disponibles, comme par exemple les mécanismes de plainte dans les établissements. Ceux-ci fonctionnent en complémentarité avec les ordres, notamment parce qu'une plainte peut concerner un intervenant qui n'est membre d'aucun ordre et dont les gestes doivent quand même être évalués au plan de la qualité et de la pertinence en cas d'insatisfaction de l'utilisateur.
- ❑ Il y a lieu de s'interroger sur la pertinence du système professionnel dans les milieux structurés (professionnels à l'emploi de grandes compagnies ou d'établissements de santé) puisque d'autres mécanismes sont mis en place pour assurer la qualité des services offerts.

1.3. La population demeure sceptique

- ❑ Au fil des ans, le public entretient un doute sérieux quant aux buts premiers des ordres professionnels : sont-ils plus soucieux de la défense des droits des usagers ou de ceux de leurs membres? L'ambiguïté résulte, entre autres, du manque de transparence, de la complexité et de la judiciarisation des processus de traitement des plaintes, ainsi que de la grande autonomie dont jouissent les ordres.
- ❑ Un des freins à l'exercice des droits du public demeure la complexité du processus de plaintes. Il serait essentiel d'en simplifier le fonctionnement pour en faciliter l'accès.

1.4. L'Office des professions a un rôle à jouer

- L'Office des professions pourrait jouer un rôle clé au plan de la protection du public :
 - en informant la population de la mission des ordres en matière de protection;
 - en établissant des critères d'évaluation des ordres quant à l'atteinte de cette mission;
 - en soutenant les ordres dans l'élaboration de méthodes d'évaluation.
- Le processus d'inspection professionnelle revêt un caractère d'autant plus important pour protéger le public qu'il est proactif et non disciplinaire; à cet égard, l'Office des professions se doit d'examiner régulièrement la couverture des inspections, les façons de faire, le contenu des recommandations et les suites qui y sont accordées.

1.5. La qualité des actes pose des exigences précises

- Dans un souci de protéger adéquatement le public, on doit établir que tant les médecins que les autres professionnels qui transigent avec eux doivent être soumis aux mêmes normes de qualité et au même niveau d'autoréglementation.
- Si des pénuries de ressources peuvent parfois justifier le recours à des non-professionnels pour l'accomplissement d'actes à faibles risques, il est de première importance de s'assurer que cette solution ne compromet en rien la qualité des actes posés.

1.6. Entre autres suggestions

- Dans les années 70, le système professionnel a été conçu pour assurer la protection du public en raison de sa vulnérabilité; aujourd'hui, le niveau de connaissances des personnes à protéger est nettement rehaussé; on doit dès lors s'interroger :
 - sur ce que signifie maintenant la protection des usagers;
 - sur la façon dont ces usagers peuvent contribuer à leur propre protection.
- Le fait de lever l'exclusivité des actes et de se centrer sur les capacités des personnes à accomplir ces mêmes actes participe d'une conception actualisée et concrète de la protection du public.

Chapitre 5

- ❑ Des mécanismes de protection du public devraient être mis en place pour les intervenants dont les activités ne font pas partie du système professionnel, sans pour autant les constituer en ordre professionnel; on songe ici aux techniciens ambulanciers dont la formation pourrait être supervisée par certaines catégories de médecins qui demeureraient responsables de la mise en place de protocoles.
- ❑ Compte tenu de la spécificité des problèmes, il pourrait être pertinent de créer :
 - un office des professions de la santé et des services sociaux; il s'agirait ici d'une structure horizontale permettant de déjudiciariser les guerres de terrain entre les ordres ;
 - un office des professions qui engloberait le secteur de l'intervention jeunesse.
- ❑ La protection du public sous-tend qu'on se préoccupe de répondre efficacement aux besoins des usagers. Dans un contexte où les soins à domicile sont encouragés par les visées du virage ambulatoire, il est important d'agir avec souplesse au moment de désigner la personne habilitée à poser certains gestes; c'est ainsi qu'on peut être appelé à décréter qu'un acte à faible préjudice peut être posé par un proche du malade sans que le geste ait une portée illégale par rapport à l'exercice autorisé d'une profession.
- ❑ Dans un souci d'assister adéquatement l'utilisateur, on pourrait recourir au concept de l'intervenant-courtier :
 - en définissant une fonction partagée par différents professionnels;
 - en délimitant cette fonction selon les champs d'application (prévention, soins à domicile, soins de première ligne);
 - en orientant les gens, en interprétant pour eux l'information qui les concerne.

1.7. Les idées qui émergent des audiences

- Maintenir les assises du système professionnel et sa raison d'être : la protection du public.
- Conserver et améliorer les moyens dont les ordres professionnels disposent pour protéger le public.
- Introduire de la souplesse dans le système professionnel pour permettre l'adaptation au nouveau contexte de travail dans le secteur de la santé et des relations humaines sans pour autant réduire l'assurance qu'il offre de protéger le public.

2. Les lois professionnelles

La désuétude des lois professionnelles freine le système de santé au moment où il doit s'approprier de nouveaux fonctionnements tournés vers l'avenir. Des participants ont fait valoir ces considérations tout en mettant l'accent sur les préoccupations suivantes :

2.1. Les lois actuelles empêchent l'utilisation optimale des ressources

- ❑ Il existe une inadéquation entre la capacité légale et les compétences professionnelles; dès lors, on observe que les établissements doivent souvent faire appel à la ressource la plus coûteuse pour éviter toute pratique professionnelle illégale.
- ❑ La désuétude des lois professionnelles empêche l'utilisation adéquate des ressources. Par exemple, il y aurait lieu de reconnaître aux infirmières bachelières un droit de pratique avancée. De la même façon, le rôle du pharmacien devrait être élargi.
- ❑ La désuétude des lois :
 - entraîne la fragmentation des soins et des services;
 - a des effets négatifs sur la continuité des soins.
- ❑ La modernisation des lois permettrait de réduire le nombre d'intervenants auprès de l'utilisateur et d'utiliser la bonne personne au bon moment et au bon endroit.

2.2. Les lois doivent encourager l'innovation, dans le respect de l'utilisateur

- ❑ La modernisation des lois doit être guidée par l'intérêt du patient.
- ❑ Les règles professionnelles doivent être assouplies :
 - pour légitimer les expériences sur le terrain, l'avancée des compétences et l'évolution des champs de pratique qui se sont développés en marge (infirmières en dispensaire, cliniques de soins infirmiers en CLSC et Centres de santé, médecins en régions éloignées, etc.);

Chapitre 5

- pour favoriser un système de santé qui place la personne au cœur de ses priorités malgré la distance qui se creuse actuellement entre le médecin et le patient.
- ❑ Les lois et les règles de fonctionnement qui en découlent doivent respecter l'implication des personnes dans l'amélioration de leur propre santé.
- ❑ Les codes de déontologie professionnelle doivent supporter :
 - le travail en réseau de soins intégrés, une conception qui représente une voie d'avenir;
 - la réalité du travail multidisciplinaire et interdisciplinaire.
- ❑ Les règles professionnelles modernisées doivent refléter le caractère public de l'art de soigner.
- ❑ Les lois professionnelles doivent refléter le virage ambulatoire; les professionnels devraient, par exemple, pouvoir suivre les personnes qui sont retirées des institutions.

2.3. On doit viser une meilleure collaboration entre les divers intervenants

- ❑ Il y a un décalage certain entre le cadre juridique et les pratiques en émergence. Le mécanisme de délégation d'actes est à ce point rigide qu'il favorise un durcissement des positions pour la défense d'un territoire; ces conflits vont à l'encontre de l'intérêt des patients.
- ❑ La réglementation actuelle impose des barrières inutiles entre les ordres professionnels, cloisonnements qui compromettent l'accès aux soins, tout particulièrement pour les plus démunis (ex. : clientèle du Curateur public).
- ❑ Les lois professionnelles devront identifier les zones de chevauchement afin de permettre aux établissements d'arbitrer à partir de règles concrètes.
- ❑ La réglementation actuelle laisse suffisamment de latitudes aux intervenants concernés, et requiert davantage une nouvelle interprétation qu'une modernisation en profondeur; en matière de délégations d'actes notamment, on doit baser les procédures d'application sur la formation des personnes, leur expérience et les conditions locales.

- ❑ Les responsabilités doivent être partagées parce que les monopoles de pratique sont de plus en plus difficiles à conserver. Il faut mettre en place les conditions légales qui permettront aux médecins d'assumer leur part de responsabilités tout en n'étant pas pénalisés par les interventions des autres.

2.4. Entre autres suggestions

- ❑ Il y aurait lieu d'introduire un mécanisme d'arbitrage avec décision exécutoire.
- ❑ Les lois et les règlements doivent se limiter à des énoncés de base qui favorisent la souplesse et la flexibilité selon les milieux, en fonction du contexte et des besoins; de cette façon, on laisse à ces milieux le soin de décider quelles pourraient être les limites de pratique acceptables en faisant confiance au sens des responsabilités des gens.

2.5. Les idées qui émergent des audiences

- La désuétude des lois professionnelles et la nécessité d'une actualisation pour éliminer les barrières inutiles, favoriser l'utilisation adéquate des ressources et rendre possible l'innovation.
- Légitimer les expériences sur le terrain par le biais de projets-pilotes et de la pratique avancée.
- Reconnaître qu'il existe des zones de chevauchement.
- Miser sur la responsabilité professionnelle, tout en laissant aux milieux le soin de décider de l'organisation du travail en fonction des limites des champs de pratique professionnels.

3. Les champs de pratique

Les champs de pratique n'ont pas suivi la trajectoire accélérée du monde de la santé en mutation. Les composantes des professions sont donc à revoir, de même que leurs interrelations, dans un souci d'efficacité.

Des participants à la consultation ont fait valoir ces considérations en mettant l'accent sur les préoccupations suivantes :

3.1. Les champs de pratique actuels tirent de l'arrière par rapport à un contexte en évolution

- ❑ Tels que délimités actuellement, les champs de pratique :
 - ne reflètent pas l'évolution des connaissances, de la technologie et des compétences;
 - ne correspondent plus à la formation et aux rôles que certains professionnels sont appelés à jouer dans la réalité actuelle des soins et des services de santé; dès lors, les redéfinitions de champs devraient tenir compte de cette évolution et des expériences novatrices dans le milieu;
 - s'arriment difficilement avec l'émergence de nouvelles professions.

3.2. La redéfinition des champs de pratique doit viser la collaboration entre les professions

- ❑ Le système actuel encourage les ordres professionnels disposant de champs d'exercice exclusif à gérer ceux-ci comme des monopoles de pratique. Il en résulte des difficultés manifestes de collaboration et de gestion. Dans le but de faire de la protection du citoyen l'objectif prioritaire du système professionnel, il est important de lever l'exclusivité des actes en se centrant sur la capacité des personnes à accomplir ces actes.
- ❑ Les problèmes de chevauchements professionnels résultent d'une définition trop large des champs de pratique; dans les faits, plusieurs professionnels détiennent les compétences pour effectuer le même acte et c'est l'établissement qui doit gérer les conflits.

Chapitre 5

- ❑ Actuellement, on contourne la rigidité des champs de pratique par l'utilisation de protocoles. Or, cette mesure ne suffit plus car les protocoles ne peuvent s'appliquer à tous les types d'interventions.
- ❑ Il s'avère essentiel d'étendre les champs d'exercice; en conséquence, les ordres devraient :
 - abandonner peu à peu leur rôle de surveillance des frontières du territoire professionnel;
 - contrôler davantage les compétences de leurs membres.
- ❑ L'expérience de la maladie par une personne est globale et ne correspond pas à la tendance actuelle au morcellement. Par conséquent, il importe que les multiples champs de savoir et d'intervention puissent s'articuler selon une approche intégrée. Afin de permettre l'innovation, l'expérimentation et la mise en place des modes de travail interdisciplinaires, on doit remettre en question les champs d'exercice exclusif.
- ❑ On devrait définir le noyau de base de chaque champ de pratique, les aspects spécifiques de chacun ainsi que la zone partagée. Cet exercice devrait se faire :
 - en éliminant toute idée de compétition;
 - en incluant l'interdisciplinarité;
 - en favorisant la collaboration et le partage au plan des responsabilités professionnelles.
- ❑ Les champs d'exercice comportent des zones partagées qu'il est important de reconnaître, notamment :
 - la promotion de la santé;
 - l'éducation à la santé;
 - la relation d'aide;
 - la mobilisation des réseaux;
 - l'approche communautaire.
- ❑ On doit viser à :
 - restreindre le champ exclusif à certains actes seulement, en permettant la délégation dans certains cas;
 - identifier les champs d'activités partageables, avec ou sans condition.

Chapitre 5

Par exemple :

- identifier des besoins de santé et donner de l'information sur des problèmes de santé constitueraient des activités partagées, sans condition;
- administrer des médicaments serait une activité partageable et les conditions seraient fixées en fonction de la profession concernée, de la nature du médicament et des voies d'administration;
- poser un diagnostic ou faire des interventions chirurgicales feraient partie d'un champ exclusif.

Dans le but de favoriser la souplesse nécessaire, il faudrait éviter les énumérations d'actes qui deviennent vite désuètes.

Il reviendrait à l'ordre professionnel :

- de définir le champ descriptif;
 - de déterminer les activités partageables, le cadre général et les conditions de partage;
 - de choisir à l'intérieur de son champ exclusif les activités qui pourraient être déléguées et à quelles conditions.
- Dans l'actualisation des champs de pratique, il importe de recentrer le travail sur l'essentiel des tâches, en s'inspirant par exemple du découpage suivant :
- le médecin spécialiste travaille dans sa spécialité et soutient les omnipraticiens;
 - le médecin omnipraticien intervient à tous les niveaux d'une médecine de première ligne;
 - les infirmières font du nursing et reconnaissent l'apport d'autres catégories de personnel (infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, préposés).
- Il faut viser l'articulation des activités dans un même continuum de soins entre une variété de professionnels et de non-professionnels.

3.3. La situation actuelle est soit satisfaisante, soit aménageable³

- ❑ Les champs d'exercice actuels n'ont pas besoins d'être modifiés. Un fonctionnement efficace commande plutôt de :
 - définir en quoi consistent exactement les soins de première ligne;
 - préciser quel est le rôle de chacun (quoi faire et comment faire);
 - reconnaître l'importance d'une coordination.
- ❑ On ne doit pas remettre en question le champ d'exercice exclusif actuel de la médecine.
- ❑ Il y aurait lieu :
 - de conserver le concept de champ d'exercice exclusif pour certaines professions majeures comme les médecins et les infirmières;
 - d'aller à l'essentiel dans la définition du champ;
 - de clôturer le moins possible les territoires professionnels;
 - de changer cette notion de territoire.

3.4. Des éclaircissements s'imposent

- ❑ La redéfinition des champs de pratique n'équivaut pas à diluer les champs de compétences.
- ❑ Des champs d'exercice clairs et bien définis sont une meilleure garantie de soins de qualité et permettent une plus grande autonomie professionnelle. On observe à cet égard que des champs de pratique plutôt larges peuvent être dommageables lorsqu'il s'agit de fonctions plus à risques telles l'évaluation et l'orientation.

³ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

3.5. Entre autres suggestions

- Un certain nombre d'actes devraient être réservés dans le champ psychosocial en raison de l'expertise spécialisée que ces actes requièrent; ceci n'exclut pas qu'ils puissent être partagés entre des catégories de professionnels qui se soumettent à de mêmes conditions. On songe par exemple aux actes suivants :
 - l'évaluation pour l'adoption internationale;
 - l'évaluation pour un régime de protection;
 - la médiation familiale;
 - l'évaluation psychosociale en protection de la jeunesse.

3.6. Les idées qui émergent des audiences

- Réviser les champs de pratique afin qu'ils reflètent la réalité de la pratique.
- Remettre en question l'exclusivité des champs de pratique.
- Dans le cadre de l'exercice de définition des champs de pratique, cerner ce qui caractérise la profession.
- Identifier des activités partageables avec ou sans condition.
- Éviter les énumérations d'actes qui deviennent rapidement désuètes.
- Réserver des activités spécifiques dans le domaine psychosocial (évaluation pour l'adoption internationale, en vue d'un régime de protection, en matière de protection de la jeunesse).

4. L'appartenance aux ordres

À l'égard de l'appartenance aux ordres professionnels, des participants à la consultation ont fait valoir que toute discussion portant sur un remaniement des ordres de la santé et des relations humaines devait d'abord et avant tout solutionner le problème de l'appartenance aux ordres. Ils ont également mis l'accent sur les préoccupations suivantes :

4.1. Un rappel historique...

- ❑ À l'époque où le système professionnel a fait ses débuts, il était considéré comme un privilège de pouvoir y adhérer et cet avantage avait sa contrepartie.

4.2. L'adhésion devrait être obligatoire

- ❑ Dans le secteur de la santé et des relations humaines, rien ne justifie que des personnes exerçant les mêmes tâches que celles attribuées à des professionnels assujettis au *Code des professions* continuent de pratiquer sans être membres des ordres professionnels; or, c'est souvent le cas, ce qui va à l'encontre de la protection du public.
- ❑ L'adhésion aux professions à titre réservé n'étant pas obligatoire, des intervenants échappent au contrôle d'un organisme régulateur. Or, l'appartenance obligatoire ferait en sorte que les standards de pratique des professions à titre réservé seraient appliqués à tous les intervenants visés. Ceci est un préalable essentiel à des partages d'actes appropriés.
- ❑ Une majorité de professionnels œuvrant dans les établissements de réadaptation ne sont pas encadrés par un ordre professionnel. Ce phénomène :
 - est un facteur de confusion au moment d'établir des partages de champs de compétences professionnelles dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
 - nuit à l'articulation du travail en interdisciplinarité.
- ❑ Les ordres à titre réservé éprouvent des difficultés de rétention de leurs membres, difficultés dues à l'appartenance facultative. Dès lors, ils peuvent difficilement exercer un contrôle de

qualité de la pratique et assurer la protection du public. Le gouvernement fait preuve d'incohérence à ce sujet.

- ❑ Dans le cadre d'une réforme majeure, et en quête de compétences accrues, l'adhésion obligatoire à un ordre pour les professions à titre réservé peut représenter une garantie supplémentaire de protection du public,⁴ parce qu'elle lui permet d'utiliser les moyens de réaliser sa mission.
- ❑ Somme toute, il y a plus d'avantages que d'inconvénients à imposer l'obligation d'appartenir à un ordre professionnel dans le domaine de la santé.

4.3. L'adhésion obligatoire n'est pas la panacée

- ❑ L'adhésion obligatoire à un ordre comme condition d'embauche risque de ne pas suffire à rehausser le degré d'appartenance puisque le réseau se caractérise par la mobilité des employés qui sont fréquemment mutés d'une affectation à une autre. Appelé à changer de poste à l'intérieur de l'organisation pour laquelle il travaille déjà, un employé pourrait choisir de ne plus faire partie de son ordre.
- ❑ Des personnes décident de ne pas faire partie d'un ordre professionnel. On doit respecter cette liberté.

4.4. Des motifs expliquent la non-adhésion

- ❑ La situation des intervenants des Centres jeunesse fournit un exemple à cet égard. Les intervenants ne proviennent pas tous de professions réglementées; certains sont formés au cégep, d'autres à l'université – criminologie, sexologie, génagogie, psychologie, etc.

Les personnes de ce secteur qui pourraient faire partie du système professionnel et qui n'y adhèrent pas invoquent notamment les raisons suivantes :

⁴ Le secteur social a présenté des revendications importantes à cet égard.

Chapitre 5

- les ordres ne fournissent pas de support spécialisé, de formation continue ou de standards spécifiques adaptés à leur travail;
 - la protection du public dans leur secteur est assurée par d'autres instances de contrôle et d'inspection.
- ❑ L'apparition de nombreuses appellations confondantes a conduit, entre autres facteurs, à la non-appartenance à l'ordre.

4.5. Entre autres suggestions

- ❑ Les doubles appellations génèrent la confusion et devraient être éliminées dans les conventions collectives.
- ❑ La suggestion s'applique ici au secteur de la protection de la jeunesse.
L'appartenance à un ordre devrait être obligatoire :
- pour les intervenants qui exercent les responsabilités exclusives prévues par la *Loi de la protection de la jeunesse*;
 - pour les personnes qui décident de l'isolement et des mesures de contention.

La suggestion est faite en raison :

- de la nature des responsabilités et des interventions des personnes visées;
 - de l'impact de ces interventions sur les jeunes;
 - de l'actuelle absence de contrôle à l'endroit de ces intervenants.
- ❑ Il est imprudent de ne prévoir aucun encadrement pour les pratiques alternatives en santé, dites de médecine douce, car un nombre non négligeable de personnes y ont recours. On propose dès lors l'inscription de ces praticiens à un registre central géré par un organisme existant.

4.6. Les idées qui émergent des audiences

- L'appartenance obligatoire en tant que condition d'embauche et de maintien en emploi :
 - dans un but d'améliorer la protection du public et de mieux servir les intérêts des clients;
 - parce qu'il faut soumettre tout le monde aux mêmes standards de qualité, aux mêmes contrôles et aux mêmes exigences;
 - afin de donner aux ordres professionnels des moyens d'exercer un contrôle sur la qualité de la pratique de l'ensemble des professionnels qui exercent les mêmes activités.
- En contrepartie, l'implication accrue des ordres dans l'amélioration de la pratique par la formation continue et le contrôle de l'exercice professionnel, notamment par l'inspection.

5. La fonction des ordres

Les ordres professionnels devront affirmer davantage leur raison d'être en matière de protection du public et de formation. Des participants à la consultation ont fait valoir ces considérations en mettant l'accent sur les préoccupations suivantes :

5.1. La protection du public figure en tête de liste

- ❑ Le mandat des ordres en matière de protection du public devrait être renforcé; en ce sens, on devrait :
 - contrer la non-adhésion de nombreux professionnels à leur ordre (titre réservé);
 - mettre davantage l'accent sur l'inspection professionnelle.
- ❑ Les ordres se donnent d'autres objectifs que la protection du public. Ils se sont ainsi arrogé des pouvoirs supplémentaires visant à protéger et à valoriser leur profession (« conquête » de territoires au détriment d'autres professions). Dès lors, il importe que toute modification au *Code des professions* recentre les ordres sur leur mission de protection et de contrôle des compétences de leurs membres.
- ❑ Les ordres ne contribuent pas à l'application du système de protection de la jeunesse alors que leur participation est requise comme garantie de cette protection.

5.2. Les ordres professionnels ont aussi d'autres fonctions de première importance

- ❑ La mission du système professionnel devrait dorénavant être axée sur l'amélioration continue des soins et des services plutôt que sur la protection du public.
- ❑ Dans les Centres Jeunesse, les ordres sont absents en ce qui a trait aux éléments suivants :
 - la formation continue;
 - l'encadrement professionnel;
 - la problématique de la confidentialité.

Chapitre 5

Dès lors, les professionnels qui pourraient faire partie de ces ordres peuvent être peu enclins à y adhérer.

- ❑ Les ordres devraient être centrés sur le développement , le maintien et le contrôle des compétences.
- ❑ Les ordres devraient avoir pour rôle de :
 - définir le champ descriptif;
 - identifier les activités partageables, déterminer le cadre général et les conditions de partage;
 - choisir, à l'intérieur de leur champ exclusif, les activités qui pourraient être déléguées et à quelles conditions ;
 - de définir leurs responsabilités par rapport aux autres ordres;
 - de définir leur place précise à l'intérieur du système de santé, dans une attitude de collaboration plutôt que de défense des chasses gardées.

Dans cette optique, tout les ordres qui partageraient des champs réservés devraient convenir, au préalable, des balises et des conditions de partage; il s'agirait là du seuil minimum que les établissements devraient respecter.

- ❑ Pour les établissements de santé, l'ordre professionnel est une référence en ce qui concerne la qualité de l'intervention.
- ❑ Les ordres qui offrent de la formation sont généralement bien perçus par les membres et les non-membres.

5.3. Entre autres suggestions

- ❑ Le système professionnel devrait permettre des zones d'innovation.
- ❑ Il pourrait être avantageux de regrouper les professionnels sous des ordres plus larges, l'ensemble de la réadaptation par exemple.

- ❑ Les ordres devraient être eux-mêmes porteurs de la reconnaissance des champs de compétence des autres professions afin de favoriser la collaboration entre les professionnels concernés.
- ❑ D'éventuels mécanismes de collaboration entre les ordres et les établissements sont à explorer.
- ❑ Il faut encourager une plus grande participation des représentants du public dans les instances professionnelles.

5.4. Les idées qui émergent des audiences

- Les ordres professionnels doivent prendre leur place dans les milieux de travail en tant qu'instance chargée de protéger le public, dans ses rapports avec les différents professionnels et pour ce, les travaux de modernisation de l'organisation professionnelle doivent leur en donner les moyens.
- Un plus à la raison d'être des ordres professionnels – l'amélioration des soins et des services –, entre autres moyens : l'implication des ordres en regard du maintien des compétences par la formation continue.

6. La délégation d'actes

Variable selon les endroits, reflet d'une hiérarchie trop rigide, facteur de conflits : la délégation d'actes devra s'articuler autrement pour encourager la multidisciplinarité au lieu d'y mettre un frein.

Des participants à la consultation ont fait valoir ces considérations tout en mettant l'accent sur les préoccupations suivantes :

6.1. Le mécanisme de délégation d'actes est désuet

- ❑ L'actuel mécanisme de délégation d'actes s'avère inapproprié et son fonctionnement désuet a pour effet :
 - de susciter des insatisfactions, tant de la part des professionnels que des usagers;
 - d'aller à l'encontre de ses objectifs initiaux, soit le décroisement des professions, la création de nouveaux partenariats, l'augmentation de l'efficacité des soins;
 - de favoriser un durcissement des positions pour la défense des territoires respectifs;
 - de reléguer au second plan les préoccupations de protection du public et de réponse aux besoins des usagers;
 - d'alourdir les processus (ex : l'approbation d'un nouveau médicament ou d'un nouveau vaccin);
 - de conserver aux délégants leur champ de pratique plutôt que d'encourager un partage des rôles;
 - de restreindre l'accessibilité des services;
 - de refléter d'importantes disparités d'un établissement à l'autre, d'où le caractère aléatoire du mécanisme de délégation et la lutte de pouvoir qui en découle.
- ❑ La lourdeur du mécanisme de mise à jour des règlements de délégation d'actes a contraint les établissements à élaborer un corpus de techniques, de protocoles et d'ordonnances pour faire face à l'évolution rapide du secteur de la santé (exemples de cadre d'application des nouvelles normes : soins ambulatoires, cliniques d'anticoagulothérapie).

- ❑ Malgré les lacunes observées, les protocoles et les conditions de pratique associées à la délégation d'actes doivent être maintenus car si le médecin demeure imputable d'une activité exécutée par un tiers, il veut savoir :
 - qui est ce tiers et quelle est sa formation;
 - quelles sont les modalités et les circonstances d'exécution.

6.2. Le processus de délégation d'actes doit être repensé en profondeur

- ❑ Le travail en vase clos nuit à une délégation d'actes efficace.
- ❑ La mise à jour est essentielle en regard des réalités suivantes :
 - la technologie, les connaissances et les compétences ont radicalement évolué;
 - les façons d'offrir et de dispenser les soins et les services ont changé;
 - la responsabilisation du patient à l'égard de sa santé augmente;
 - des besoins spécifiques sont liés aux soins à domicile et aux actes posés par les proches du malade;
 - on assiste à une participation significative d'autres professionnels dans le champ de la médecine;
 - la formule actuelle donne lieu à de la délégation clandestine, particulièrement en hébergement .
- ❑ On doit viser l'assouplissement du mécanisme actuel afin d'identifier :
 - des activités partageables entre les professionnels de la santé;
 - des activités avec supervision médicale, dans le contexte d'une équipe multidisciplinaire où le médecin agit comme chef d'orchestre;
 - des activités avec une participation médicale obligatoire où le médecin agit comme membre de l'équipe multidisciplinaire;
 - des actes pouvant être posés de façon autonome.
- ❑ La mise à jour de la délégation d'actes :
 - exige qu'on en vienne à mieux cerner l'autonomie professionnelle : jusqu'où permet-elle d'aller?
 - génère des questionnements sur la formation des professionnels impliqués;

Chapitre 5

- implique qu'on doive définir la responsabilité professionnelle et l'imputabilité qui échoient à chacune des catégories d'intervenants ;
 - doit prévoir des protocoles;
 - doit être guidée par l'intérêt du patient.
-
- ❑ Le règlement de délégation d'actes devrait permettre un processus accéléré, non seulement en situation d'urgence mais en toutes circonstances.
 - ❑ La formation est un élément clé dans la délégation d'actes puisqu'elle joue un rôle déterminant dans l'attribution des rôles et des fonctions.

6.3. Le processus est unidirectionnel : du haut vers le bas

- ❑ Dans le système professionnel, la logique dominante est la délégation du haut vers le bas où le pouvoir des médecins est prépondérant, ce pouvoir s'exerçant aussi dans le champ des services sociaux.
- ❑ La réalité du « haut vers le bas » nuit à l'interdisciplinarité.

6.4. La délégation n'est pas appliquée de façon uniforme

- ❑ La mise à jour de la réglementation devra mettre fin à de trop nombreuses incohérences dans la délégation d'actes médicaux et infirmiers. Ainsi, les actes délégués varient selon l'endroit où la personne travaille. Les directions des soins infirmiers limitent la pratique des 16 actes délégués, d'où une pratique professionnelle à géométrie variable. Une situation similaire prévaut dans le domaine des technologies médicales où se côtoient professionnels et techniciens.
- ❑ En matière de délégation, les disparités locales ont pour effet de contourner l'utilisation des professionnels pertinents.

6.5. La délégation doit porter sur certains types d'actes

- Les actes à déléguer :
 - sont à composante technique;
 - sont posés dans un même épisode de soins;
 - font appel à un diagnostic qui doit demeurer la responsabilité du médecin;
 - ne peuvent englober, pour le moment, les actes relevant des pratiques alternatives.
- Les actes à ne pas déléguer sont, notamment :
 - les actes de prescrire et de diagnostiquer (habiletés de long terme); si ces actes devaient être délégués, les professionnels habilités devraient avoir une formation équivalente à celle des médecins;

6.6. Entre autres suggestions

- La délégation d'actes devrait être remplacée par un système basé à la fois sur la réserve et le partage d'actes.
- À titre de solution, et pour répondre à des cas exceptionnels, un mécanisme réglementaire pourrait permettre la délégation d'actes dans des contextes particuliers, sans passer par les établissements; une telle entité interviendrait par exemple pour un patient en phase terminale à domicile; autrement dit, on se tournerait ici vers :
 - des définitions d'actes à partager inscrits dans la loi;
 - le pouvoir de convenir localement sur la façon de les partager.
- À titre de solution, il faudrait prévoir le partage de responsabilités suivant :
 - les ordres professionnels définiraient les actes partageables accompagnés des conditions requises;
 - les établissements détermineraient les modalités d'application dans le souci de la sécurité de l'utilisateur.
- En matière de délégation d'actes, les centres hospitaliers universitaires pourraient servir de lieux d'expérimentation sécuritaires.

Chapitre 5

- ❑ Des actes pourraient être partagés (du médecin vers un autre professionnel) dans la mesure où le professionnel aurait la formation requise et assumerait les responsabilités au même titre que le médecin.
- ❑ On pourrait élaborer un régime de responsabilité collective ou institutionnelle.
- ❑ Dans le contexte de la pénurie de médecins, la délégation de certains actes médicaux pourrait permettre de mieux répondre aux besoins.
- ❑ La délégation d'actes pourrait être faite à un groupe particulier en raison d'une expérience spécifique, dans un domaine particulier (ex : infirmières en oncologie, en dialyse, en cardiologie ou en chirurgie).
- ❑ On devrait faire en sorte que des actes médicaux puissent être délégués dans un lieu d'exercice hors établissement, selon des conditions semblables à celles en vigueur dans les établissements (ex. : délégation de la vaccination contre la grippe à des infirmières en cabinet médical ou en entreprise).
- ❑ On devrait prévoir la délégation de certains actes médicaux préventifs à d'autres classes de personnes que celles prévues dans la réglementation actuelle et déléguer un éventail plus large d'actes à des classes de personnes déjà identifiées (ex. : des pharmaciens d'officine mis à contribution pour l'administration de la contraception orale d'urgence).
- ❑ La délégation d'actes devrait permettre de fournir des services préventifs tant aux employés d'un établissement qu'à ses bénéficiaires.
- ❑ Toute expérimentation nouvelle, en matière de délégation d'actes notamment, devrait débiter en mode projet avant de se généraliser.
- ❑ Il faudrait créer un champ d'exercice infirmier indépendant de la délégation d'actes de manière à lui donner une plus grande ouverture et à reconnaître l'autonomie.

6.7. Les idées qui émergent des audiences

- Le mécanisme de délégation d'actes n'a pas rencontré les objectifs qui ont conduit à son implantation.
- Dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle approche, on doit viser à permettre l'expression de l'autonomie professionnelle; à cette fin, on doit mieux la cerner, identifier des conditions d'exercice qui ne la freinent pas et qui permettent de protéger le public.
- Une approche basée à la fois sur la réserve et sur le partage d'actes devrait remplacer la délégation d'actes.
- La modalité de mise en œuvre, à savoir le règlement, a souvent obligé le milieu à contourner les dispositions en vigueur en raison de l'existence de conditions d'exercice inappropriées et de la lourdeur du processus de modification.

7. La formation

Pour tout professionnel, la formation est un pré-requis essentiel pour assumer pleinement son rôle et faire face à la complexité de son activité. Mais dans quel sens doit évoluer la formation dans le secteur de la santé et des relations humaines? Si certains prônent la hausse des exigences, d'autres mettent plutôt l'insistance sur les nouvelles tendances : universitaire ou pas, la formation doit développer des aptitudes en lien avec la pratique actuelle et future : en équipe et en contexte d'interdisciplinarité.

À l'égard de la formation, des participants à la consultation ont également mis l'accent sur les préoccupations suivantes :

7.1. La formation permet l'adaptation aux nouveaux contextes de travail

- ❑ L'évolution des compétences, de la technologie et des besoins des personnes nécessite une adaptation de la part des professionnels. Cette adaptation s'accomplit grâce au perfectionnement et à la formation continue.
- ❑ Les formations collégiale et universitaire doivent être améliorées de façon à ce qu'elles préparent mieux les intervenants, non seulement au travail d'équipe, mais aussi au respect des expertises et compétences complémentaires entre futurs collègues.
- ❑ Les programmes de formation de base doivent intégrer la culture de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité à leurs modes d'apprentissage, délaisser le travail en silo et développer le travail d'équipe.
- ❑ Il importe que l'interdisciplinarité :
 - fasse partie intégrante de la formation des futurs professionnels;
 - soit clairement et concrètement située dans les scénarios de travail et les interrelations (savoir et savoir-faire spécifiques);
 - s'inscrive comme champ de recherche et de production de connaissances.
- ❑ Une refonte de l'organisation professionnelle questionne nécessairement les actuelles frontières disciplinaires tracées par la formation universitaire.

- ❑ La formation est un élément clé dans l'attribution des rôles et des fonctions de chacun, notamment dans l'offre des soins de première ligne. Elle détermine le type de services que chaque intervenant est apte à donner (le quoi faire et le comment faire).
- ❑ Pour l'instant, on constate l'absence de formation interprofessionnelle. Or, l'intervention interdisciplinaire auprès d'un même usager fait appel à trois types de compétences :
 - spécifiques à la profession;
 - transversales, c'est-à-dire reliées aux interventions faites par tous;
 - collectives, pour habiliter les professionnels à travailler ensemble.

7.2. L'université : oui, mais pas pour tous et pas à tout prix

- ❑ Le rehaussement des exigences de formation est envisagé dans plusieurs domaines et a souvent pour effet de privilégier le passage universitaire obligé. Or, si la formation universitaire et la hausse des exigences peuvent paraître pertinentes dans certains cas, elles ne peuvent s'imposer en toutes circonstances, notamment pour les raisons suivantes:
 - la formation universitaire s'avère plus théorique que pratique, alors que le réseau de la santé et des services sociaux a besoin de techniciens compétents qui pourront bénéficier d'une formation continue en cours d'emploi (les infirmières notamment);
 - à l'encontre de ses réels objectifs, le rehaussement du niveau de formation peut avoir pour effet d'établir le pouvoir d'une profession, de créer de nouvelles hiérarchies et des contrôles additionnels faisant obstacle à l'autonomie professionnelle, d'ajouter à la fragmentation des tâches, de mener à la création de catégories de permis, de faire obstacle à la collaboration entre les intervenants;
 - l'augmentation des exigences pourrait aggraver à court terme la situation de pénurie de professionnels.

On doit donc éviter d'opter systématiquement pour le diplôme universitaire alors qu'on peut aussi se tourner vers une formation collégiale allongée par un volet clinique important, ce qui oblige à innover en matière d'encadrement des stagiaires.

- Le cadre de la formation collégiale doit être assoupli pour permettre le prolongement de la formation par des stages cliniques.

7.3. La formation pratique et la formation continue représentent d'indispensables compléments

- ❑ La formation offerte par les établissements d'enseignement collégial et universitaire ne prépare pas nécessairement les diplômés à faire face à la réalité des milieux de travail (législations à appliquer, produits et appareils à utiliser, savoir-faire, savoir-être). Pour les ordres professionnels, le diplôme est une attestation de compétences; dès lors, on doit tendre à éliminer le décalage qui existe entre la pratique et la formation (entre autres, par l'ajout de stages cliniques et pratiques).
- ❑ La formation continue est un des fondements de la validité du système professionnel. Toutefois, les ordres ne doivent pas assumer seuls la responsabilité de cette formation qui revient également aux établissements.
- ❑ À des fins de protection du public, il devrait être obligatoire pour les professionnels de s'inscrire à des activités de formation continue. On doit toutefois se préoccuper d'offrir aux travailleurs des solutions de formation continue qui soient réalistes et, notamment, compatibles avec leurs obligations professionnelles.
- ❑ La formation continue doit viser à rendre le professionnel mieux outillé pour faire face aux phénomènes sociaux (pauvreté, isolement social, adaptation culturelle) et à le sensibiliser aux besoins des personnes aux prises avec ces réalités ; des plaintes révèlent que les professionnels affichent des carences importantes au plan des rapports humains et des relations interpersonnelles.⁵

7.4. La multiplication des niveaux de formation engendre la confusion

- ❑ L'existence de différents niveaux de formation dans un même champ de pratique est prétexte à des guerres de clocher (exemples : les optométristes, les opticiens et les ophtalmologistes; les thérapeutes en réadaptation physique et les physiothérapeutes; les travailleurs sociaux et les techniciens en assistance sociale; les audioprothésistes, les audiologistes et les ORL).

⁵ Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux.

Cette situation nuit à la qualité et au bon fonctionnement du système actuel.

7.5. Entre autres suggestions

- ❑ La planification et la mise en place de la formation continue devraient résulter d'un travail de collaboration entre les ordres professionnels et les syndicats.
- ❑ Les organisations syndicales devraient être associées aux travaux de révision des programmes de formation.
- ❑ Les programmes de formation devraient intégrer les projets pilotes et différentes expérimentations (ex. : modifications apportées à des protocoles) lorsque ceux-ci s'avèrent concluants.
- ❑ On doit favoriser les aménagements de formation qui permettent un meilleur continuum entre les techniciens et les universitaires d'un même secteur (modifications à la formation des infirmières auxiliaires).
- ❑ La formation en travail social doit mettre davantage l'accent sur les usagers qui présentent des problèmes multiples; dans cette optique, il serait pertinent de rehausser la formation universitaire d'un an.

7.6. Les idées qui émergent des audiences

- La formation est un élément essentiel entre autres, pour garantir la protection du public. Elle doit intégrer les nouvelles technologies, suivre l'évolution des compétences qui émergent dans les différents domaines professionnels. Elle doit également intégrer la culture de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité aux modes d'apprentissage.
- Le cadre de la formation collégiale doit être assoupli pour permettre le prolongement de la formation par des stages cliniques.
- Tant la formation de niveau collégial que la formation de niveau universitaire doivent préparer les futurs professionnels à être fonctionnels dans leur milieu de travail. Il existe un déca-

Chapitre 5

lage important entre les compétences acquises dans le cadre de la formation de base des professionnels et les besoins du milieu.

8. La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité

Cette section commande un bref rappel de la définition des deux notions dont on traite ici :

- la **multidisciplinarité** fait référence à la coexistence de plusieurs disciplines;
- l'**interdisciplinarité** fait référence à la mise en commun des compétences propres à chacune de ces disciplines.

Ces fonctionnements en équipe confrontent les intervenants et les établissements à bon nombre de difficultés, tant au plan du respect des champs de pratique que de leur nécessaire découisonnement. L'adaptation commande aussi de nouvelles façons de faire qui bousculent des acquis et des routines. Mais l'intérêt de l'usager et l'évolution des soins et des services nécessitent la levée des barrières ainsi que la constitution d'équipes où chacun identifie sa place et reconnaît celle de l'autre.

Des participants à la consultation ont fait valoir ces considérations en mettant l'accent sur les préoccupations suivantes :

8.1. L'amélioration des soins et des services passe par le rapprochement des disciplines

- Le travail en équipe permet :
 - d'instaurer une compréhension globale de la personne;
 - d'élaborer des objectifs communs et partagés par toutes les disciplines concernées;
 - de mettre de l'avant un langage commun facilement accessible, surtout à l'usager;
 - d'assurer des soins continus;
 - d'éliminer la duplication des soins et des services;
 - de naviguer autour des zones grises ou des tâches partagées;
 - de mettre en commun l'information;
 - d'identifier les cas plus complexes;
 - d'offrir un soutien mutuel interprofessionnel;
 - de développer une plus grande autonomie professionnelle.
- Les formes anciennes de fonctionnement cèdent progressivement la place à de nouveaux types de regroupement de services professionnels :

Chapitre 5

- accentuation du virage ambulatoire;
 - implantation du guichet unique en maintien à domicile;
 - création d'équipes multiorganisationnelles;
 - développement des références personnalisées;
 - mise sur pied de continuums de services.
-
- ❑ On assiste à l'apparition de nouveaux rôles professionnels que plusieurs professionnels peuvent partager, tel le gestionnaire de cas qui coordonne les services.

 - ❑ La pratique en interdisciplinarité signifie par exemple un travail d'équipe pour la gestion des médicaments dans le cadre d'une intervention complémentaire :
 - le pharmacien agit au plan de l'effet des médicaments;
 - l'infirmière gère les effets secondaires;
 - le travailleur social favorise l'adaptation à la prise de médicaments.

 - ❑ La multidisciplinarité n'a pas pour effet de fondre les compétences mais bien de les utiliser au bon moment, au bon endroit par l'entremise des bonnes personnes.

 - ❑ La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité favorisent la prestation efficiente de services de qualité. De telles pratiques sont déjà bien installées dans le domaine psychosocial et des relations humaines.

 - ❑ Il y a un espace commun où doivent interagir les professions à caractère médical et social parce que certaines situations sociales sont à l'origine de problèmes de santé et que certaines maladies nécessitent un soutien de nature psychosociale. Il s'agit là de la zone de responsabilités partagées, le travail interdisciplinaire.

 - ❑ L'interdisciplinarité s'avère particulièrement appropriée :
 - dans les cas d'enfants maltraités ou victimes d'abus sexuels (collaboration structurée entre les professionnels de la santé et des relations humaines);
 - pour le traitement des personnes présentant des symptômes de maladie mentale.
 - pour répondre aux problèmes de la déficience physique, dans le secteur de la réadaptation.

- ❑ Le travail multidisciplinaire est une garantie supplémentaire pour une protection adéquate de la jeunesse; une collaboration entre le social et la santé s'avère primordiale pour déceler les cas de mauvais traitements.

8.2. Le travail en équipe est freiné par différentes composantes du système actuel

- ❑ De par sa nature même, le système engendre :
 - la compétition;
 - la course à la légitimité;
 - la quête constante d'une expertise de plus en plus claire et affirmée.
- ❑ À l'intérieur du système professionnel, l'interdisciplinarité est freinée notamment par :
 - les exigences de la tenue des dossiers;
 - les contraintes posées par la délégation d'actes;
 - les restrictions face aux interventions à distance (ex. : téléadaptation).
- ❑ L'imputabilité médicale comme fondement du système professionnel ne répond plus à la réalité des milieux de réadaptation.
- ❑ L'approche interdisciplinaire s'avère difficile à implanter dans les établissements de santé physique (hôpitaux de courte durée). La culture organisationnelle y est très hiérarchisée et plus compartimentée. La notion d'interdisciplinarité est incompatible avec un système professionnel basé sur la délégation d'actes du haut vers le bas.
- ❑ Un des obstacles au bon fonctionnement des équipes multidisciplinaires réside dans le manque de formation dans cette perspective.
- ❑ On dénote dans certains milieux le peu de moyens disponibles pour mettre en commun les expertises.
- ❑ Dans le cadre d'un fonctionnement en équipe interprofessionnelle, deux logiques s'opposent, celle de la professionnalisation et celle de la collaboration; à titre de membre de

cette équipe, le professionnel est placé dans une situation paradoxale et vit des conflits de valeurs; lorsque l'équipe fonctionne bien, la collaboration prend le pas sur la protection du territoire; lorsque des difficultés surviennent, le professionnel adopte une position de défense.

- ❑ L'interdisciplinarité est plus indispensable au sein des équipes que la multidisciplinarité. Cela suppose que les équipes adoptent un fonctionnement fondé sur l'ajustement mutuel des intervenants et non sur une définition stricte de leur champ d'exercice respectif. Tant l'organisation générale des services que la définition rigide des champs d'exercice exclusif ne favorisent pas l'interdisciplinarité.
- ❑ La mise en place d'un contexte multidisciplinaire efficace implique :
 - qu'on identifie les zones de chevauchements entre les professions et qu'on laisse les établissements arbitrer à partir de règles concrètes;
 - qu'on élimine les cloisonnements inutiles.
- ❑ Confronté à la réalité actuelle des soins, on observe :
 - que la notion d'équipe multidisciplinaire s'actualise de manière différente selon les secteurs; par exemple, la notion d'équipe soignante est plus présente en gériatrie, en santé mentale ou en réadaptation qu'en chirurgie ou aux urgences;
 - que les professionnels ne peuvent être contraints à travailler en multidisciplinarité par un véhicule législatif ou réglementaire, ils ne peuvent qu'y être incités.

8.3. Certains facteurs favorisent la mise en place de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité

- ❑ Le modèle professionnel hiérarchique doit être délaissé pour un modèle horizontal qui reflète le travail d'équipe et remet en cause les monopoles de pratique.
- ❑ La personne qui reçoit des services s'attend à ce que les professionnels travaillent en collaboration plutôt que de façon parallèle, ce qui va dans le sens du travail multidisciplinaire. Toutefois, cette approche appuie sa réussite sur la reconnaissance du savoir et du savoir-faire propres à chaque profession.

- L'interdisciplinarité nécessite :
 - une organisation professionnelle forte;
 - des champs de pratique spécifiques clairement circonscrits qui respectent l'expertise de chaque professionnel;
 - la reconnaissance de champs de pratique partagés;
 - une organisation du travail qui relève du gestionnaire issu de la même profession que ces employés.

- Les facteurs suivants sont très nettement favorables à la mise en place de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité :
 - le fait de placer l'utilisateur au cœur des actions entreprises;
 - l'intégration de ces nouvelles formes de travail aux codes de déontologie;
 - le partage par l'ensemble des intervenants de la responsabilité d'assurer la qualité des soins et des services;
 - la concentration des ressources pour l'atteinte d'un objectif commun;
 - des champs d'exercice clairement circonscrits;
 - l'intégration dans les programmes de formation du savoir et du savoir-faire propres au travail multidisciplinaire.⁶

- L'implantation de l'interdisciplinarité doit éviter l'écueil d'une vision administrative selon laquelle tous les professionnels peuvent faire la même chose; il existe des besoins pointus, moins courants, qui correspondent à des actes professionnels spécialisés qui ne peuvent être posés que par des professionnels détenant des qualifications précises.

8.4. L'évolution vers les fonctionnements en équipe est indissociable d'une réflexion sur l'autonomie et la responsabilité

- Dans le système professionnel actuel, la responsabilité appartient aux médecins. Cela constitue un obstacle majeur dans la formation d'équipes égalitaires. Aucun changement durable ne pourra survenir sans que cette notion ne soit revue.

⁶ Mémoire présenté par M. René Auclair, président, Conseil québécois d'agrément, 1^{er} décembre 2000, p. 5.

Chapitre 5

- ❑ En contexte d'équipe multidisciplinaire, un professionnel exerce son autonomie et occupe une place au sein de ce qu'on pourrait appeler une « chaîne de responsabilité » professionnelle.
- ❑ Le travail en équipe multidisciplinaire ne doit jamais dispenser un professionnel d'assumer l'entière responsabilité des actes professionnels qu'il pose selon les règles d'éthique et de déontologie professionnelle.
- ❑ L'ouverture à la multidisciplinarité et à l'interdisciplinarité ne doit pas avoir pour effet de remettre en question le champ d'exercice exclusif actuel de la médecine. Dans le contexte d'une équipe multidisciplinaire et d'activités sous supervision médicale, le médecin agit comme chef d'orchestre. Il est alors responsable du résultat des activités. Dès lors, l'autonomie et la responsabilité professionnelle sont deux aspects importants à définir dans le cadre de la révision.
- ❑ La fonction de coordonnateur de soins est de première importance pour le bon fonctionnement de l'équipe. Ce rôle peut être assumé par tout membre de l'équipe mais doit idéalement être confié à la personne la plus apte à comprendre le client et à organiser les services en fonction des véritables besoins de ce dernier.

8.5. Entre autres suggestions

- ❑ Des soins d'assistance pourraient être offerts par un regroupement d'intervenants, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiales et préposés, tous sous la supervision des infirmières.
- ❑ La création de « parlements interprofessionnels en santé » pourrait être une avenue à explorer.

8.6. Pour illustrer...

- ❑ L'interdisciplinarité peut être comparée à une équipe de football : chacun a un rôle principal mais, si la situation l'exige, un quart-arrière peut effectuer un blocage.

8.7. Les idées qui émergent des audiences

- L'amélioration des soins et des services dépend entre autres du travail en équipe interdisciplinaire et passe par le rapprochement des disciplines.
- L'interdisciplinarité est un moyen de collaboration privilégié par l'ensemble des intervenants.
- Déjà cette nouvelle forme d'intervention a fait ses preuves entre autres dans le secteur de la réadaptation physique, et s'avèrerait un moyen efficace d'établir une communication entre le secteur de la santé et le secteur social, une communication identifiée comme étant de plus en plus nécessaire par exemple dans les cas de mauvais traitement.
- Le fonctionnement en équipe oblige à bien comprendre et à bien baliser l'autonomie et la responsabilité professionnelles.

La modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines et la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

1. La réorganisation prioritaire des soins de première ligne

La Commission Clair⁷ recommande que l'organisation d'un réseau de première ligne, tant pour les services sociaux que médicaux, constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux (recommandation R-2). Deux notions de base ont orienté les réflexions de la Commission dans l'élaboration de ce modèle :

- une relation de confiance entre, d'une part, un citoyen et, d'autre part, un professionnel de la santé ou des services sociaux qui travaille au sein d'une équipe;
- une équipe de professionnels qui assume une responsabilité globale pour une clientèle ou une population.⁸

2. Le volet social du réseau

La Commission recommande que le volet social du réseau de première ligne relève des CLSC et que ceux-ci aient la responsabilité d'offrir des services psychosociaux de base à la population qu'ils desservent (recommandation R-3, propositions P-3 et P-11). La réussite d'un tel mandat est directement liée aux facteurs suivants :

- la mobilisation de l'équipe de professionnels du CLSC autour de projets de services intégrés de première ligne;
- une équipe polyvalente comprenant différents intervenants psychosociaux, travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs;
- un mécanisme d'arrimage entre les équipes médicales et les équipes sociales afin d'assurer une approche globale des usagers des services.

Dans cette perspective, le CLSC aurait également la responsabilité d'assurer la continuité des services auprès des clientèles vulnérables et des personnes en difficulté de son territoire. Pour

⁷ La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux ayant été présidé par M. Michel Clair.

⁸ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Rapport et recommandations « Les solutions émergentes », Québec, 2001, p. 29.

ce faire, il devrait développer et mettre en œuvre une approche et une responsabilité d'intervenant pivot, cette responsabilité étant personnalisée par la désignation d'un intervenant.

3. Le volet médical du réseau

La Commission recommande que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des « groupes de médecine de famille » composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. (recommandation R-4). Ce modèle :

- encourage le choix d'un médecin de famille par chaque citoyen;
- tend à préserver, et même à renforcer la notion de relation médecin-patient.

Une entente de services interviendrait alors pour préciser un certain nombre d'activités que le médecin et son « groupe de médecine familiale » s'engagent à fournir, soit :

- la prise en charge et le suivi de l'état de santé;
- la promotion de la santé et la prévention de la maladie;
- le diagnostic, le traitement et le suivi d'épisodes de soins aigus et chroniques;
- la demande de consultation aux services médicaux de deuxième et troisième lignes;
- la gestion de la continuité des services;
- la demande de consultation aux services psychosociaux;
- le travail en réseau avec d'autres « groupes de médecine de famille », le CLSC, le CHSLD ou l'hôpital de soins généraux ou spécialisés;
- le recours à des programmes spécifiques.

Les infirmières cliniciennes ou praticiennes travaillant au sein du « groupe de médecine de famille » se verraient attribuer les responsabilités suivantes :

- des activités de prévention/promotion;
- des activités cliniques de dépistage;
- certains diagnostics/traitements en accord avec le groupe de médecins;
- des activités de gestion de cas;
- des activités de liaison avec le CLSC et les services de deuxième ligne.

4. Un réseau de services intégrés pour des clientèles spécifiques

Les clientèles spécifiques identifiées sont les suivantes :

- les personnes âgées en perte d'autonomie;
- les personnes atteintes de problèmes majeurs de santé mentale;
- les personnes aux prises avec des maladies complexes, souvent de nature chronique.

Les constats suivants ont conduit à proposer des réseaux intégrés pour des clientèles spécifiques :

- l'absence de responsabilité et d'imputabilité précises;
- la faible incitation au travail interdisciplinaire entre les milieux médical et social;
- l'absence de réelle prise en charge de ce type de patient et de coordination de la continuité des soins;
- le manque de formation à la réalité géranto-gériatrique parmi le personnel médical, infirmier et social.

Des principes directeurs caractérisent un réseau de services intégrés :

- on favorise l'utilisation de la ressource la plus pertinente au niveau de la première ligne (médicale, sociale et de soutien) pour réduire l'utilisation inappropriée des ressources hospitalières et institutionnelles - « Utiliser la ressource la plus pertinente au point de vue clinique, humain et financier, en assurant la qualité, peu importe le lieu »⁹ ;
- l'équipe œuvrant dans ces réseaux assume la responsabilité clinique et la gestion de la continuité des services; la gestion de cas par un gestionnaire de cas ou un intervenant pivot constitue un outil essentiel pour coordonner et intégrer les services;
- une formation spécialisée est donnée aux professionnels de première ligne.

On propose que les CLSC aient la responsabilité des réseaux de services intégrés en collaboration avec les « groupes de médecine de famille ».

⁹ *Op. cit.*, p. 67.

5. La responsabilité des équipes de travail locales, notamment au plan de l'organisation de leur travail dans les établissements

La Commission recommande que les médecins et les infirmières participent plus activement à l'organisation de la prestation des soins et à leur gestion, plus spécifiquement au sein de l'hôpital (recommandation R-8).

En ce qui concerne l'infirmière, on constate qu'une part importante des gestes qu'elle pose pourrait être confiée à d'autres catégories de personnel qui, tout en détenant une formation moindre, pourraient assurer un rendement comparable. Ceci viendrait appuyer la position des infirmières qui jugent qu'elles peuvent assumer un rôle plus pertinent dans la prestation de soins complexes, en première ligne et en soins tertiaires. À cet égard, une des quatre mesures proposées pour accroître la participation des infirmières s'énonce ainsi : « l'enrichissement du rôle des infirmières, la formation accrue et l'intégration graduelle d'infirmières praticiennes (*nurse practitioners*).

6. L'interface du rapport de la Commission avec les travaux du Groupe de travail ministériel

La Commission a intégré à son rapport une recommandation qui vise spécifiquement le cadre d'exercice des pratiques professionnelles et qui émet son avis sous le thème « favoriser l'interdisciplinarité ». À ce propos, elle recommande « que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé et qu'on crée les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. » (recommandation R-16)

Trois propositions viennent appuyer la recommandation :

- que les institutions d'enseignement adaptent les programmes de formation aux nouvelles réalités du réseau et aux exigences du travail en interdisciplinarité;
- que le Groupe de travail ministériel accorde la plus grande importance au décroisement des professions et à l'interdisciplinarité, tout en assurant la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe;
- que le Groupe de travail multipartite sur l'allégement de la réglementation favorise la simplification des procédures auxquelles sont soumis les ordres professionnels.

Chapitre 5

De façon générale, la Commission convie tous les professionnels à adapter leur pratique à la réalité moderne. Elle met en lumière les besoins exprimés par la population tout au long du processus de consultation : services accessibles, intégrés, personnalisés, continus et de qualité.

Pour atteindre ces objectifs, le travail en interdisciplinarité n'est plus un choix, c'est une nécessité.

Toutefois, la Commission constate que les regroupements de professionnels entendus en audience revendiquent un élargissement de leur champ de pratique sans pour autant proposer de le partager. C'est là une réalité qu'il est toutefois possible de contrer :

- en mettant en place un cadre législatif qui facilite les efforts des ordres professionnels ouverts et désireux d'innover;
- en examinant les pratiques novatrices développées sur le terrain pour faire face aux impératifs;
- en élargissant certains champs de pratique; pour ce faire les expériences hors Québec peuvent guider la réflexion et les choix; pour la Commission, une telle réflexion s'impose particulièrement pour les infirmières qui sont appelées à jouer un rôle de premier plan dans l'organisation des services qu'elle propose;
- en révisant les curriculums de formation professionnelle pour tenir compte du travail en équipe interdisciplinaire;
- en permettant la reconnaissance légale de nouveaux rôles, particulièrement pour les infirmières;
- en partageant différemment les responsabilités entre les professionnels;
- en allégeant la réglementation professionnelle.

La Commission s'attend à ce que le Groupe de travail ministériel cible les solutions favorisant la reconnaissance légale des pratiques, la collaboration et le partage des responsabilités entre professionnels, tout en préservant les compétences particulières à chaque profession. Concernant le partage des responsabilités, la Commission estime qu'il y aurait lieu d'étudier la possibilité d'intégrer les professionnels œuvrant dans un même domaine d'activité au sein d'un seul ordre, ainsi que d'examiner des moyens facilitant la concertation.

Chapitre 5

De plus, la législation professionnelle devra être allégée :

- pour s'adapter aux nouvelles tendances et au développement des technologies;
- pour reconnaître aux ordres une plus grande latitude dans la mise en œuvre des changements.

7. La formation continue

Sous le thème de la valorisation des compétences, la Commission propose l'implantation de programmes de formation continue et de développement professionnel dans tous les établissements.

8. Les centres jeunesse

Dans le but d'améliorer les services offerts dans les centres jeunesse, la Commission propose que ces établissements accélèrent leur démarche d'amélioration des pratiques, de définition des standards de qualité et de formation de leurs intervenants (proposition P-19). En ce sens, ils doivent poursuivre les efforts déjà menés, entre autres, dans la formation des intervenants.

9. Un système d'information et de communication

La nouvelle réalité des soins de santé doit inciter ses acteurs à concevoir, dans un avenir proche, la création d'un dossier « patient » informatisé partageable grâce à la carte microprocesseur. On vise ainsi à mettre à la disposition des professionnels les informations nécessaires à la gestion de la santé des individus.

Liste des groupes et experts consultés

Les experts consultés en audience¹⁰

- André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Département d'administration de santé, Université de Montréal et membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
- Richard Cruess, md
- Danielle D'Amour, infirmière, professeure et chercheure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Jacques Gagné, président, Fondation Frost
- Suzanne Kirouac, doyenne sortante, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Claude Larivière, professeur, Département de service social, Université de Montréal
- Linda Lepage, doyenne, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
- Jules Martin, md, directeur général associé, Conseil canadien d'agrément des services de santé
- Nicolas Steinmetz, directeur général associé de la planification, Centre universitaire de santé McGill
- Jean-Bernard Trudeau, md, directeur, Services professionnels, Centre hospitalier Pierre-Janet

Les experts rencontrés, en dehors du cadre des audiences

- Claude Castonguay, en tant que président de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, à l'origine du système professionnel au Québec
- David Levine, directeur général, Hôpital général d'Ottawa

Les groupes et les organismes rencontrés en audience¹¹

- L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé; représentant : Renaldo N. Battista

¹⁰ La présentation en audience était également accompagnée d'un document pour certains.

¹¹ Ces groupes ont également déposé soit un mémoire soit un document de présentation.

Chapitre 5

- L'Association des Centres jeunesse du Québec; représentants : Jean Boudreau et Pierre Morin
- L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec; représentants : Lucille Rocheleau et Ginette Taillon
- L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec; représentants : Jacques Drolet, Paul Lachapelle et Anne Lauzon
- L'Association des hôpitaux du Québec; représentants : Daniel Adam et Michelle Dionne
- L'Association des pharmaciens des établissements de santé; représentants : Alain Bureau, Manon Lambert et Linda Vaillant
- L'Association médicale du Québec; représentants : Marquis Fortin et Daniel Wagner
- La Centrale des syndicats du Québec; représentants : René Beauséjour, Pierre Boily, Nicole Boudreau, Louise Chabot et Hélène Lebrun
- La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse; représentants : Marc Bélanger et Céline Giroux
- La Confédération des syndicats nationaux; représentants : Denise Boucher, Jeff Deyglun et Michel Tremblay
- Le Conseil de la santé et du bien-être; représentants : Éric Laplante, Hélène Morais et Lionel Robert
- Le Conseil pour la protection des malades; représentantes : Dominique Demers et Suzy Landreville
- Le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé; représentant : René Auclair
- Le Curateur public du Québec; représentants : Monique Daigle et Normand Laroche
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; représentants : Ginette Primeau et Jean-Maurice Turgeon
- La Fédération des médecins résidents du Québec; représentants : Jean-François Cailhier, Jocelyne Carrier et Céline Girard
- La Fédération des médecins spécialistes du Québec; représentants : M. Bellavance, Yves Dugré et Gilles Hudon
- La Fédération des travailleurs du Québec; représentants : Raymond Forget, Gilles Giguère, Dominique Savoie, Henri Massé, J.-P. Ouellet et Claude Turcotte
- Le Regroupement des directrices et directeurs de soins infirmiers des centres hospitaliers universitaires et des instituts affiliés; représentants : Marie-Claire Pelletier, Gilles Thomassin et Linda Ward

Chapitre 5

- L'Union québécoise des infirmières et infirmiers auxiliaires; représentants : Gilles Jean et Monique Leroux

Les groupes et organismes ayant déposé un mémoire sans être rencontrés en audience

- L'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec
- La Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux
- Le Conseil médical du Québec
- La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

- Une rencontre de travail a été tenue avec la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux; les membres suivants ont rencontré le Groupe de travail : Michel Clair, président, John Le Bouthillier, Hélène Rajotte, René Rouleau

Chapitre 6

**Les problèmes et les solutions vus par chacun
des ordres professionnels**

Introduction

Les éléments d'information qui apparaissent à ce chapitre ont été tirés des fiches synthèses élaborées pour chacun des ordres professionnels. Le contenu de ces fiches synthèses a été validé par chacun des ordres professionnels concernés au cours des travaux préliminaires du Groupe de travail. L'intégral du contenu de ces fiches synthèses sera publié en annexe du rapport final. Nous vous présentons donc dans le présent chapitre un résumé des problèmes et des solutions tels que vu par les ordres professionnels.

1. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec

1.1. Principales problématiques

1.1.1. *La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public et permet des appellations multiples*

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise du fait que la seule réserve du titre :

- ne constitue pas une mesure suffisante;
- ne permet aucun contrôle sur la compétence des personnes qui posent l'acte diététique tels qu'ils le définissent;
- donne libre accès au champ d'exercice à des personnes ne possédant aucune formation dans ce domaine; or, l'activité visée est susceptible de causer des dommages graves aux patients si elle n'est pas exercée par des diététistes/nutritionnistes ou des médecins;
- ne fait pas obstacle aux doubles appellations.

1.1.2. *L'alimentation fait l'objet d'une avalanche d'information*

L'alimentation étant une activité courante qui concerne tout le monde, il est difficile pour les diététistes de faire valoir l'expertise qui leur est spécifique. Le public est inondé d'information en matière nutritionnelle (Internet, médias). Divers intervenants, membres des ordres ou non, se déclarent spécialistes en évaluation nutritionnelle sans que l'Ordre puisse intervenir. Les poursuites pour usurpation de titre ou exercice illégal sont ardues.

1.1.3. *La pénurie de diététistes se répercute sur les services*

La majorité des diététistes travaillent dans les établissements de soins de courte durée. Trop peu d'entre elles œuvrent dans les CHSCD, les CLSC et les CHSLD pour répondre à l'ensemble des besoins nutritionnels des usagers.

1.1.4. Différents phénomènes imposent de nouvelles exigences à la profession

Des changements technologiques, scientifiques et sociaux influencent l'évolution de la profession tels que :

- la complexité des maladies et la découverte de nouvelles maladies;
- la « nutrification » des aliments, c'est-à-dire les transformations alimentaires grâce à la biotechnologie;
- la préoccupation accrue de la population à l'égard des propriétés et vertus des aliments;
- le vieillissement de la population.

1.2. Solutions proposées par l'Ordre

Une activité exclusive partagée

L'Ordre définit ainsi schématiquement les soins médico-nutritionnels :

- étape 1, évaluation nutritionnelle;
- étape 2, diagnostic nutritionnel;
- étape 3, élaboration et implantation du plan de soins nutritionnels;
- étape 4, évaluation de la réponse au traitement nutritionnel.

L'Ordre est d'avis que les soins médico-nutritionnels, lorsque dispensés à des individus ayant une condition médicale, chirurgicale ou nutritionnelle à risque, devraient constituer une activité exclusivement réservée aux diététistes/nutritionnistes ou aux médecins.

L'évolution de la pratique et du contexte de travail amène l'Ordre à demander l'autorisation de pratiquer certains actes tels que la prescription nutritionnelle des éléments suivants :

- régimes thérapeutiques;
- textures et consistances de l'alimentation orale;
- préparations lactées thérapeutiques pour nourrissons;
- suppléments nutritifs;
- suppléments de vitamines et minéraux;
- formules nutritives pour l'alimentation entérale et parentérale; débit et progression;
- tests diagnostiques essentiels à l'intervention nutritionnelle.

Le texte suivant est suggéré par l'Ordre à titre d'actualisation du champ évocateur de la profession, article 37, paragraphe c du *Code des professions* :

« procéder à l'évaluation de l'état nutritionnel et de la capacité fonctionnelle de s'alimenter et de se nourrir d'un individu, poser le diagnostic nutritionnel, déterminer le plan de soins nutritionnels incluant la voie d'alimentation, assurer le counselling et évaluer la réponse au traitement nutritionnel ».

1.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

L'évolution de la pratique :

- est liée aux récents bouleversements du secteur de la santé et aux développements scientifiques et technologiques qui touchent la nutrition;
- fait en sorte que le rôle des diététistes/nutritionnistes est mieux connu;
- dicte de nouvelles exigences de compétences et de spécialisations aux membres de l'Ordre;
- impose de nouveaux défis à l'Ordre, soit la promotion auprès de ses membres :
 - de l'interdisciplinarité,
 - de la poursuite d'objectifs de performance dans la pratique,
 - de l'importance de contribuer à l'efficacité et à l'efficience des services professionnels,
 - de l'intérêt de développer des compétences de pointe,
 - de la pertinence d'exercer une surveillance de la pratique.

1.4. Législations et réglementation en vigueur au Canada

Points communs, éléments distincts

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de diététiste, sauf la Colombie-Britannique où un projet est en cours.
- Même si la définition de la pratique ne varie pas énormément d'une province à l'autre, il est difficile de la résumer.

Chapitre 6

- L'Alberta, l'Île-du-Prince-Edouard et le Nouveau-Brunswick optent pour une énumération d'actes qui est pratiquement la même; la Colombie-Britannique et l'Ontario ont une définition globale.
- La profession :
 - est à titre réservé en Alberta, à l'Île-du-Prince-Edouard, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Saskatchewan et à Terre-Neuve;
 - comporte des actes réservés dans le projet de la Colombie-Britannique.
- Au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, nul ne peut pratiquer à titre de diététiste à moins d'être inscrit au registre (Manitoba) ou d'être immatriculé (Nouveau-Brunswick).

2. L'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec

2.1. Principales problématiques

2.1.1. Le champ descriptif ne reflète pas la réalité actuelle de la pratique

Le système professionnel doit avoir la souplesse requise pour permettre à chaque profession de s'ajuster en fonction de son évolution et de la tendance à la spécialisation dans le secteur de la santé et des relations humaines. Actuellement, il existe un écart important entre le champ d'exercice des ergothérapeutes (*Code des professions*, depuis 1973) et la réalité actuelle de la profession.

2.1.2. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Au fil des ans, il est apparu clairement à l'Ordre que la réserve du titre d'ergothérapeute était un principe à maintenir, mais que cette seule mesure ne permettait pas un contrôle adéquat de la pratique. Usurpation de titres, titres équivalents, diplômés non adhérents à l'Ordre : ce sont des situations pour lesquelles les recours légaux n'ont pas apporté de solutions satisfaisantes. Dans les faits, la surveillance de l'exercice professionnel se réalise principalement à travers les activités du syndicat et le mécanisme d'inspection professionnelle de l'Ordre. Or, si les professionnels peuvent s'y soustraire, la population n'est pas protégée.

À l'époque de la mise en œuvre du système professionnel, la seule réserve du titre semblait appropriée. Une majorité d'ergothérapeutes œuvraient alors dans des établissements du réseau public de santé sous la supervision d'un professionnel de la même discipline. Aujourd'hui, la quasi-disparition de cet encadrement direct et la nécessité de recourir à de nouveaux moyens de contrôle s'expliquent par les facteurs suivants :

- le regroupement de services professionnels sous l'autorité d'un seul supérieur hiérarchique et le fonctionnement par programmes en interdisciplinarité dans les centres hospitaliers et les centres de réadaptation;
- le développement des programmes de services professionnels communautaires dans les CLSC et les cliniques externes;
- une pratique professionnelle en solo pour plusieurs CHSLD fusionnés;

- l'accroissement de la pratique en clinique ou en bureau privé de même que dans le secteur commercial.

2.1.3. Il y a prolifération d'appellations

Ergothérapeute, diplômé en ergothérapie : peut-on s'attendre à ce que le patient fasse la différence entre les titres? Or, le phénomène des titres équivalents et des doubles appellations :

- est bel et bien présent dans les conventions collectives de la fonction publique québécoise;
- constitue un obstacle majeur à la surveillance de l'exercice professionnel par l'Ordre;
- entraîne la confusion tant pour le public que pour le personnel des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux et des autres organisations.

Par ailleurs, un ergothérapeute qui a fait l'objet d'une inspection professionnelle jugée insatisfaisante n'a qu'à se retirer du tableau des membres pour continuer sa pratique sous un autre titre et ne pas se voir imposer le stage de perfectionnement prévu dans ces cas.

2.1.4. L'ergothérapeute est particulièrement visé par les chevauchements professionnels

La problématique des chevauchements professionnels :

- est plus présente dans les établissements du réseau de la santé que dans le secteur privé;
- est plus aiguë en contexte de compressions budgétaires;
- débouche périodiquement sur des conflits entre les disciplines ou entre les personnes;
- affecte la pratique de l'ergothérapie puisque celle-ci étend la portée de ses interventions aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales pouvant affecter la performance de l'individu dans la réalisation de ses occupations.

2.1.5. La tâche est alourdie par le poids des décisions à prendre

Alors que les ressources se font rares dans les services publics de santé, les ergothérapeutes doivent orienter les moyens, cibler les patients et se questionner constamment :

- quels sont ceux qui doivent bénéficier en priorité des services d'ergothérapie?
- quels services doivent être dispensés et pendant combien de temps?

Chapitre 6

- quelles aides technologiques doivent être accordées et à qui?
- doit-on recourir à de l'équipement spécialisé à la fine pointe de la technologie ou doit-on opter pour un équipement moins sophistiqué qui répond aux besoins de base de l'individu?

Ces décisions font en sorte que les ergothérapeutes doivent de plus en plus souvent faire face à l'insatisfaction de certains patients et de leur famille.

Les choix à faire peuvent être déterminants :

- pour la santé et la sécurité de la personne, de ses proches ou de la société en général; il y va en effet de l'intégrité physique et psychologique de l'individu et du respect de ses droits;
- en terme de coûts pour le système de soins de santé.

2.1.6. La pénurie d'ergothérapeutes se répercute sur les services et la formation

L'affectation des budgets de santé néglige souvent de combler les postes d'ergothérapeutes demeurés vacants ou entraîne l'embauche de personnes qui interviennent sans avoir les compétences requises ou sans être supervisées par des ergothérapeutes qualifiés. Cette situation :

- remet en question l'accès aux services;
- a nécessité des réaménagements au plan de la formation, soit un décontingement partiel en milieu universitaire (effets escomptés en 2002);
- limite de façon critique l'apport des ergothérapeutes à la formation clinique des étudiants.

2.1.7. Des bouleversements et de nouvelles tendances modifient considérablement la pratique

Une enquête de l'Ordre a mis en évidence les effets du virage ambulatoire et de la désinstitutionnalisation sur la pratique, soit notamment :

- la complexification des problèmes rencontrés;
- la nécessité pour les professionnels de réagir en urgence et de façon morcelée;
- le suivi à effectuer dans d'autres milieux et à domicile auprès de gens frappés d'incapacités de plus en plus lourdes;
- l'augmentation du nombre de patients;

Chapitre 6

- le manque de ressources;
- l'allongement des listes d'attente;
- le déplacement de certains services vers des ressources privées.

D'autre part, l'ergothérapie, comme d'autres professions, est affectée par l'évolution des connaissances et de la technologie :

- des ajustements sont requis par le travail en multidisciplinarité ou en interdisciplinarité;
- la connexité des champs de pratique dans le domaine de la santé génère des changements;
- la privatisation croissante des services de santé touche directement la profession.

2.2. Solutions proposées par l'Ordre

2.2.1. Un champ descriptif actualisé

À titre de version provisoire, le texte suivant est suggéré par l'Ordre :

« Constitue l'exercice de l'ergothérapie toute activité qui a pour objet l'évaluation des habiletés fonctionnelles (physiques, cognitives et affectives) d'une personne et des interactions de celles-ci avec ses habitudes de vie et son environnement (physique et socioculturel), ainsi que l'élaboration d'un plan individualisé d'intervention. Les services rendus par l'ergothérapeute visent à réduire les obstacles environnementaux et à promouvoir, développer, maintenir ou restaurer les habiletés requises pour la réalisation des habitudes de vie valorisées par la personne (soins personnels, vie domestique, travail, rôles sociaux, etc.). L'intervention ergothérapique privilégie l'utilisation de l'activité sous toutes ses formes et est orientée de manière à favoriser l'autonomie fonctionnelle et à faciliter l'intégration de la personne dans la communauté.

L'ergothérapeute peut intervenir auprès d'un individu, d'une famille, d'un groupe d'individus, d'un organisme communautaire ou d'une entreprise ».

2.2.2. Des actes réservés

Dans le but d'assurer la protection du public et de réserver le champ d'exercice de la profession, dans son sens large, aux seuls membres en règle de l'Ordre, il apparaît important à ce dernier d'adopter l'une ou l'autre forme de dispositions à cet égard : activités intégrées au *Code des professions* ou autre forme de réserve.

2.2.3. Des orientations touchant le système professionnel

L'actualisation du système professionnel dans le domaine de la santé et des relations humaines doit privilégier :

- l'encadrement de toutes les personnes qui dispensent des services professionnels potentiellement préjudiciables pour le public;
- le maintien des facteurs actuellement considérés pour la constitution d'un ordre professionnel, selon une optique modernisée;
- une conception non restrictive du préjudice à la population, et appuyée sur des paramètres identifiés (de type physique, psychologique, émotif, moral, financier, économique, matériel et juridique);
- une conception révisée de ce que représente l'autonomie de telle catégorie de professionnels de la santé et des relations humaines, élément décisif dans l'attribution d'un exercice exclusif ou d'un titre réservé;
- une révision du champ descriptif des professions à exercice exclusif de façon à mieux tenir compte des autres professions et à préciser les activités professionnelles réservées;
- des champs descriptifs reflétant, pour chaque profession, les compétences spécifiques et les activités réservées;
- une reconnaissance légale du nom générique et du champ descriptif de chaque profession;
- l'adhésion obligatoire à l'ordre professionnel pour les personnes offrant des services qui correspondent aux activités réservées;
- l'abolition des doubles appellations portant à confusion dans les services gouvernementaux et paragouvernementaux;
- le contrôle des nouveaux titres d'emploi qui ne reposent pas sur une formation de base spécifique dans les services gouvernementaux et paragouvernementaux;
- le contrôle des titres, abréviations, mots ou expressions qui peuvent laisser croire qu'une personne est membre d'un ordre professionnel;

Chapitre 6

- un lieu de concertation entre les milieux de formation et le système professionnel afin d'arrimer les nouveaux programmes à ceux qui existent déjà, ceci pour éviter la prolifération de nouveaux titres;
- un mode d'organisation tel que développé précédemment par l'Office des professions, à savoir des ordres professionnels pour lesquels un champ descriptif et des activités, parties de celles-ci ou actes, sont réservés en exclusivité ou en partage avec d'autres professions;
- la reconnaissance légale de nouveaux rôles, de divers niveaux d'expertise et d'activités ou d'actes spécialisés;
- la déréglementation de certaines activités professionnelles;
- l'identification par chaque profession des activités professionnelles, parties de celles-ci ou actes qui devraient être réalisés soit par leurs membres, soit par d'autres professionnels en définissant alors l'encadrement requis;
- la mise en place de mécanismes de concertation ou de conciliation interprofessionnelle pour favoriser l'interdisciplinarité, la polyvalence et une marge de manœuvre pour les gestionnaires dans l'organisation des ressources et des services.

2.3. L'avenir de la profession

2.3.1. *La formation, universitaire et continue*

Le baccalauréat en ergothérapie ne s'avère plus suffisant pour absorber les nouveaux objectifs de formation. Les universités québécoises explorent la pertinence d'instaurer un programme de deuxième cycle.

Au terme d'une période d'arrêt, un certain nombre d'ergothérapeutes ne renouvellent pas leur adhésion à l'Ordre tout en reprenant leur activité professionnelle. De ce fait, il devient impossible pour l'Ordre de voir à ce que ces personnes œuvrant en ergothérapie s'acquittent de leur obligation éthique d'actualiser leurs connaissances.

2.3.2. *La profession, ses tendances et ses transformations*

L'encadrement des ergothérapeutes par un supérieur hiérarchique de la même discipline a chuté de façon significative au cours des dernières années. Ce phénomène s'explique notam-

Chapitre 6

ment du fait que les ergothérapeutes travaillent plus souvent qu'autrefois dans les conditions suivantes :

- ils font partie d'équipe multidisciplinaire sous la supervision d'un autre type de professionnel;
- ils œuvrent dans le secteur privé et de façon plus autonome.

Dans un contexte ou dans un autre, les ergothérapeutes connaissent plus souvent qu'autrefois une pratique en solo qui peut agir au détriment de l'émulation qu'apporte l'encadrement et le regroupement professionnel.

Par ailleurs, le fonctionnement en interdisciplinarité va en augmentant tout en demeurant freiné par la question de la responsabilité professionnelle : dans l'application d'un plan d'intervention, comment se répartissent les responsabilités entre les professionnels et quelles sont les possibilités de faire reconnaître les dissidences?

Ces années-ci, certaines dimensions du rôle de l'ergothérapeute prennent une nouvelle importance et confirment une polyvalence accrue dans les tâches de :

- clinicien dans les services de première ligne ainsi que dans les services spécialisés et ultraspécialisés;
- consultant dans le réseau public et dans le secteur privé;
- superviseur;
- gestionnaire de cas.

Enfin, on assiste à une croissance des besoins de services d'ergothérapie, en lien avec le vieillissement de la population, l'augmentation du taux de survie de malades et d'accidentés qui bénéficient de récents progrès scientifiques, le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation. L'avenir laisse donc entrevoir des attentes grandissantes. Mais le présent ne comble pas la pénurie d'effectifs.

2.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession d'ergothérapeute.

Chapitre 6

- En Ontario, les ergothérapeutes sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé mais n'ont droit d'exercer aucun des actes réservés dans cette loi.
- La profession est à titre réservé en Alberta, en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Edouard, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan.
- Avec l'entrée en vigueur du Bill 22 en Alberta, les ergothérapeutes pourront exercer les actes autorisés prévus dans les règlements.
- Au Manitoba, nul ne peut se présenter comme un membre à moins d'être inscrit au registre; une personne ainsi inscrite peut pratiquer l'ergothérapie.
- En Nouvelle-Écosse, seule une personne possédant la licence et inscrite au registre peut pratiquer l'ergothérapie contre rémunération.
- À Terre-Neuve, une personne ne peut pratiquer l'ergothérapie à moins de détenir la licence.
- Les exigences d'accès à la profession sont semblables d'une province à l'autre, soit le diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat) en ergothérapie, les stages et les examens d'entrée.

3. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec

3.1. Principales problématiques

3.1.1. Le champ d'exercice ne reflète pas la réalité de la pratique

Le champ d'exercice doit :

- être mieux reconnu et respecté;
- tenir compte des actes réellement posés par les infirmières/infirmiers pour assurer le service à la clientèle;
- refléter le rôle de l'infirmière/infirmier selon une approche globale;
- faire ressortir le caractère autonome des fonctions de l'infirmière/infirmier.

L'actualisation de l'encadrement professionnel doit tenir compte d'une série de facteurs qui influencent directement l'évolution de la profession, soit :

- les progrès scientifiques, pharmacologiques et technologiques;
- le vieillissement de la population;
- la priorité accordée à la santé de la population;
- l'acceptation, aux plans canadien et américain, de nouveaux modes de pratique avancée et de nouvelles spécialités.

3.1.2. Infirmières/infirmiers et médecins vivent des problèmes de chevauchements professionnels

Les infirmières/infirmiers sont fréquemment appelés à assumer des responsabilités qui sont rediscutées par les médecins, ou des regroupements de médecins, qui tendent alors à interpréter de façon restrictive le champ d'exercice de la profession. Ces situations surviennent, par exemple, dans les contextes suivants :

- dans les CLSC où la ligne Info-Santé et les cliniques de soins infirmiers sans rendez-vous s'inscrivent dans une logique de disponibilité accrue des services à la population;
- dans certaines régions où il y a pénurie de médecins;
- en santé publique; des infirmières/infirmiers voient leur tâche restreinte dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques, d'activités de dépistage et d'opérations de prévention;
- en pratique privée; bien que marginale, cette pratique a fait l'objet de jugements limitant l'exercice infirmier;

- dans le cadre de l'interprétation du Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que les médecins; l'Ordre dénonce notamment les lourdeurs d'application des normes prévues.

Dans d'autres circonstances, le rôle des infirmières/infirmiers s'intègre dans une démarche de collaboration entre les professions sans toutefois que la reconnaissance légale soit établie :

- dans les services d'urgence et de première ligne lors du triage; l'infirmière procède alors à l'évaluation du patient et, au besoin, à certains tests diagnostiques et à des mesures thérapeutiques;
- dans les cas où l'infirmière intervient comme praticienne de première ligne, en soins d'urgence et en région isolée;
- dans le cadre de certains projets-pilotes de pratique infirmière avancée, particulièrement dans les milieux spécialisés; les infirmières/infirmiers peuvent alors appliquer des méthodes de soins traditionnellement réservées aux médecins.

3.1.3. Des problèmes de chevauchements impliquent d'autres catégories de professionnels

La pratique infirmière se heurte régulièrement à des résistances ou oppositions d'autres ordres ou regroupements, de même qu'à des appropriations d'actes. Les conflits occasionnent des plaintes, des poursuites judiciaires et même, lorsque les positions se radicalisent, des opérations médiatiques visant à restreindre l'action des infirmières/infirmiers, voire à jeter un discrédit sur la profession. Dans certains cas, cependant, des analyses de situation sont menées en réaction aux chevauchements pour en venir à des résultats satisfaisants; mais on observe alors la lenteur des mécanismes législatifs à encadrer les nouveaux fonctionnements.

De tels problèmes de chevauchements impliquent :

- les podiatres;
- les infirmières auxiliaires;
- les technologues en radiologie;
- les technologistes médicaux;
- les sages-femmes;
- les physiothérapeutes;
- les professionnels des milieux de la santé mentale (équipes multidisciplinaires);
- les inhalothérapeutes;

- les pharmaciens.

3.1.4. *Des non-professionnels ont accès au champ de pratique des infirmières/infirmiers*

Ces situations impliquent :

- les personnes qui agissent à titre de domestique, de dame de compagnie, de bonne d'enfant ou d'aide domestique; une interprétation trop large des dérogations prévues à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* les autorise à donner des soins infirmiers sans restriction, que ce soit à domicile ou dans le milieu de vie substitut;
- les éducateurs, auxiliaires familiales et préposés aux bénéficiaires;
- les aides de collecte (dans le cadre de collectes de sang);
- les techniciens ambulanciers.

3.1.5. *La révision des programmes de formation en soins infirmiers*

Divers facteurs sont venus modifier le contexte de la pratique professionnelle en matière de soins infirmiers et exigent des infirmières une capacité d'adaptation accrue et un champ de connaissances élargi :

- ?? la transformation accélérée du réseau de la santé et le virage ambulatoire ont bousculé les schèmes de référence et généré un contexte de travail décloisonné avec un encadrement moindre ;
- ?? les changements démographiques dont le vieillissement de la population rendent les situations de soins de plus en plus intenses et complexes.

Des études révèlent qu'au Québec :

- ?? les préalables d'admission à un programme de soins infirmiers sont les moins élevés au Canada ;
- ?? le nombre d'heures de formation des infirmières est en deçà de la moyenne canadienne ;
- ?? la formation spécifique aux soins infirmiers se situe au niveau minimal des heures exigées ailleurs au Canada.

Les études révèlent que de façon générale, la tendance est à l'enrichissement des contenus. Un comité-conseil¹ agissant auprès du ministre de l'Éducation du Québec conclue que les programmes de formation en soins infirmiers devaient être révisés et renforcés.

3.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes partagés, l'actualisation de la loi

Les solutions proposées par l'Ordre :

- consistent à demander le partage de certains actes avec les médecins;
- visent à doter la profession d'un encadrement législatif qui tienne compte des nouvelles réalités de la profession et des principales problématiques énoncées.

3.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

Différents phénomènes liés à la reconfiguration du système de santé ont, ou auront, une influence directe sur l'évolution de la profession. On prévoit notamment que :

- une proportion de plus en plus importante des infirmières sera affectée aux ressources de la santé communautaire;
- les soins en centres hospitaliers auront tendance à se complexifier, de sorte que bon nombre d'établissements deviendront des centres hautement spécialisés en soins critiques;
- l'environnement des soins infirmiers imposera aux infirmières/infirmiers des exigences accrues telles que la capacité de gérer des situations cliniques complexes, la faculté de s'adapter aux nouvelles technologies et à de nouveaux secteurs de soins, la capacité d'exercer un bon jugement clinique et de faire preuve d'une expertise de pointe, etc.;
- le travail par équipe multidisciplinaire sera de plus en plus répandu;
- les soins à domicile se développeront, d'où l'accent mis sur les volets conseil, soutien et éducation de l'infirmière/infirmier;
- la pratique infirmière en CLSC ira en augmentant, déplaçant encore davantage les soins et les services vers des ressources plus légères et moins coûteuses;

¹ *Rapport du Comité-conseil sur la formation infirmière*, présenté au ministre de l'Éducation du Québec, 30 juin 1999.

Chapitre 6

- les problématiques liées à la violence, à la toxicomanie et au sida seront de plus en plus présentes;
- les situations biopsychosociales seront plus complexes et maintiendront les chevauchements qu'on constate déjà entre le secteur social et les soins infirmiers.

3.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession d'infirmière.
- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes : certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces, la profession d'infirmière est à exercice exclusif.
- En Ontario, les infirmières sont régies par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer trois des actes réservés contenus dans cette loi ainsi que ceux énumérés dans le règlement.
- En Colombie-Britannique, le Conseil des professions de la santé divise les actes pouvant être posés de l'initiative de l'infirmière et ceux devant être autorisés par une personne habilitée à le faire.
- En Alberta, les règlements dresseront la liste des actes réservés que chaque professionnel pourra pratiquer.
- En ce qui concerne les qualifications requises pour faire partie de l'ordre professionnel, les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder un diplôme en sciences infirmières et d'avoir réussi les stages et examens nécessaires. Ce sont là des qualifications pour une licence générale. D'autres exigences sont prévues pour la pratique infirmière avancée.

4. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

4.1. Principales problématiques

4.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Actuellement, l'Ordre se trouve dans l'incapacité de poursuivre un établissement qui permet à des non-membres de poser des actes délégués aux infirmières auxiliaires.

4.1.2. La capacité légale des membres de l'Ordre n'est pas uniformément reconnue

L'Ordre souhaite que l'autonomie professionnelle et la capacité légale des infirmières auxiliaires soient reconnues uniformément au Québec, quel que soit l'établissement, l'emplacement géographique de ce dernier, l'heure de la journée ou le jour de la semaine. À défaut de cette reconnaissance :

- les membres de l'Ordre constatent qu'ils demeurent à la merci du pouvoir discrétionnaire de la direction des soins dans les établissements;
- ils observent également que le nombre d'actes qu'ils peuvent poser diminue au gré de restrictions établies par d'autres professionnels (infirmières);
- ils constatent que certains établissements renoncent à les embaucher.

4.1.3. Des actes sont délégués à du personnel non qualifié

L'Ordre exprime son désaccord quant à la délégation d'actes par des infirmières et des infirmiers à des préposés aux bénéficiaires et à des auxiliaires familiales qui n'ont ni les compétences, ni les habiletés requises pour dispenser ou prodiguer des soins infirmiers. L'Ordre n'a d'ailleurs jamais été consulté au sujet de la délégation de ces actes alors que le règlement prévoit qu'il doit donner son avis.

4.2. Solutions proposées par l'Ordre

4.2.1. Un champ descriptif actualisé

À titre de version provisoire, le texte suivant est suggéré par l'Ordre :

« L'infirmière auxiliaire prodigue les soins infirmiers que requiert la promotion de la santé, la prévention et le traitement de la maladie, dispense des soins sur ordonnance médicale, collabore et contribue notamment aux méthodes de diagnostic, à la cueillette des données et à l'élaboration du plan de soins et pose tous les actes réservés par la loi, (en exclusivité ou en partage).

Elle fait de l'enseignement et transmet de l'information correspondant à sa compétence et à ses responsabilités ».

4.2.2. Une nouvelle réglementation

Les principales demandes de l'Ordre sont les suivantes :

- prévoir l'appartenance obligatoire à l'ordre professionnel pour les professions à titre réservé;
- appuyer la réforme principalement sur une autonomie accrue des professionnels, ce qui implique :
 - une clarification des actes réservés,
 - un encadrement juridique plus simple et non équivoque pour faire en sorte que la capacité légale de l'infirmière auxiliaire soit la même dans tous les types d'établissements ou d'unités (abolition de la délégation d'actes et des conditions locales).
- abolir l'exercice de certaines activités par le personnel non professionnel en raison de la menace que cela représente pour la sécurité du public.

4.2.3. Au sujet des actes réservés ou partagés

Ces actes devraient référer à des activités déjà incluses dans le champ d'exercice des infirmières et dans le champ d'exercice des médecins.

4.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

L'actuelle pénurie de personnel infirmier dans le système de santé doit inciter les responsables à avoir recours davantage aux infirmières auxiliaires dans tous les types d'établissements et

dans tous les secteurs de soins. Dès lors, et en rapport avec les problématiques déjà énoncées :

- l'organisation du travail doit être revue;
- la profession doit jouir d'une plus grande autonomie d'action;
- le champ d'exercice de la profession doit être revu et modernisé pour tenir compte des nouvelles réalités;
- l'infirmière et l'infirmier auxiliaires doivent pouvoir jouer un rôle majeur dans l'équipe de soins;
- la réglementation professionnelle doit pouvoir s'adapter à l'évolution des techniques de soins.

4.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces et les territoires canadiens ont une loi encadrant la profession d'infirmière auxiliaire.
- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes; certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces et les territoires, les infirmières auxiliaires ont un titre réservé.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba, en Saskatchewan, à Terre-Neuve et au Yukon, une personne ne peut pratiquer ou être employée à titre d'infirmière auxiliaire que si elle est dûment enregistrée ou immatriculée.
- En Ontario, les infirmières auxiliaires sont régies par la loi cadre sur les professions de la santé et par les mêmes lois que les infirmières; elles ont donc le droit d'exercer les mêmes actes réservés, c'est-à-dire trois des treize actes réservés aux professionnels de la santé.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre : il s'agit essentiellement d'avoir complété un programme de formation d'infirmière auxiliaire et d'avoir réussi les examens nécessaires.

5. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

5.1. Principales problématiques

5.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- l'adhésion à l'Ordre demeure facultative; dès lors, la pratique de l'inhalothérapie est accessible à des personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre et qui choisissent de se soustraire aux mécanismes de contrôle prévus.

5.1.2. Il y a prolifération d'appellations

Les appellations foisonnent : inhalothérapeute, technicien en inhalothérapie, technicien en fonction respiratoire, technicien en anesthésie, technicien en soins respiratoires, technicien en oxygénothérapie, technicien en rééducation respiratoire, etc. Ce phénomène :

- est une source de confusion pour le public et pour tout type d'intervenant au moment d'identifier les membres de l'Ordre;
- pose problème en cas de pratique illégale touchant la délégation d'actes; seul le Collège des médecins peut alors tenter les poursuites prévues.

5.1.3. Des chevauchements de champs d'exercice sont à l'origine de conflits interprofessionnels

La problématique des chevauchements professionnels est liée notamment à des recoupements d'actes, à la variété des services professionnels et à la multiplication des spécialistes. Ces chevauchements impliquent notamment les technologistes médicaux, les physiothérapeutes, les diététiciennes et, plus souvent, les infirmières.

5.1.4. *L'encadrement professionnel ne reflète pas la nouvelle réalité de l'assistance anesthésique*

L'assistance anesthésique :

- a subi des changements importants dus aux progrès technologiques et à la restructuration du système de santé;
- exige plus qu'autrefois, de la part de l'inhalothérapeute, un travail de collaboration avec l'anesthésiste, une grande autonomie et une capacité à assumer d'importantes responsabilités;
- se pratique de plus en plus en dehors des murs des blocs opératoires d'établissement : cliniques privées, cabinets de dentistes, cliniques de chirurgie plastique;
- n'est pas prise en compte comme telle par l'encadrement professionnel.

5.1.5. *La pénurie d'inhalothérapeutes se répercute sur les services et la formation*

Les cégeps du Québec forment 125 inhalothérapeutes par année, ce qui est insuffisant pour répondre aux besoins.

La pénurie entraîne les conséquences suivantes :

- des établissements embauchent des étudiants qui n'ont pas terminé leur formation;
- la surcharge de travail limite de façon critique l'apport des inhalothérapeutes à la formation clinique des étudiants; c'est ainsi qu'en dépit d'une décision de décontingement de la formation, on ne peut en élargir réellement l'accès aux stages;
- des secteurs de soins ou certains programmes ne disposent pas des services d'inhalothérapie requis, comme par exemple les soins à domicile, les cliniques d'enseignement sur l'asthme, les initiatives de lutte au tabagisme;
- des inhalothérapeutes sont parfois contraints de poser des gestes qui dépassent le cadre réglementaire.

5.2. Solutions proposées par l'Ordre

Un champ exclusif

Tout changement dans la définition du champ de pratique des inhalothérapeutes devrait être défini en collaboration avec les deux associations médicales principalement concernées, soit les pneumologues et les anesthésistes.

Quatre secteurs d'activités devraient être réservés exclusivement aux inhalothérapeutes, soit :

- l'évaluation inhalothérapeutique en matière de soins respiratoires;
- l'assistance anesthésique, incluant la préparation, l'entretien du matériel et de l'équipement ainsi que le suivi clinique de l'utilisateur;
- l'assistance ventilatoire prolongée invasive et non invasive, incluant l'installation du support ventilatoire et le suivi clinique de l'utilisateur, tant au bloc opératoire qu'aux soins intensifs;
- l'évaluation préliminaire et l'exécution des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire.

5.3. L'avenir de la profession

5.3.1. La profession, ses tendances et ses transformations

Instituée depuis plus de 30 ans, la profession d'inhalothérapeute connaît ces années-ci, à l'instar des autres professions de la santé, de profonds changements dictés notamment par les progrès technologiques, les nouvelles approches et le virage ambulatoire. Ces transformations amènent l'inhalothérapeute :

- à concevoir sa pratique de façon de plus en plus autonome;
- à devoir exercer plus que jamais son jugement clinique;
- à jouer un rôle accru au sein du bloc opératoire;
- à étendre son intervention selon une perspective multidimensionnelle qui élargit la gamme de services à l'utilisateur;
- à s'adapter à un cadre de travail qui diminue la durée de l'hospitalisation, privilégie les soins à domicile et traite une clientèle vieillissante;
- à assumer une responsabilité plus grande en matière d'évaluation et de suivi du patient.

5.3.2. La formation et l'encadrement

L'évolution de la profession, de même que les risques liés au domaine cardiorespiratoire posent des exigences précises :

- les services doivent être donnés par des professionnels hautement qualifiés;
- la formation de base en inhalothérapie devrait être rehaussée au niveau universitaire compte tenu du développement technologique et de l'évolution des pratiques cliniques;
- la formation continue obligatoire doit être enrichie;
- l'adhésion à l'Ordre doit être obligatoire;
- l'Ordre doit être doté de moyens de contrôle adéquats et doit avoir le pouvoir d'administrer un examen d'accès à la pratique.

5.3.3. La multidisciplinarité

Pour l'inhalothérapeute, l'utilisation de protocoles guidés est un élément central des nouvelles pratiques cliniques favorisant un travail d'équipe efficace. Toutefois, cette nouvelle approche tarde à se généraliser malgré ses très nets avantages. Il y a donc ici des méthodes à revoir pour faire bénéficier le système et l'utilisateur de cette forme de progrès.

Cet aspect renvoie plus globalement à un point essentiel de l'organisation du secteur de la santé, soit la multidisciplinarité, une attitude à développer. Dans cette optique, le partage de l'information doit s'inscrire comme une priorité, de même qu'une juste vision, pour chaque professionnel, de son terrain d'action et de ses limites.

5.3.4. Le travail de prévention, de promotion et d'éducation

On assiste actuellement aux phénomènes suivants :

- de plus en plus de personnes sont affectées par l'asthme;
- la population âgée augmente;
- le groupe des jeunes fumeurs, adolescents et préadolescents, est en progression.

Dès lors, l'Ordre préconise l'instauration de cliniques régionales ou municipales spécifiquement reliées aux maladies pulmonaires et à la lutte contre le tabagisme. Ces cliniques :

- seraient affiliées aux CLSC ou à des cabinets privés;
- concrétiseraient des objectifs de promotion, d'éducation, de prévention et de traitement;
- mettraient en œuvre des fonctionnements multidisciplinaires à l'intérieur desquels s'insèreraient les inhalothérapeutes.

5.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distincts

- Outre le Québec, trois provinces réglementent la profession, soit l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario.
- Seuls le Manitoba et l'Ontario donnent une définition de la profession correspondant à l'application de certaines techniques en vue d'évaluer et de traiter les troubles respiratoires.
- La profession :
 - est à titre réservé en Alberta; l'entrée en vigueur du Bill 22 introduit également des actes autorisés;
 - comporte des actes réservés en Ontario.
- Au Manitoba, l'inscription à un registre est obligatoire pour un professionnel qui souhaite être employé comme inhalothérapeute.
- Les exigences d'accès la profession sont semblables pour les trois provinces, soit le diplôme d'inhalothérapie (ou thérapie respiratoire) et les examens d'entrée à la profession.
- En Alberta, l'inhalothérapeute ne peut poser un des actes listés dans la Loi (art. 6) que sous la supervision d'un médecin; d'autres actes que ceux prévus par l'article 6 doivent être supervisés par un médecin et seulement avec autorisation de l'hôpital et après vérification de la formation adéquate de l'inhalothérapeute.

Chapitre 6

- En Ontario, il existe trois classes de certificats :
 - général : à certaines conditions, le professionnel peut poser tous les actes (« de base », « ajoutés » et « avancés »);
 - gradué : le professionnel détient ce certificat pour une période maximale de 18 mois après son émission et ne peut poser les actes de la catégorie « avancée »;
 - limité : le professionnel n'a plus accès à ce certificat depuis 1999; celui qui l'a obtenu antérieurement ne peut poser que les actes « de base ».

6. Le Collège des médecins du Québec

6.1. Principales problématiques

6.1.1. *En médecine, qui fait quoi?*

Une large part des problématiques énoncées par le Collège des médecins réfère à des imprécisions de définitions et de mandats :

- l'exercice de la médecine, selon la conception très large qu'on en a, englobe tout, de la physiothérapie, à la psychothérapie, en passant par la diététique et le travail social;
- la notion d'exercice exclusif consenti aux médecins demeure floue, surtout en ce qui a trait à la première ligne;
- selon le contexte d'exercice (hôpital, cabinet privé, de jour, de nuit, spécialité, mode de rémunération), les médecins n'assument et ne délèguent pas nécessairement les mêmes actes;
- des professionnels de la santé, autres que les médecins, élargissent considérablement leur champ d'exercice compte tenu de nouvelles formations et de l'accessibilité des connaissances médicales;
- des chevauchements professionnels surviennent;
- l'interdisciplinarité ne compense pas nécessairement la fragmentation des soins et alourdit la tâche administrative;
- les professionnels du système de santé veulent partager la première ligne avec les médecins de façon autonome et sans supervision de ces derniers;
- de plus en plus de professionnels œuvrant en dehors du système public de santé, de même que des non professionnels, offrent une gamme étendue de services en matière de santé assortis de promesses plus ou moins réalistes quant aux résultats entrevus;
- les attentes accrues de la population face au système de santé tendent à faire de ce dernier un mythe faiseur de miracles qui a réponse à tout.

6.1.2. *Le système professionnel ne parvient pas à assurer son rôle régulateur*

L'encadrement législatif et réglementaire des professions de la santé présente les failles suivantes :

- la rigidité de l'encadrement empêche les pratiques d'évoluer selon les besoins des milieux cliniques et ne permet pas d'adapter la délégation d'actes en fonction des situations vécues;

Chapitre 6

- l'Office des professions n'arrive pas à imposer aux divers ordres le respect de leur champ d'exercice;
- les ordres professionnels ne peuvent empêcher l'exercice illégal dans les professions à exercice exclusif du secteur de la santé;
- les ordres professionnels agissent sans réussir à convaincre la population du bien-fondé de leurs interventions et perdent ainsi leur crédibilité;
- la confusion dans les rôles des divers professionnels et des autres intervenants nuit à l'action des ordres en matière de protection du public.

6.2. Solutions proposées par l'Ordre

Accès aux soins, définition des tâches, cohérence et responsabilisation

Compte tenu des problèmes énoncés, cinq défis se posent pour le Collège et l'ensemble des médecins québécois, soit :

- s'assurer que les services médicaux prioritaires soient disponibles pour l'ensemble de la population québécoise; définir ces services, les faire connaître à tous les médecins, inclure dans le Code de déontologie des médecins un article appuyant cet objectif d'accès aux services;
- préciser ce qui relève de la compétence exclusive des médecins et ce qui peut être partagé avec d'autres professionnels ou d'autres personnes; définir, le cas échéant, les activités ne devant plus être considérées de la seule compétence des médecins;
- associer les médecins au processus de modernisation de l'organisation professionnelle des secteurs de la santé et des relations humaines;
- proposer des mécanismes de collaboration avec les autres professions du secteur de la santé pour maintenir la cohérence et la valeur scientifique des multiples interventions faites auprès des patients; appuyer la recherche d'une plus grande autonomie des autres professionnels de la santé; favoriser une cohérence dans les multiples interventions pratiquées, favoriser un partage d'activités qui s'appuie sur les compétences mais qui demeure adaptable au contexte; simplifier les liens entre les professionnels et faciliter le leadership du médecin;
- préciser la portée de la fonction de protection du public des ordres, tout en préservant leur responsabilité individuelle.

6.3. L'avenir de la profession

Des objectifs

Les projections sont faites ici dans la perspective d'une modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé, laquelle laisse entrevoir, selon le Collège des médecins, l'atteinte des buts fixés au point 4.2, soit :

- l'élaboration des définitions attendues quant aux mandats de chacun (le champ de la médecine, le rôle des divers intervenants);
- la mise en place des partages d'activités souhaités;
- l'affirmation de l'importance d'un travail de collaboration tirant le meilleur profit des compétences et mettant l'accent à la fois sur la supervision responsable et la souplesse dans l'action et la décision.

6.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de médecin.
- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes; certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces, la profession de médecin est à exercice exclusif.
- En Ontario, les médecins sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer 12 des 13 actes réservés dans cette loi.
- En Colombie-Britannique, le Conseil des professions de la santé propose que les médecins puissent pratiquer tous les actes qui seront réservés par la loi cadre.
- En Alberta, les règlements feront la liste des actes réservés que chaque professionnel de la santé pourra pratiquer.

Chapitre 6

- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder un diplôme en médecine ainsi que d'avoir réussi les stages et les examens nécessaires. Ce sont là les qualifications pour une licence générale. Pour la pratique de spécialités, les qualifications peuvent être différentes.

7. L'Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec

7.1. Principales problématiques

7.1.1. *La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public et entraîne une prolifération d'appellations*

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- les employeurs des secteurs public et parapublic contournent le *Code des professions* en donnant à des employés autres que des orthophonistes et des audiologistes accès à des fonctions qui devraient être réservées à ces derniers; pour ce faire, les employeurs ont recours :
 - à l'octroi de titres équivalents (thérapeute de l'ouïe et de la parole, rééducateur du langage, agent de communication, etc.),
 - à la reconnaissance de certifications académiques (maîtrise en orthophonie ou en audiologie).

Dès lors, les intervenants qui agissent à titre d'orthophonistes et d'audiologistes sans en avoir les qualifications échappent à l'obligation de respecter un code de déontologie et aux conséquences qui peuvent découler des manquements. On ne peut pas non plus savoir si ces personnes maintiennent leurs compétences à jour.

7.1.2. *Un programme de formation révisé donne lieu à des chevauchements de champs d'exercice*

Au cours des dernières années, l'Ordre a pris connaissance du programme révisé d'études collégiales en audioprothèse. Or, les nouveaux paramètres révèlent :

- des domaines d'intervention qui dépassent le champ de pratique normalement attribué aux audioprothésistes;
- des empiètements dans le champ de pratique des audiologistes;
- des projections erronées quant aux actes que le finissant sera en mesure de poser au terme de sa formation.

Il est essentiel de concevoir des programmes de formation qui conduisent à la complémentarité et la continuité dans l'exercice professionnel plutôt qu'au chevauchement.

7.1.3. La pénurie d'orthophonistes et d'audiologistes se répercute sur la disponibilité des services

L'insuffisance des services offerts a pour effet d'allonger les délais d'attente imposés aux enfants atteints de troubles de langage, aux personnes âgées et aux victimes d'accidents. La pénurie est plus apparente en région éloignée, comme en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Actuellement, l'Ordre craint que la pénurie observée ne provoque :

- la multiplication des intervenants appelés à agir en lien avec les problèmes de langage;
- la multiplication des formations dites pertinentes sur ce terrain.

7.1.4. La pratique en cabinet privé pose de nouvelles exigences

L'augmentation de l'offre de services en cabinet privé comporte certaines conséquences pour l'Ordre, soit :

- une augmentation des interventions de discipline;
- la nécessité de prévoir un meilleur encadrement de la pratique;
- une augmentation des activités de formation continue pour une mise à jour des connaissances.

7.1.5. Des restrictions à la pratique nuisent à des interventions de traitement et de prévention

L'Ordre considère que des risques immédiats ou potentiels sont associés à l'amplification de niveaux atteignant 130 dB au tympan. Actuellement, le cadre légal ne permet pas à l'Ordre d'assurer pleinement la gestion des risques en question; pour ce faire, l'audiologiste devrait pouvoir prescrire des aides auditives mais seuls les oto-rhino-laryngologistes peuvent le faire.

Par ailleurs, dans un récent avis, l'Ordre rappelait l'importance du dépistage des enfants qui présentent une surdité à la naissance. La rapidité à intervenir est déterminante sur le développement de l'enfant. La majorité des États américains rendent ce dépistage universel et obligatoire. L'Ontario, pour sa part, met actuellement en place un tel programme. L'Ordre estime que les audiologistes devraient contribuer à élaborer, planifier, coordonner et gérer ce type de programme au Québec.

7.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes réservés

Les actes suivants devraient être réservés aux audiologistes :

- l'évaluation de la fonction auditive, des capacités et des incapacités auditives par l'administration de diverses épreuves, dont les épreuves psycho-acoustiques, électroacoustiques, électro-physiologiques et comportementales;
- le diagnostic des troubles auditifs périphériques et centraux et la communication de ce diagnostic;
- la réadaptation des troubles auditifs;
- la prescription des aides auditives;
- la vente des prothèses auditives.

Les actes suivants devraient être réservés aux orthophonistes :

- l'évaluation, le diagnostic des troubles du langage, de la parole, de la voix, de la fonction oropharyngée et ses troubles connexes, des troubles cognito-linguistiques de la communication;
- l'adaptation de ces troubles;
- la recommandation des systèmes alternatifs d'aide à la communication et la formation relative à l'utilisation de ceux-ci.

D'autre part, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'Ordre souhaite établir des catégories de permis, un pour les orthophonistes et un pour les audiologistes, cette mesure se justifiant du fait que :

- ces deux professionnels ont des champs de pratique différents;
- il existe des normes spécifiques à chacune des professions;
- on assiste à une nette évolution des compétences respectives;
- une tendance se dessine à l'effet d'offrir des programmes de formation donnant accès à un diplôme distinct dans l'une ou l'autre profession.

7.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

Les principales tendances identifiées par l'Ordre pour la prochaine décennie sont les suivantes :

- la reconnaissance, le plus rapidement possible, d'un champ exclusif aux orthophonistes et aux audiologistes;
- la définition et l'application de solutions durables à la pénurie des effectifs;
- un accès accru pour les professionnels aux nouvelles possibilités technologiques et, de ce fait, une possibilité pour eux de contribuer à l'évolution des pratiques;
- une démarche d'ajustement de la formation de base;
- une amélioration, au sein de l'Ordre, de la performance à l'inspection professionnelle et à la formation continue;
- un apport significatif de l'Ordre pour une plus grande maîtrise de la langue;
- des actions de l'Ordre en faveur du développement des pratiques de première ligne.

En lien avec des perspectives américaines, l'Ordre accorde une attention toute particulière à l'éventualité d'implanter certaines spécialisations pour les orthophonistes, en bégaiement et en dysphagie. Des formations additionnelles pourraient ouvrir la voie à la réalisation d'examens en vidéoendoscopie et aux recours à d'autres technologies de pointe. Du côté des audiologistes, de nouveaux horizons de pratique se dessinent également en rapport avec des innovations américaines.

7.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Outre le Québec, trois provinces seulement sont dotées d'une loi encadrant les professions d'orthophonistes et audiologistes; deux autres provinces élaborent actuellement un projet à cet égard.
- Les définitions de la pratique ne varient pas tellement d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de l'évaluation de la fonction auditive ou de la parole, et de la prévention ou du traitement des troubles auditifs ou de la parole, en vue de développer, maintenir, accroître ou restaurer les fonctions auditives, orales ou de la communication.

Chapitre 6

- Au Nouveau-Brunswick, seule une personne inscrite au registre des membres de l'Association peut pratiquer l'orthophonie ou l'audiologie.
- En Ontario et en Saskatchewan, on ne fait état que de titres réservés.
- En Ontario, les audiologistes sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer un des actes réservés dans cette loi, soit la prescription d'appareils auditifs aux personnes malentendantes.
- En Colombie-Britannique, les orthophonistes et les audiologistes auront le droit de poser un diagnostic; les audiologistes pourront aussi poser d'autres actes réservés tels l'introduction d'un instrument dans le canal externe de l'oreille et la prescription d'appareils auditifs.
- En Alberta, les règlements dresseront la liste des actes réservés que chaque professionnel de la santé pourra pratiquer.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder une maîtrise en orthophonie ou en audiologie (ou l'équivalent) et d'avoir réussi les stages et / ou examens nécessaires, notamment une période de supervision.

8. L'Ordre professionnel des pharmaciens du Québec

8.1. Principales problématiques

8.1.1. Le rôle du pharmacien doit être redéfini

Les soins pharmaceutiques sont la concrétisation de l'orientation « patient » prise dans le cadre de la pratique de la pharmacie. Ils regroupent tous les actes centrés sur l'usager qui visent à maximiser la qualité de l'utilisation des médicaments, et à prévenir ou à limiter les réactions médicamenteuses indésirables. Depuis près de 30 ans, l'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage des médicaments. Or, ce rôle s'accroît et intègre de plus en plus :

- les conseils donnés au patient lors de la remise de la médication;
- l'identification des besoins du patient et la prévention des problèmes résultant de la pharmacothérapie.

Cet enrichissement de la tâche comporte toutefois un problème de temps disponible pour chaque patient. On doit, dès lors :

- chercher à optimiser le temps de rencontre pharmacien-patient;
- envisager que le pharmacien puisse déléguer à un assistant le soin d'effectuer la vérification contenant-contenu (le pharmacien demeure responsable de cet acte toutefois);
- établir une distinction entre les tâches techniques et professionnelles du pharmacien;
- ajuster le cadre réglementaire de la profession à sa réalité actuelle.

8.1.2. Les innovations pharmaceutiques et technologiques modifient la pratique

L'évolution rapide de la thérapie médicamenteuse se répercute directement sur le rôle du pharmacien. Ce dernier :

- offre des services professionnels plus personnalisés;
- assure un suivi des convalescents à domicile et de la population en général, notamment à cause de l'augmentation des médicaments en vente libre;
- travaille en équipe multidisciplinaire, notamment en gériatrie et en oncologie;
- approfondit continuellement ses connaissances, entre autres en psychiatrie, en gériatrie, en oncologie, en hormonothérapie, au plan des soins palliatifs, du sida et de la production des produits stériles.

L'avènement d'Internet pose un nouveau défi à la pratique en raison de la masse de renseignements diffusés sur les innovations pharmaceutiques et la façon de se les procurer. Cette nouvelle réalité représente des risques réels pour la sécurité du public et commande une adaptation de la part de la pharmacie.

Les nouvelles technologies permettent aux patients de réaliser eux-mêmes et à domicile des tests de biologie médicale. Ces situations exigent d'offrir un support particulièrement attentif aux personnes. D'où la nécessité, pour le pharmacien, de s'adjoindre d'autres professionnels : infirmières, biochimistes cliniciens ou médecins biochimistes.

8.1.3. Des changements sociaux et des réformes de l'État accélèrent l'évolution de la profession

Différents phénomènes récents ont contribué à modifier la réalité de la profession, tels que la diversification des modèles de pratique (du très commercial aux services individualisés), l'accentuation de l'information sur les médicaments et la prévention, les modifications apportées à la formation en soins pharmaceutiques, la lutte contre le tabagisme, l'implication écologique favorisant la récupération des médicaments, une meilleure répartition des pharmacies à l'étendue du Québec ainsi que le projet-pilote sur la carte-santé à microprocesseurs.

Par ailleurs, la refonte du réseau de la santé dicte différents questionnements concernant les aspects suivants :

- la certification des pharmaciens dédiés à l'ambulatorie amène à revendiquer pour eux les mêmes normes et standards que celles qui sont appliquées à leurs collègues du milieu hospitalier;
- la pratique multidisciplinaire doit être encadrée par des balises strictes, notamment au sujet des règles d'accès au dossier et du partage d'actes;
- le transfert d'ordonnance de la pharmacie d'hôpital à la pharmacie privée pose la question du lien d'autorité;
- la pharmacie d'officine doit s'impliquer davantage dans la préparation et le monitoring de médicaments parentéraux.

D'autre part, l'implantation du régime général d'assurance médicaments a suscité une prise de position de l'Ordre, mettant l'accent sur :

Chapitre 6

- la nécessité de maximiser la contribution des pharmaciens au sein des équipes soignantes faisant usage de médicaments;
- l'importance de redonner la responsabilité d'une meilleure utilisation thérapeutique des médicaments aux professionnels de la santé;
- la mise en place de structures régionales de concertation entre les pharmaciens et les médecins;
- le fardeau administratif imposé aux pharmaciens par le nouveau régime, charge liée notamment au manque d'information donnée à la population et à l'ajout d'activités comptables pour les membres de l'Ordre.

Autre facteur de changement, la réglementation des médicaments de vente libre a imposé l'obligation pour les pharmaciens :

- de transformer rapidement leurs officines;
- de restructurer les activités du personnel;
- d'exercer de nouvelles mesures de contrôle sur certaines catégories de médicaments.

Ces dernières années, le virage ambulatoire et la responsabilisation du patient quant aux soins à recevoir après une hospitalisation ont favorisé la concentration des expertises professionnelles dans un milieu facilement accessible à la population, soit l'officine ou pharmacie communautaire. L'Ordre recommande à cet égard d'appuyer les nouveaux fonctionnements sur des mécanismes facilitant le travail de concertation : comités régionaux, forums médicopharmaceutiques, intégration des pharmaciens aux équipes des CLSC, mécanismes de liaison de services de garde et de consultation à distance.

Enfin, le droit de prescrire est une notion actuellement rediscutée dans les milieux de la santé. À ce sujet, l'Ordre recommande que toute nouvelle approche fasse l'objet de discussions et consultations préalables essentielles impliquant prioritairement le Collège des médecins et le Conseil consultatif de pharmacologie.

8.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes réservés, des actes partagés et certains actes autorisés

Le pharmacien est le professionnel responsable de la prestation des soins pharmaceutiques qui consistent en l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin

Chapitre 6

d'améliorer sa santé et sa qualité de vie en s'assurant de l'usage efficace, sécuritaire et approprié des médicaments consommés par ce patient.

La transmission de l'information sur les médicaments est une responsabilité importante que le public associe au pharmacien. Or, c'est là un domaine qui tend à être assumé par un nombre croissant d'intervenants. L'Ordre estime que la réglementation à ce sujet devrait être ajustée pour délimiter la compétence des professionnels qui s'ajoutent aux pharmaciens.

La prescription et la réalisation de tests biologiques sont des actes qui nécessitent la poursuite de discussions interprofessionnelles.

À l'égard des activités de la pratique pharmaceutique, l'Ordre formule les recommandations suivantes :

- La préparation des médicaments et des produits à visées thérapeutiques doit être réservée en exclusivité aux pharmaciens, mais autorisée à d'autres professionnels sous délégation.
- La dispensation des médicaments et des produits à visées pharmaceutiques doit être réservée en exclusivité aux pharmaciens, mais autorisée à d'autres professionnels sous délégation.
- L'élaboration et le suivi des plans de soins pharmaceutiques (la résolution des problèmes pharmacothérapeutiques) doivent être réservés aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes et les vétérinaires.
- L'instauration et la modification de la pharmacothérapie doivent être réservés aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes et les vétérinaires (médicaments des annexes II, III et V) ou sous délégation d'un prescripteur autorisé (médicaments des annexes I et IV).
- La communication d'informations cliniques sur les médicaments et les produits à visées thérapeutiques doit être réservée aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les infirmières mais autorisée à d'autres professionnels sous délégation.
- La consultation en automédication doit être réservée aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes et les vétérinaires.
- La prescription et la réalisation de tests de biologie médicale doivent être réservées aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les chimistes conformément à un protocole.

8.3. L'avenir de la profession

8.3.1. La formation continue obligatoire, des programmes de spécialisation à évaluer

Pour l'Ordre, la formation de base constitue la meilleure garantie des habiletés et des compétences des professionnels. Quant à la formation continue, elle devrait être rendue obligatoire pour affronter les nouveaux champs thérapeutiques tels que la thérapie génique et les nutra-ceutiques.

Par ailleurs, l'Ordre ne reconnaît aucune spécialité en pharmacie. Toutefois, des démarches conduisant à une telle reconnaissance ont été entreprises en lien avec la pharmacie hospitalière, la pratique communautaire, la gériatrie, la cardiologie et l'information sur les médicaments. L'Ordre recommande que les ordres professionnels conservent le pouvoir exclusif de reconnaître les spécialités au sein d'une profession, d'émettre les exigences requises et de reconnaître les spécialistes.

8.3.2. La profession, ses tendances et ses transformations

Entre autres facteurs d'évolution de la pratique, on retient :

- le vieillissement de la population;
- les innovations technologiques;
- le multiplication des sources d'information disponible au patient (Internet et autres) et la responsabilisation de ce dernier;
- le virage ambulatoire;
- la pratique multidisciplinaire;
- l'implantation du régime général d'assurance médicaments.

8.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces et les territoires canadiens ont une loi encadrant la profession de pharmacien.

Chapitre 6

- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes; certains ordres optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces et les territoires, la profession de pharmacien est à exercice exclusif.
- En Ontario, les pharmaciens sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer un des actes réservés dans cette loi.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder un baccalauréat en pharmacie et d'avoir réussi les stages et / ou examens nécessaires.

9. L'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec

9.1. Principales problématiques

9.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Il y a près de 30 ans, la réserve du titre de physiothérapeute semblait apporter les garanties voulues compte tenu du contexte de l'époque : formation dans des écoles affiliées aux facultés de médecine et travail en milieu hospitalier. Aujourd'hui, plus de 50% des membres de l'Ordre travaillent en clinique privée, en pratique autonome ou en partage avec un autre poste dans le secteur public. D'où la diminution ou la disparition des modes classiques de supervision, et l'importance accrue des mécanismes de contrôle professionnel. Or, l'adhésion à l'Ordre demeure volontaire et un grand nombre de bacheliers en physiothérapie pratiquent sous d'autres titres : diplômés universitaires en physiothérapie ou en réadaptation physique (appellations reconnues dans les conventions collectives du secteur public).

9.1.2. La non-reconnaissance d'un champ professionnel exclusif va à l'encontre des objectifs de protection

Cette non-reconnaissance conduit notamment à une multiplication de programmes de formation apparentés au domaine de la physiothérapie :

- le programme « Techniques de réadaptation physique » (cégep) forme des thérapeutes en réadaptation physique qui interviennent en principe après diagnostic médical ou à la suite d'une évaluation physiothérapique; le travail de ce type d'assistant a toutefois fait l'objet d'accords avec l'Ordre quant au rôle du thérapeute dans le processus de traitement, et l'intégration de ce groupe à l'Ordre est en voie de se réaliser;
- des programmes, notamment des certificats universitaires sont dispensés dans des établissements d'enseignement, parfois sans avoir été approuvés par le MEQ ou sans avoir fait l'objet des consultations habituelles (Ordre, Collège des médecins); ex : thérapie sportive, kinésiologie, posturopathie, étiopathie, rééducation motrice et sensorielle; ces programmes créent une confusion et vont à l'encontre de la protection du public;
- des formations sont données dans des écoles privées non reconnues par le MEQ; l'ostéopathie en est un exemple et l'apprentissage de cette discipline est complété ou en voie d'être complété par 600 physiothérapeutes; la pratique de l'ostéopathie a fait l'objet de

certaines restrictions émises par l'Ordre, mais les règles ne sont pas systématiquement respectées par les professionnels qui choisissent parfois de se retirer de l'Ordre pour ne plus y être soumis.

Par ailleurs, d'autres intervenants agissent aussi dans le champ de pratique de la physiothérapie. Ce sont, par exemple, les massokinésithérapeutes, les orthothérapeutes et les diplômés universitaires en physiothérapie.

Parmi les intervenants non-physiothérapeutes, bon nombre :

- posent des actes dans les domaines musculo-squelettiques, neurologiques et cardio-respiratoires;
- peuvent causer d'importants préjudices physiques et psychologiques aux personnes qui les consultent.

9.2. Solutions proposées par l'Ordre

Un champ exclusif

La demande de champ exclusif :

- inclut les thérapeutes en réadaptation physique si ce groupe est intégré à l'Ordre;
- est faite dans le but d'empêcher un intervenant en physiothérapie d'échapper à ses responsabilités en changeant d'appellation ou en choisissant de ne pas être membre de l'Ordre.

Le texte suivant est suggéré par l'Ordre :

« Constitue l'exercice de la physiothérapie, tout acte qui a pour objet l'évaluation ou le traitement de toute déficience ou incapacité de la fonction physique d'un individu, notamment dans les domaines musculo-squelettiques, neurologiques et cardio-respiratoires, afin de restaurer, maintenir, développer ou accroître cette fonction physique.

Tout individu peut avoir accès directement aux services d'un physiothérapeute. Avant de traiter un individu, le thérapeute en réadaptation physique doit avoir obtenu un diagnostic médical documenté ou une évaluation physiothérapique.

Chapitre 6

Le physiothérapeute effectue une évaluation physiothérapique qui a pour objet d'identifier la nature, le degré et l'impact de toute déficience ou incapacité de la fonction physique d'un individu ainsi que la dysfonction à l'origine de ses problèmes.

Afin de restaurer, maintenir, développer ou accroître la fonction physique d'un individu, le physiothérapeute détermine l'orientation du traitement et utilise tout acte thérapeutique à cette fin.

Afin de restaurer, maintenir, développer ou accroître la fonction physique d'un individu, le thérapeute en réadaptation physique, conformément aux activités professionnelles que le *Règlement concernant la délivrance des permis et des activités professionnelles auxquelles ils donnent droit* l'autorise à exercer ainsi que conformément aux conditions et restrictions prévues par ce Règlement, détermine l'orientation du traitement et utilise tout acte thérapeutique approprié à cette fin. »

9.3. L'avenir de la profession

9.3.1. *La formation, universitaire et continue*

Selon l'Ordre, en regard des nouvelles exigences de la profession, il est nécessaire de rehausser le niveau d'entrée à la pratique (maîtrise professionnelle ou doctorat de 1^{er} cycle).

L'accent doit être mis également sur un processus de formation continue obligatoire pour les professionnels.

9.3.2. *Des choix de développement*

En ce qui a trait au champ professionnel de la physiothérapie, l'Ordre compte mettre l'accent sur les axes de développement suivants :

- l'encadrement des approches complémentaires/alternatives en tant qu'organisme de réglementation;
- la reconnaissance de spécialités en physiothérapie en vue d'émettre des certificats de spécialités par voie réglementaire;
- une pratique basée sur les preuves scientifiques et l'utilisation de mesures de résultats validées.

Au plan de la recherche, l'Ordre prévoit développer les secteurs suivants :

- la recherche en réseau faite par les physiothérapeutes à titre de chercheurs et collaborateurs de recherche;
- la recherche dans de nouveaux créneaux entraînant des changements dans la prestation des soins;
- la recherche en soins de première ligne.

9.3.3. Les transformations du système de la santé et leurs effets sur la pratique

Ces dernières années, le système de santé a subi des transformations importantes. Les facteurs suivants ont une influence directe sur la pratique de la physiothérapie :

- l'implantation d'un modèle d'intervention centré sur le client;
- des nouvelles pathologies, comme le sida qui dicte de nouvelles approches en réadaptation;
- des changements démographiques, en particulier le vieillissement de la population;
- des changements dans les modes de prestation de soins :
 - l'interdisciplinarité,
 - des approches préventives et l'implication du patient,
 - de nouvelles sources de financement des soins,
 - de nouveaux modes de gestion des ressources humaines et matérielles,
 - des technologies en évolution.

9.4. Législations et réglementations En vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de physiothérapeute.
- La définition de la pratique de la physiothérapie varie peu d'une province à l'autre : l'évaluation, l'identification, le soulagement et la prévention de la douleur et des dysfonctions physiques par certains traitements.
- Toutes les provinces, sauf la Saskatchewan, énumèrent les traitements employés par la physiothérapie : massage, manipulation, utilisation d'énergie rayonnante, mécanique ou électrique ainsi que l'hydrothérapie.

Chapitre 6

- Au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba (projet de loi 26), il est prévu que l'acupuncture peut être utilisée par le physiothérapeute;
- En Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba (projet de loi 26), l'aspiration trachéale est un acte pouvant être posé par le physiothérapeute.
- La profession :
 - est à titre réservé avec actes autorisés en Alberta (bill 22);
 - est à exercice exclusif en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Edouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve; on entend ici que nul ne peut pratiquer la physiothérapie à moins d'être membre de l'Ordre ou inscrit au registre;
 - est à titre réservé en Saskatchewan;
 - comporte des actes réservés en Ontario.
- Au Manitoba, nul ne peut laisser croire qu'il est membre à moins d'être inscrit au registre; une personne ainsi inscrite a le droit d'exercer la physiothérapie; le projet de loi 20 prévoit que seuls les physiothérapeutes peuvent se présenter comme tel et employer le titre.
- Dans toutes les provinces, les candidats doivent posséder un diplôme universitaire en physiothérapie et avoir réussi un stage et / ou des examens d'entrée à la profession.

10. L'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec

10.1. Principales problématiques

10.1.1. *L'encadrement législatif et réglementaire traduit lourdeur et conservatisme*

Selon l'Ordre, il y a lieu de dénoncer la lourdeur et le conservatisme de la réglementation de la pratique des sages-femmes, notamment quant aux obligations réglementaires additionnelles qui leur sont imposées :

- existence d'un Conseil consultatif chargé de conseiller le Bureau de l'Ordre sur les règlements qu'il adopte;
- règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique des sages-femmes;
- règlement dressant une liste des examens ou des analyses que peuvent requérir les sages-femmes;
- règlement sur les médicaments qu'elles peuvent prescrire.

De l'avis de l'Ordre, cet encadrement est superfétatoire à un code de déontologie. Les sages-femmes sont des professionnelles à part entière dotées d'une formation universitaire de quatre ans et conscientes de leurs responsabilités.

Par ailleurs, l'interdiction d'exercice de la profession de sage-femme à domicile, aussi longtemps qu'un règlement sur l'accouchement à domicile ne sera pas en vigueur, constitue un obstacle pour le Bureau de l'Ordre de s'acquitter adéquatement de son mandat de protection du public. En l'absence d'un tel règlement, les femmes continuent d'accoucher à domicile sans assistance, mettant en péril la sécurité de la mère et de l'enfant.

10.1.2. *La place des sages-femmes doit être mieux reconnue*

Les pays industrialisés reconnaissent la contribution des sages-femmes tant pour la dispensation des soins aux femmes et aux enfants lors d'une grossesse et d'un accouchement normal que pour assurer les services en périnatalité. Au Québec, cette reconnaissance n'est pas acquise. Or, les sages-femmes demandent impérativement d'être admises à part entière en tant que professionnelles de première ligne.

10.1.3. Une meilleure collaboration avec les autres professions doit être instaurée

Le champ d'exercice de la sage-femme implique :

- des actes ou des activités de prévention et de promotion de la santé;
- des éléments de diagnostic reliés au dépistage de conditions anormales de santé, tant chez la femme que l'enfant, afin de déterminer l'admissibilité à des soins, services, consultations et transferts;
- la prescription et l'administration de médicaments, examens et analyses.

Dès lors, il est primordial qu'une plus grande collaboration s'instaure entre les différentes professions impliquées.

10.2. Solutions proposées par l'Ordre

Assouplir, alléger, favoriser les rapprochements

En regard des problèmes énoncés, l'Ordre propose les solutions suivantes :

- alléger le mode d'adoption des règlements sur la consultation et le transfert, l'accouchement à domicile ainsi que les listes d'examens et de médicaments, compte tenu de la présence du comité consultatif;
- éliminer l'utilisation des listes qui sont limitatives et empêche l'accès aux derniers développements;
- encourager l'assouplissement de la profession médicale par la mise en place d'ententes interétablissements et par l'ouverture de milieux de stages dans les centres hospitaliers;
- assurer une concordance entre les différentes lois (ex. : actuellement, la prescription d'une échographie par une sage-femme à un technologue en radiologie n'est pas permise par la loi);
- prévoir que les infirmières qui assistent les sages-femmes lors d'accouchements puissent agir selon un protocole ou une ordonnance émis par une sage-femme.

Globalement, les principes suivants doivent guider l'élaboration d'un nouveau modèle de partage des activités :

- reconnaissance de la spécificité de la profession;

Chapitre 6

- autonomie professionnelle;
- autorégulation et autogestion de la pratique des sages-femmes par elles-mêmes.

10.3. L'avenir de la profession

Le développement de la profession devrait faire en sorte :

- que toutes les régions du Québec puissent bénéficier des services des sages-femmes;
- que les femmes puissent choisir d'accoucher à la maison ou dans un centre hospitalier avec l'aide des sages-femmes.

10.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Outre le Québec, il n'y a actuellement que cinq provinces qui réglementent la profession de sage-femme, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve.
- En Colombie-Britannique, en 1993, la profession de sage-femme a été l'une des premières à faire l'objet d'un rapport du *Health Professions Council* dans le cadre de la révision des professions de la santé.
- En Alberta, en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve, la profession de sage-femme semble être à titre réservé; au Manitoba, il est précisé que seules les sages-femmes peuvent exercer la profession de sage-femme; en Ontario, nul autre qu'un membre ne peut se présenter en qualité de sage-femme pour exercer la profession.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement d'avoir complété un programme de formation et d'avoir réussi les stages et examens nécessaires.

11. L'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec

11.1. Principales problématiques

11.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- l'adhésion à l'Ordre demeure facultative; dès lors, on observe que la moitié seulement du personnel technique dans les laboratoires est soumis à un contrôle professionnel;
- des personnes non autorisées effectuent des prélèvements sanguins, que ce soit lors d'analyses hors laboratoire ou dans les laboratoires de centres hospitaliers;
- de plus en plus de professionnels autres que les technologistes médicaux effectuent des analyses hors laboratoire (chimistes, infirmières, pharmaciens et chiropraticiens); l'utilisation des appareils par du personnel sans formation spécifique augmente les risques d'erreurs; à défaut de réaliser eux-mêmes les analyses, les technologistes médicaux estiment qu'ils doivent en contrôler l'exécution.

Par ailleurs, l'Ordre juge important de sensibiliser le public aux risques de diagnostics inexacts associés à l'utilisation domestique des trousse d'auto-analyse.

11.1.2. Les changements technologiques remplacent l'humain par l'appareil

Les laboratoires subissent de profonds changements technologiques à l'enseigne de la mécanisation, l'automatisation, l'informatisation, la miniaturisation et la robotisation. Concrètement, la réorganisation du cadre de travail des technologistes médicaux a occasionné d'importantes pertes d'emploi et l'accroissement de la précarité (55% des membres de l'Ordre font partie du personnel à statut précaire et sur appel).

11.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes réservés, partagés dans certains cas

Les actes suivants devraient être réservés aux technologistes médicaux; dans certains cas, ces actes pourraient être partagés avec d'autres professionnels :

- les prélèvements;
- les procédures dans le domaine des analyses et des examens de laboratoire;
- le contrôle de qualité;
- l'interprétation technique des résultats;
- la supervision technique de ceux qui effectuent des analyses pour les clients.

11.3. L'avenir de la profession

11.3.1. La profession, ses tendances et ses transformations

Au cours de la prochaine décennie, la pratique des technologistes médicaux sera nettement différente :

- moins axée sur la production de résultats;
- plus orientée vers le support et le service à la clientèle;
- intégrée à un contexte d'interdisciplinarité;
- supportée par le développement des communications qui favorise les échanges entre professionnels, l'accès aux données et la participation du client aux décisions qui le concernent;
- influencée par des objectifs de rationalisation des coûts qui favorisent l'automatisation, l'informatisation, la robotisation, ainsi que le décloisonnement des laboratoires pour un partage des ressources entre établissements;
- marquée également par la fragmentation de l'information engendrée par le développement d'appareils d'analyse hors laboratoire (décentralisation des analyses vers les départements des établissements, les bureaux de professionnels et le domicile des clients).

11.3.2. La formation et l'encadrement

Compte tenu de l'évolution de la profession :

- les services devraient être donnés par des professionnels hautement qualifiés;
- la formation de base devrait être rehaussée au niveau universitaire compte tenu de la quantité et de la complexité des informations qui doivent être maîtrisées;
- un programme de formation continue obligatoire devrait être implanté;
- l'adhésion à l'Ordre devrait être obligatoire.

11.3.3. Le travail de consultation, de prévention et de dépistage

Le rôle des technologistes s'accroît dans de nouvelles sphères :

- au plan de la sécurité en médecine transfusionnelle;
- dans des programmes de CLSC (diabète);
- dans le secteur des services à domicile, au-delà des prélèvements.

Dès lors, l'Ordre prévoit que les technologistes développeront certains volets de leur pratique :

- la consultation dans leurs relations avec les autres professionnels;
- la consultation auprès des personnes utilisant des analyses hors laboratoire;
- la prévention;
- le dépistage.

11.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distincts

- Dans toute les provinces, la définition de la pratique est presque identique : procéder à des examens sur des prélèvements humains et en évaluer la valeur technique.
- La profession :
 - est à titre réservé en Alberta; l'entrée en vigueur du Bill 22 introduit également des actes autorisés;
 - est à titre réservé en Saskatchewan;
 - comporte des actes réservés en Ontario et dans le projet établi par la Colombie-Britannique.

Chapitre 6

- Au Nouveau-Brunswick, seule une personne inscrite au registre peut exercer la profession.
- En Nouvelle-Écosse, nul autre qu'un membre peut exercer la profession contre rémunération.
- Les actes réservés sont à peu près les mêmes d'une province à l'autre : procéder à la collecte d'échantillons humains et les analyser.
- Dans toutes les provinces, les candidats doivent avoir suivi un programme d'études en technologie médicale.
- Certaines provinces ont des exigences supplémentaires :
 - passer un examen;
 - avoir un certain nombre d'heures de pratique;
 - renouveler annuellement son permis selon certaines conditions.
- En Ontario, le membre ne peut accomplir l'acte réservé qui consiste à prélever du sang par voie veineuse à moins d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.

12. L'Ordre professionnel des technologues en radiologie du Québec

12.1. Principales problématiques

12.1.1. L'exécution de certains actes suscite des conflits interdisciplinaires

Le problème :

- perdue depuis plus de 15 ans;
- porte sur l'installation de cathéters et l'injection de produits opacifiants;
- fait ressortir une controverse interdisciplinaire au sujet des personnes habilitées à poser ces actes;
- implique l'Ordre des techniciens en radiologie, l'Ordre des infirmières et infirmiers et le Collège des médecins.

12.1.2. L'encadrement professionnel ne reflète pas la nouvelle réalité de la pratique

Selon un sondage auprès des membres de l'Ordre, les actes professionnels suivants (la liste n'est pas exhaustive) se sont ajoutés à la pratique au fil des ans :

- l'injection d'opacifiants iodés et radiopharmaceutiques;
- l'injection de substances de contraste non iodé en imagerie par résonance magnétique;
- la préparation d'injection de plusieurs types de médicaments employés lors d'examens radiologiques;
- l'insertion de sondes transrectales et endovaginales pour des examens ultrasonographiques;
- la manipulation de matériel stérile employé lors de différentes interventions;
- l'installation de cathéters vésicaux.

Ces actes ne sont pas pris en compte par l'encadrement professionnel actuel.

12.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des modifications législatives

Afin de tenir compte de la réalité de la pratique, des actes professionnels complémentaires doivent être intégrés à la *Loi sur les technologues en radiologie*. À cette fin, les textes suivants sont suggérés par l'Ordre :

- Article 7

« Constitue l'exercice de la profession de technologue en radiologie tout acte qui a pour objet d'exécuter un travail technique comportant l'utilisation des rayons X, de radioéléments ou de toute autre forme d'énergie sur un être vivant à des fins thérapeutiques ou diagnostiques.

Dans l'exercice de sa profession, le technologue en radiologie peut procéder à l'installation d'un cathéter veineux ou effectuer une ponction veineuse pour injecter un produit de contraste ou des radioéléments, ou tout autre acte nécessaire à l'exécution du travail technique mentionné au 1^{er} paragraphe. »

- Article 8

« Un technologue en radiologie ne peut poser un acte décrit à l'article 7 pour des fins thérapeutiques que selon une ordonnance écrite par le médecin.

Il ne peut poser un acte décrit à l'article 7 pour des fins diagnostiques que selon une ordonnance écrite d'un médecin, d'un médecin vétérinaire, d'un dentiste ou d'une personne détenant un permis visé à l'article 186 du *Code des professions* ».

De récentes avancées technologiques ont considérablement modifié la pratique professionnelle en radiologie et il importe de s'assurer que la Loi prend en compte ces développements. Ainsi l'ultrasonographie est une technique pour laquelle la protection du public requiert des balises d'utilisation strictes. Pour sa part, l'emploi de la résonance magnétique fait ressortir certaines problématiques liées à la formation des technologues, à la pratique au Québec ainsi qu'aux risques et aux effets sur les patients.

12.3. L'avenir de la profession

Les progrès technologiques

D'ores et déjà, la profession est directement touchée par des changements technologiques majeurs qui influent sur les actes et la répartition des responsabilités entre les disciplines.

En radiologie diagnostique, l'innovation se traduit par exemple par le recours à de nouveaux outils : systèmes PACS (Picture Archiving and Communication System), numérisation par l'image radiologique, téléradiologie, télé-échographie, imagerie par résonance magnétique, ultrasonographie (échographie) imagerie 3D. Par ailleurs, l'avenir laisse entrevoir que, tout comme dans d'autres pays, les examens du système digestif seront confiés plus souvent qu'avant aux technologues plutôt que systématiquement au médecin radiologiste. De la même façon, on sollicitera davantage le prédiagnostic et l'opinion technique du technologue qui, ailleurs dans le monde, est appelé à signaler au médecin toute radiographie qui présente des anomalies. Toujours dans une perspective d'avenir proche, la tâche du technologue en radiologie s'étend du fait que la population s'enquiert de plus en plus de la nature des maladies et des examens prescrits, d'où un volet additionnel d'éducation auprès des patients. Enfin, la gestion de la qualité devient une opération cruciale compte tenu de l'utilisation d'équipements sophistiqués.

En radio-oncologie, des transformations interviennent également pour augmenter l'efficacité du matériel d'imagerie et de repérage de la tumeur, ainsi que pour raffiner des traitements et des tests.

En médecine nucléaire, le matériel utilisé permet dorénavant :

- d'enrichir les images anatomiques produites par résonance magnétique ou par scanographie;
- de préciser le portrait de l'activité métabolique grâce à des techniques d'imagerie non envahissantes;
- de maximiser l'efficacité des traitements du cancer.

12.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs :

- Toutes les provinces canadiennes ont une association de technologues en radiologie. Toutefois, aucune loi ne régit une telle association à l'Île-du-Prince-Edouard et au Manitoba.
- Au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve, la loi régit la protection radiologique de la santé plutôt que la profession de technologue en radiologie.
- En Alberta, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, la profession de technologue en radiologie est divisée en catégories. Celles qui reviennent le plus souvent sont les suivantes : *radiographic technologist* (ou *radiography*), *radiation therapist* et *nuclear medicine*.
- La définition de la technologie de radiation médicale varie peu d'une province à l'autre.
- Dans cinq des sept provinces qui légifèrent la profession, on autorise d'autres professions à pratiquer la radiologie, soit les médecins, les hygiénistes dentaires, les dentistes, les chiropraticiens et les podiatres.
- L'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont constitué une liste des actes réservés attribués aux technologues en radiologie. Ces actes sont assez différents d'une province à l'autre sauf les actes suivants qui font l'unanimité : l'emploi de rayonnements ionisants et autres formes d'énergie en vue de réaliser des images diagnostiques, ainsi que l'administration de médicaments ou substances radioactives thérapeutiques par intraveineuse, intramusculaire, sous-cutané, rectal, oral ou inhalation.
- Dans les autres provinces, on ne fait qu'interdire la pratique de la technologie de radiation médicale aux personnes ne répondant pas aux exigences prévues; il arrive qu'on énonce alors certains actes dans la définition de la pratique.
- En dépit de programmes provinciaux, le candidat membre de la CAMRT (Canadian Association of Medical Radiation Technologists) peut pratiquer dans toutes les provinces. Toutefois, certaines d'entre elles posent des conditions : on exige de la personne qu'elle ait de

Chapitre 6

l'expérience, qu'elle ait réussi les examens de l'association provinciale ou canadienne et/ou qu'elle ait suivi un programme approuvé.

- Dans toutes les provinces où il y a un encadrement légal, les technologues en radiologie doivent travailler sous la supervision ou avec prescription d'un médecin ou d'un autre professionnel : dentiste, chiropraticien, podiatre ou même ostéopathe; le Nouveau-Brunswick fait exception à cette règle puisque l'irradiation peut s'y pratiquer sans la prescription du professionnel pour le dépistage mammographique.

13. L'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

13.1. Principales problématiques

13.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public et entraîne une prolifération d'appellations

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- les établissements de la santé et les employés de ceux-ci utilisent le terme « travailleur social » comme un terme générique et non comme un titre réservé par la loi; dès lors, on englobe les titulaires de diplômes techniques et d'attestations d'autres formations; le public croyant avoir affaire à un membre de l'Ordre ne dispose pas des recours habituels en cas d'insatisfaction et se sent berné par le système;
- en cas de faute, un travailleur social radié de l'Ordre peut quand même continuer d'exercer la profession dans un hôpital, un CLSC, un Centre jeunesse ou en cabinet privé;
- le réseau de la santé emploie des appellations qui portent à confusion : travailleur social, agent d'intervention en service social, agent de relations humaines;
- il existe une confusion entre les intervenants sociaux de formation collégiale et ceux de formation universitaire.

13.1.2. La définition du travail interdisciplinaire varie selon les milieux professionnels

Le concept de l'interdisciplinarité évolue au fil des ans et ses modes d'application ne font pas l'unanimité. L'Ordre constate en effet des disparités :

- entre, d'une part, les employeurs et gestionnaires du réseau et, d'autre part, les professionnels qui dispensent les services;
- entre les professionnels des différentes formations.

Certains aspects du travail interdisciplinaire préoccupent également l'Ordre, à savoir :

- l'impact des nouveaux modèles d'organisation des services sur le travail en interdisciplinarité;
- le partage de l'information, le dossier unique informatisé, etc.;
- la hiérarchisation des professions quant à l'imputabilité et la responsabilité.

13.1.3. *Diverses situations et problématiques font l'objet de travaux et de réflexions de l'Ordre*

- L'intégration des thérapeutes conjugaux et familiaux à l'Ordre est en voie de se réaliser après de nombreuses années de démarches.
- L'Ordre fait partie des six ordres professionnels visés par la réserve du titre de psychothérapeute. Cette question est au centre des discussions depuis de nombreuses années et devrait se régler d'ici peu. Tout en favorisant la protection du public, cette mesure ne constitue cependant qu'une solution partielle, tout comme la réserve du titre de travailleur social.
- La profession telle qu'elle s'exerce aujourd'hui nécessite un ajustement des conditions de formation : on s'interroge actuellement sur la pertinence de hausser la formation de base du baccalauréat à la maîtrise.
- Moins du quart des personnes (335 sur 1490) détenant une formation universitaire en travail social et œuvrant dans les 16 Centres jeunesse du Québec sont membres de l'Ordre. Ce constat est inquiétant quand on songe à la complexité du travail qui s'y effectue, aux compétences exigées et à l'impact des interventions sur le droit et l'avenir des jeunes. Entre autres failles, l'Ordre a constaté :
 - un manque d'encadrement et une charge de travail trop lourde pour les travailleurs sociaux;
 - un manque de continuité dans les services;
 - un mode d'attribution des cas à traiter sans égard au niveau de formation des intervenants.
- L'adhésion volontaire à l'Ordre a notamment pour effet de maintenir le nombre de membres bien en-deça de ce qu'il devrait être. Cette situation se traduit par une perte de revenus pour l'Ordre, alors que celui-ci manque de ressources pour réaliser pleinement ses missions de protection, de contrôle et de formation.

13.2. Solutions proposées par l'Ordre

13.2.1. Des actes réservés

Les actes suivants devraient être réservés aux travailleurs sociaux (en exclusivité ou en partage avec les ordres concernés) :

- la médiation familiale;
- l'évaluation psychosociale en adoption internationale;
- l'expertise psychosociale;
- d'autres actes à déterminer au terme d'une réflexion qui se poursuit sur le sujet.

13.2.2. L'adhésion obligatoire à l'Ordre

L'adhésion obligatoire à l'Ordre pour tout détenteur d'un baccalauréat en travail social apparaît essentielle :

- en raisons des motifs déjà énoncés;
- parce que la profession évolue vers un contexte où les contrôles diminuent (pratique de plus en plus autonome, peu de supervision dans les établissements);
- en raison de facteurs tels les fusions d'établissements, la complémentarité des services entre les établissements et les organismes communautaires, et les futures équipes interdisciplinaires mobiles.

13.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

L'évolution de la profession et de ses milieux d'exercice pose de nouvelles interrogations aux travailleurs sociaux.

- L'émergence de nouvelles valeurs sociales remet-elle en question la pertinence même de la profession?
- Alors que le champ descriptif de la profession est si vaste, est-il possible de définir pour le travailleur social une identité professionnelle claire et forte?
- Dans un contexte d'intervention où on observe souvent une utilisation aléatoire des disciplines et une diminution de l'encadrement, comment le travailleur social peut-il parvenir à conserver et à développer sa compétence spécifique?
- La formation universitaire actuelle du travailleur social devrait-elle être enrichie ou allongée?

Dans l'avenir, il est à prévoir que les éléments suivants auront un impact direct sur la profession :

- le vieillissement de la population;
- les nouvelles technologies;
- l'exclusion de certains groupes sociaux;
- les nouveaux modèles familiaux;
- la mise à l'écart des personnes qui demeurent en marge du monde du travail;
- la violence et le suicide;
- la mobilité de la main-d'œuvre (dont les travailleurs sociaux; leurs déplacements de plus en plus fréquents d'une province à l'autre requièrent la signature d'accords de libre circulation).

13.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de travailleur social.
- En Ontario, la Loi concerne aussi bien les techniciens en travail social que les travailleurs sociaux.
- Plusieurs provinces ne donnent pas de définition de la pratique. Les définitions adoptées par les autres provinces sont semblables. Il s'agit essentiellement :
 - d'évaluer, de corriger et de prévenir des problèmes sociaux par le biais de certaines activités;
 - d'améliorer le fonctionnement social d'individus, de familles, de groupes et de communautés.
- La profession est à titre réservé en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, en Saskatchewan et à Terre-Neuve.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, nul ne peut pratiquer en travail social à moins d'être enregistré ou immatriculé.

Chapitre 6

- Dans toutes les provinces, les candidats à la profession doivent posséder un diplôme universitaire en travail social (baccalauréat, maîtrise ou doctorat) et avoir réussi un stage et/ou les examens d'entrée à la profession.

Chapitre 7

**Approche recommandée
par le Groupe de travail**

Introduction

Le rappel des assises et de la raison d'être des ordres professionnels

Le système professionnel québécois, tel qu'on le connaît aujourd'hui, se concrétise en 1973 avec l'avènement du *Code des professions* et des institutions créées par cette loi. Le législateur prévoit alors que des obligations soient imposées aux ordres professionnels par l'intermédiaire d'un système largement fondé sur le principe de l'autonomie des professions. Par la même occasion, il leur confère une raison d'être, soit la protection du public. En pratique, protéger le public dans le domaine de l'exercice des professions signifie essentiellement veiller à la qualité de l'ensemble des services professionnels offerts, en s'assurant des qualifications des candidats aux professions et en contrôlant par des mécanismes précis l'intégrité et la compétence des professionnels.

Le système professionnel regroupe aujourd'hui plus de 270 000 professionnels répartis dans 45 ordres. Plus de la moitié de ces ordres appartiennent au secteur de la santé et des relations humaines qui compte, à lui seul, près de 60 % de l'ensemble des membres.

Il existe deux grandes catégories de professions : celles à titre réservé et celles d'exercice exclusif. Dans le cas d'une profession d'exercice exclusif, seuls les membres des ordres reconnus peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la loi. Ce droit ne peut en effet être conféré que par une loi. Les dispositions s'appliquent seulement lorsque la nature des actes posés par ces personnes ainsi que la latitude dont elles disposent en raison des caractéristiques de leur milieu de travail sont telles que la protection du public exige qu'ils soient accomplis exclusivement par des personnes formées à cette fin.

Bien que les membres d'un ordre exerçant une profession à titre réservé n'aient pas le droit exclusif d'accomplir des activités professionnelles, l'utilisation du titre est limitée à eux seuls. Il s'agit là d'un mécanisme de protection basé sur le libre choix du citoyen, principe selon lequel ce dernier décide lui-même de consulter un membre d'un ordre professionnel constitué, offrant les garanties du système professionnel, ou de s'en remettre à quelqu'un d'autre.

Ce fonctionnement, fondé sur l'autonomie des professions, se traduit particulièrement par des mécanismes basés sur l'autogestion, l'autoréglementation et le jugement par les pairs.

Chapitre 7

Les ordres professionnels sont administrés par un bureau de direction formé d'un président et d'administrateurs élus ainsi que de représentants du public nommés par l'Office des professions. Le Bureau est chargé de l'administration générale des affaires de l'ordre et exerce tous les droits, pouvoirs et prérogatives de celui-ci. Il doit également veiller à l'application des dispositions du *Code des professions*, de la loi ou des lettres patentes constituant l'ordre. C'est de cette façon que se concrétise le concept d'autogestion établi par le législateur.

Parmi les responsabilités du Bureau d'un ordre, il y a lieu de souligner celles qui concernent l'élaboration, l'adoption et la transmission pour publication ou approbation des divers règlements obligatoires ou facultatifs, tels que prévu au *Code des professions* ou dans les lois particulières. Cette fonction administrative est assumée par le Bureau en conformité avec les procédures définies, et constitue ce qu'il est convenu d'appeler l'autoréglementation.

Le *Code des professions* a également institué deux mécanismes importants et obligatoires en vue de la protection du public : l'inspection professionnelle et la discipline. Le premier concerne d'abord la compétence des membres dans l'exercice de leur profession alors que le deuxième vise davantage leur conduite professionnelle, tenue d'être notamment respectueuse de règles déontologiques. Les mécanismes sont conçus de manière à ce que ces aspects de la pratique d'un professionnel soient évalués ou jugés par les pairs.

D'autres dispositions ont aussi été prévues, entre autres en matière d'admission, d'assurance de la responsabilité professionnelle, de contrôle de la pratique illégale et de l'usurpation de titre ainsi que de formation continue obligatoire. L'ensemble de ces mesures constitue les divers moyens dont disposent les ordres pour assurer la protection du public. Après plus de 20 ans d'existence, cette obligation demeure encore une nécessité et s'exprime de la même façon qu'au moment de la mise en place du système.

Dans le secteur de la santé et des relations humaines, 13 ordres sont d'exercice exclusif et 13 sont à titre réservé. Malgré la différence de statut, ces ordres sont tous régis par les mêmes obligations et normes de fonctionnement, lesquelles leur sont dictées par le *Code des professions*.

Lors de la consultation, le Groupe de travail a été en mesure de constater que les organismes et les experts entendus accordent une grande confiance aux mécanismes prévus pour protéger le public. Ceux-ci sont en effet convaincus de la nécessité de donner aux ordres professionnels

Chapitre 7

la place qui leur revient et de les doter des moyens qui leur permettent d'assumer pleinement leur raison d'être qui est de protéger le public. Certains ont également indiqué que le mandat des ordres à cet égard devrait être renforcé et que ceux-ci devraient axer leur action sur l'exercice des principaux mécanismes qui permettent le contrôle et l'amélioration des compétences, soit l'inspection professionnelle et la formation continue.

Fort de ces commentaires, le Groupe de travail croit donc nécessaire de réaffirmer que la raison d'être d'un ordre professionnel est la protection du public, et que les 26 ordres du secteur de la santé et des relations humaines doivent continuer de partager cette raison d'être avec l'ensemble des ordres du système professionnel. Le Groupe de travail insiste également sur l'importance pour les ordres d'utiliser pleinement les moyens dont ils disposent pour assurer la protection du public, soit l'admission, l'inspection professionnelle, les recours disciplinaires, le contrôle de l'utilisation du titre et de l'exercice illégal ainsi que la formation continue.

Le Groupe de travail recommande :

- (R1) *Que la raison d'être des ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines partagée avec l'ensemble des ordres du système professionnel, à savoir la protection du public, soit réaffirmée.*
- (R2) *Que les ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines utilisent pleinement les moyens dont ils disposent pour assurer la protection du public, soit l'admission, l'assurance de la responsabilité, l'inspection professionnelle, les recours disciplinaires, le contrôle de l'utilisation du titre et de l'exercice illégal, ainsi que la formation continue et ce dans tous les milieux où s'exercent ces professions.*

Les consultations menées ont cependant mis en évidence deux préoccupations :

- l'importance d'actualiser les champs de pratique en fonction de l'évolution générale du contexte des soins et des services;
- la pertinence de réduire les monopoles en raison de la nécessité de miser davantage sur la collaboration entre les professions.

Chapitre 7

Selon les représentants des organismes et les experts rencontrés, les champs de pratique n'ont pas suivi la trajectoire accélérée du monde de la santé en mutation. Le système actuel nuit aux impératifs de collaboration, d'évolution et d'innovation.

En outre, la récente Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux porte une attention particulière à l'organisation des professions du secteur. Sous le thème « favoriser l'interdisciplinarité », elle intègre en effet à son rapport une recommandation qui vise spécifiquement les professions reconnues. Elle recommande ainsi « que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé et qu'on crée les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. »¹ Cette recommandation s'accompagne par ailleurs d'une proposition directement adressée au Groupe de travail selon laquelle les membres souhaitent qu'une plus grande importance soit accordée au décloisonnement des professions et à l'interdisciplinarité, tout en assurant la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe. De façon générale, la Commission convie tous les professionnels à adapter leur pratique à la réalité moderne de manière à répondre aux besoins exprimés par la population tout au long du processus de consultation : services accessibles, intégrés, personnalisés, continus et de qualité. Après avoir pris connaissance du mandat du Groupe de travail, la Commission conclut que ce dernier doit² cibler les solutions favorisant la reconnaissance légale des pratiques, la collaboration et le partage des responsabilités entre professionnels, tout en préservant les compétences particulières à chaque profession. De plus, la législation professionnelle devrait être allégée pour s'adapter aux nouvelles tendances et au développement des technologies et reconnaître aux ordres une plus grande latitude dans la mise en oeuvre des changements.

Pour atteindre l'objectif visé, soit redéfinir les champs d'exercice pour les professions de la santé et des relations humaines, le Groupe de travail adopte une approche dont les différentes composantes ont été appliquées à chacun des ordres ou encore à l'ensemble du secteur. Cette approche a été élaborée à partir des résultats de la consultation, de l'examen des problématiques ainsi que d'une analyse des grands courants nord-américains en matière d'organisation professionnelle. Pour parvenir aux résultats attendus, à savoir l'élimination des barrières inutiles entre les professions sans toutefois porter atteinte à la protection du public, le Groupe de travail opte pour une approche fondée sur une mise à jour des champs d'exercice et sur l'identification, en concertation avec les ordres, d'activités réservées susceptibles de refléter la réalité des mi-

¹ *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 127.

² *Op. cit.*, p. 129.

Chapitre 7

lieux de pratique. Par ailleurs, après avoir examiné d'autres concepts, il en retient un certain nombre, notamment l'appartenance obligatoire et l'introduction de dispositions relatives à des situations particulières, comme les cas d'urgence par exemple. Enfin, le Groupe tient à identifier des moyens favorisant l'évolution des professions et l'adaptation de l'encadrement professionnel en fonction des milieux.

Il importe cependant de mentionner que l'approche ici présentée ne revêt pas encore de caractère final. En effet, s'agissant d'un rapport d'étape, il est possible que des modifications ou des ajustements soient nécessaires en fonction des résultats des dernières phases des travaux.

Les diverses composantes de l'approche envisagée par le Groupe de travail pour les professions du secteur de la santé et des relations humaines

1. Une mission particulière au secteur de la santé et des relations humaines

Le secteur de la santé et des relations humaines constitue un sous-groupe à l'intérieur du système. Les ordres de ce secteur partagent non seulement leur raison d'être : la protection du public, mais aussi une responsabilité à l'égard des soins et des services dispensés à la population. Dans ce contexte, le Groupe de travail juge pertinent d'enrichir la raison d'être d'un ordre professionnel par l'instauration d'une dimension propre à l'ensemble des professions du secteur de la santé et des relations humaines et qui constitue une mission commune, soit l'amélioration continue des soins et des services. Cette dimension doit se refléter dans la pratique professionnelle quotidienne par le souci des personnes de l'intégrer à leur pratique individuelle et par une attitude de collaboration entre les professionnels sur le terrain. Cette mission invite dès lors à la concertation de manière à assortir les activités des ordres et de leurs membres de finalités communes dans un souci de remplir adéquatement leurs obligations.

Ce but a inspiré les choix du Groupe de travail dans la manière dont il a conçu et réalisé son exercice de modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines. Il estime que les ordres professionnels concernés devraient également s'approprier cette mission pour guider leurs actions et leurs interventions.

Il en va de même pour les professionnels à titre individuel. Le Groupe de travail considère que l'amélioration de la qualité des soins et des services donne une orientation de base partagée par l'ensemble des professionnels qui assurent la protection du public, au-delà de l'unique assurance de la qualité de l'intervention. Il s'agit d'une notion évolutive qui rallie les professionnels de la santé et des relations humaines dans une démarche globale de collaboration et d'interdisciplinarité, toujours avec cette priorité de protection du public, doublée d'une mission d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Le Groupe de travail recommande donc :

(R3) *Que les ordres et les professionnels du secteur de la santé et des relations humaines se voient confier une mission particulière commune et partagée, soit l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.*

2. Un seul type de profession

Le système professionnel tel qu'on le connaît actuellement fait intervenir deux types de professions, certaines sont dotées d'un champ d'exercice exclusif et d'un titre réservé alors que d'autres se sont vues conférer un titre uniquement.³ À l'origine, les membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (rapport Castongay/Nepveu) souhaitaient encadrer l'exercice d'une profession lorsque la sécurité du public l'exigeait. Pour certaines professions, la réserve du titre leur apparaissait alors suffisante. Cependant, on n'avait pas prévu que des personnes exerçant ces professions choisiraient de ne pas adhérer à leur ordre professionnel.

Les composantes de l'approche développée par le Groupe de travail s'appliquent à tous les ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines, de sorte qu'il ne peut plus être question de deux types de professions. Toutefois en développant cette approche, le Groupe de travail entend maintenir le contrôle de la pratique professionnelle et favoriser la réalisation du mandat de protection du public qui a été délégué aux ordres professionnels par le législateur. Par conséquent, il privilégie une approche qui :

- pallie aux lacunes dénoncées par plusieurs lors des audiences;
- maintient la réserve des titres professionnels tels que reconnus par le législateur à titre de mécanisme de protection du public;
- contient des champs de pratique qui définissent l'essence de la profession;
- comporte des activités réservées en lien avec le champ de pratique qui répondent aux besoins émergents dans le secteur de la santé et des relations humaines.

Le Groupe de travail recommande :

- (R4) *Que chacune des professions du secteur de la santé et des relations humaines :*
- *soit dotée d'un champ de pratique qui définit l'essence de la profession;*
 - *se voit réserver des activités en lien avec le champ de pratique et en fonction de critères qui assurent la protection du public;*
 - *conserve les titres qui lui sont actuellement réservés à moins qu'un changement ne soit nécessaire en raison de l'évolution de la profession.*

³ Voir à cet égard l'introduction du présent chapitre.

3. L'appartenance obligatoire

Au cours de ses rencontres, le Groupe de travail a été sensibilisé au fait que toute modification de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines doit prendre en compte la difficile question de l'appartenance aux ordres. La plupart des organismes ou des personnes consultés ont indiqué que, dans le secteur visé, rien ne justifiait que des personnes ne soient pas membres des ordres alors qu'elles exercent les mêmes tâches que celles attribuées à des professionnels assujettis aux dispositions du *Code des professions*. Certains intervenants en font même une condition sine qua non à la révision des champs d'exercice et au partage d'activités.

Cette question a fait l'objet d'une longue réflexion au sein du Groupe de travail. Entre autres références, ce dernier a pris connaissance des modifications apportées en Alberta à la législation professionnelle dans le secteur de la santé. La réforme mise en œuvre dans cette province présente des similitudes avec l'approche développée dans le cadre de la présente révision. Ainsi, l'Alberta a opté pour une législation professionnelle fondée sur un champ descriptif non réservé et une liste de certaines activités complexes et à risque, réservées aux seuls professionnels membres de l'ordre. Sous le titre « Mandatory Registration », l'article 46 de la *Health Professions Act* (Chapter H-5.5) de l'Alberta énumère les conditions d'application du concept que le Groupe de travail identifie sous le vocable « d'appartenance obligatoire ».

Le principe de cet article est décrit dans la Recommandation 4 du Rapport final du Groupe de travail albertain⁴ qui a mené à la rédaction de la Loi de cette province :

« If a profession is regulated by professional legislation, all individuals who have the required educational qualifications and experience required for registration should be required to be registered with the appropriate professional regulatory association in order to provide the services of that profession to the public. »

Cette recommandation vise notamment à éviter que des professionnels, par exemple à la suite d'une radiation, puissent continuer à pratiquer des activités incluses dans le champ descriptif non réservé sans être membres de leur ordre professionnel. On cherche également à empêcher des personnes dûment formées pour exercer une profession de choisir de travailler sans être contrôlées par leurs pairs. Le Groupe de travail albertain considère donc que toutes les person-

⁴ Final Report of the Health Workforce Rebalancing Committee, Principles and Recommendations for the Regulation of Health Professionals in Alberta, November 3, 1995.

nes possédant la formation requise pour exercer une profession doivent être membres de l'ordre. Toutefois, les personnes n'ayant pas les qualifications requises pour être membres d'une profession peuvent fournir certains services de santé dans la mesure où elles n'exécutent aucune activité réservée. Par ailleurs, les personnes possédant les qualifications et l'expérience requises ne sont pas tenues d'être membres de l'ordre concerné si elles n'entendent pas exercer leur profession. C'est le cas, par exemple, d'une personne retraitée ou d'une personne engagée dans une autre activité.

La solution mise de l'avant en Alberta apparaît intéressante aux yeux des membres du Groupe de travail (québécois). Elle s'inscrit dans la droite ligne des orientations qu'il s'est données et répond également aux attentes exprimées tant par les ordres professionnels que par de nombreux groupes. À maintes reprises, ces derniers ont en effet déploré que certaines personnes puissent se soustraire volontairement au contrôle de l'organisme régulateur qu'est l'ordre professionnel.

Dans cette même ligne d'idée, dans un récent rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les accidents évitables dans la prestation de soins de santé, un comité ministériel a recommandé qu'une obligation soit faite à l'établissement d'imposer à tout employé l'adhésion à son ordre professionnel comme condition de maintien de son emploi.⁵

Le Groupe de travail recommande :

(R5) *Que toute personne dûment formée à l'exercice d'une profession et qui possède les qualifications requises ait l'obligation d'appartenir à l'ordre professionnel qui régit cette profession, afin de pouvoir l'exercer.*

Pour prendre tout son sens, l'appartenance obligatoire imposée aux personnes dûment formées à l'exercice d'une profession et qui possèdent les qualifications requises pour être admises à l'ordre professionnel doit se traduire également par une révision des règles qui prévalent quant à l'embauche et au maintien en emploi dans le réseau public et parapublic.

⁵ « La gestion des risques, une priorité pour le réseau », Rapport du comité ministériel, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001, p. 54.

Chapitre 7

Le Groupe de travail considère important de rappeler au gouvernement, à titre d'employeur, la pertinence de faire preuve de cohérence en ce qui concerne les domaines d'activités reconnus au sein du système professionnel. Il devrait par conséquent faire sienne la règle de l'appartenance obligatoire et exiger des professionnels concernés qu'ils adhèrent à leur ordre et qu'ils conservent cette adhésion tout au long de la durée de leur emploi.

Ce faisant, le gouvernement reconnaît explicitement la contribution des ordres professionnels et des mécanismes de protection du public ainsi que celle des professionnels au maintien et au rehaussement de la qualité des soins et des services.

Une telle reconnaissance présuppose également un endossement syndical de cette règle de l'appartenance obligatoire, comme certains syndicats l'ont exprimé lors de la consultation.⁶

Le Groupe de travail suggère :

- (S2) *Que les conventions collectives et les politiques d'embauche et de maintien en emploi tiennent compte de la règle de l'appartenance obligatoire.*
- (S3) *Que l'individu s'acquitte lui-même du coût d'adhésion à son ordre professionnel.*

⁶ Voir à cet égard le chapitre 5 du présent rapport, section 4 « L'appartenance aux ordres ».

4. Un champ qui décrit la profession

Ce champ :

- est descriptif;
- reconnaît l'existence de chevauchements possibles entre les professions;
- précise le contexte d'exercice des activités professionnelles.

Le Groupe de travail opte pour une description de chacun des champs de pratique qui soit la plus précise et la plus distinctive possible. Pour le Groupe de travail, le champ de pratique énonce les principales activités d'une profession afin d'en saisir la nature, l'essence et la finalité. Le champ de pratique est d'abord destiné aux ordres professionnels, à leurs membres ainsi qu'à la population. Il s'adresse également aux établissements à des fins d'attribution des responsabilités à divers professionnels. De plus, il peut servir aux institutions d'enseignement pour l'élaboration des programmes de formation.

Dans le cadre de ses travaux de définition des champs de pratique, le Groupe de travail a convenu d'un certain nombre d'éléments concernant à la fois la forme et le contenu du libellé. Ces considérations résultent de l'analyse de diverses informations, tels le champ d'exercice actuel inscrit au *Code des professions* ou dans les lois professionnelles, le libellé des champs des professions dans les autres provinces canadiennes, et les propositions de redéfinition présentées par les ordres. Ces éléments s'énoncent comme suit :

- un champ de pratique doit être suffisamment précis pour permettre de distinguer une profession d'une autre et établir ainsi sa marque distinctive;
- il y a également lieu de demeurer concis, de ne conserver que l'essentiel et de s'en tenir à ce qui est pratiqué par la majorité des membres;
- généralement décrit à partir de la pratique professionnelle, le champ fait référence à la finalité de l'intervention du professionnel dans ce qu'elle a de particulier;
- le Groupe de travail entend éviter, autant que faire se peut, les listes détaillées d'activités, les descriptions de tâches, les énumérations de moyens, de milieux, de lieux de pratique ou de clientèles;
- les mentions relatives aux biens ou services offerts seront absentes de la définition sauf si de telles informations sont suffisamment uniques et caractéristiques pour constituer une façon de distinguer une pratique professionnelle d'une autre;

Chapitre 7

- pour les mêmes raisons, les méthodes et les techniques utilisées ne devraient qu'exceptionnellement figurer dans la description; de telles informations sont susceptibles de nuire à la pérennité de la définition.

Le Groupe de travail a également convenu de limiter le contenu d'un champ de pratique aux éléments constitutifs suivants :

- la désignation de la discipline professionnelle;
- les principales activités de la profession;
- la finalité de la pratique.

En s'appliquant à définir dans son essence la pratique d'une profession, le Groupe de travail n'a pas cherché à couvrir l'ensemble d'une discipline, celle-ci étant de toute évidence plus vaste que le champ descriptif d'une profession.

Le Groupe de travail recommande :

- | |
|--|
| <p>(R6) <i>Que le champ de pratique des professions du secteur de la santé et des relations humaines contienne :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>la désignation de la discipline professionnelle;</i>- <i>les principales activités de la profession;</i>- <i>la finalité de la pratique.</i> |
|--|

5. Des éléments du champ de pratique partagés par toutes les professions du secteur de la santé et des relations humaines

Tout au long de leurs travaux, les membres du Groupe ont reconnu l'importance des actions ou des interventions à caractère préventif ou informatif, que celles-ci soient effectuées par un ordre ou par un professionnel. Ce faisant, ils ont partagé également un des principes directeurs mis de l'avant par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qui spécifie qu'une organisation efficace et efficiente en matière de services de santé et de services sociaux qui vise à la fois la qualité des soins et des services et l'excellence des résultats, intègre la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention de la maladie et des problèmes sociaux.⁷

Après mûre réflexion, le Groupe de travail a décidé d'inclure dans chacun des champs de pratique les éléments suivants partagés par tous :

- l'information du public;
- la promotion de la santé;
- la prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités.

5.1. L'information du public

Le souci d'informer la population fait intrinsèquement partie de la protection du public. Bien que cette obligation soit déjà largement balisée dans les codes de déontologie comportant des dispositions relatives aux devoirs envers le public et le client, le Groupe de travail juge néanmoins nécessaire d'inclure nommément l'information du public dans la zone commune. Dès lors, chaque professionnel voit son rôle renforcé en matière d'éducation et d'information en relation avec son champ de pratique. Le professionnel doit, par exemple, exposer de façon complète et objective la nature et la portée du problème pour lequel le client le consulte, et fournir à ce dernier les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

En décidant d'intégrer l'information du public dans chacun des champs d'exercice, le Groupe de travail met l'accent sur le fait que des personnes mieux informées agissent de façon plus éclairée.

⁷ *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 30.

5.2. La prévention de la maladie et des problèmes sociaux

La prévention vise essentiellement la réduction de la maladie et des problèmes sociaux. Elle est étroitement reliée au développement des connaissances pour chaque problème particulier et englobe toutes les mesures destinées à agir avant l'apparition ou dès les premières manifestations d'un problème. Dans le cadre de sa politique de la santé et du bien-être⁸, le Gouvernement du Québec a reconnu l'importance de la prévention et mis de l'avant un certain nombre de mesures à caractère préventif, que ce soit au niveau de la santé ou du bien-être de la population. C'est ainsi qu'en matière d'adaptation sociale, des mesures visant par exemple la réduction des abus sexuels, de la négligence et de la violence à l'endroit des enfants ont été mises de l'avant. En matière de santé physique, des interventions sont notamment faites pour diminuer les facteurs de risque liés aux maladies cardio-vasculaires : tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie.

La mise en œuvre d'une telle politique et des mesures préventives qu'elle comporte implique un « partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activités de la vie collective. »⁹ À ce titre, les ordres et les professionnels ont donc un rôle à jouer et le Groupe de travail a jugé bon de le reconnaître en mentionnant la prévention dans chacun des champs de pratique et d'en faire ainsi une responsabilité partagée, même si la contribution de chacun peut varier en fonction du domaine d'exercice de la profession. De plus, en faisant une telle mention, le Groupe de travail reconnaît l'importance de la collaboration et de la complémentarité entre les divers professionnels impliqués dans la réalisation des diverses mesures préventives. Il considère également qu'il appartient aux ordres professionnels de s'assurer que leurs membres sont suffisamment renseignés et outillés pour jouer pleinement leur rôle à cet égard.

5.3. La promotion de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit ainsi la promotion de la santé :

« Processus qui consiste à habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et améliorer celle-ci ».

⁸ « La politique de la santé et du bien-être », Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1992, 192 p.

⁹ *Op. cit.*, p. 11

Chapitre 7

La promotion de la santé vise l'amélioration de la santé de la population. Pour ce faire, diverses techniques d'intervention sont utilisées dans le but d'induire un changement dans les comportements humains en regard de la santé. Il s'agit d'inciter les individus à se prendre en main et à adopter des comportements sains. L'approche en promotion de la santé peut donc être qualifiée de comportementale. Elle porte sur la gestion des pratiques liées au mode de vie qui peuvent représenter des facteurs de risque pour la santé tels l'alimentation, l'activité physique, le stress, la consommation d'alcool et le tabagisme. Enfin, la promotion de la santé repose sur divers principes qui la différencie de la prévention. En effet, plutôt que de s'attarder au risque que court un seul individu de développer un problème de santé, on met l'accent sur la population en général par le biais d'une approche collective qui inclut notamment les politiques sociales et les lois. Le potentiel de santé de chacun est utilisé par la transmission d'une information pertinente sur les mesures à prendre pour être en bonne santé. La promotion de la santé fait donc appel à une participation concrète et efficace du public.

Le Groupe de travail considère que les professionnels du secteur ont un rôle important à jouer en matière de promotion de la santé et, de ce fait, juge nécessaire d'inclure ce volet dans le champ de chacune des professions. Par ailleurs, cette intervention a un effet significatif sur la qualité de vie des individus. Dès lors, il y a également lieu d'inciter les ordres à se concerter pour développer des guides de pratique à l'intention de leurs membres afin d'assurer une meilleure cohérence entre les différents champs d'intervention. De plus, en matière de promotion de la santé, le public a droit à une information adéquate et optimale.

Le Groupe de travail recommande :

(R7) *Que l'information du public, la prévention de la maladie et des problèmes sociaux ainsi que la promotion de la santé fassent partie du champ de pratique de chacune des professions de la santé et des relations humaines.*

6. Des activités réservées

En matière d'activités réservées, le Groupe de travail s'inspire des réformes réalisées ou amorcées ailleurs au Canada : la réserve ne porte plus sur des champs d'exercice mais sur des activités en fonction de critères bien définis.

Même s'il n'exclut pas formellement le recours exceptionnel à la notion d'actes, lorsque la situation l'exige, le Groupe de travail privilégie le concept d'activités qu'il considère plus évolutif. En effet, compte tenu des objectifs visés par le présent exercice, notamment la simplification et l'allégement de l'encadrement législatif et réglementaire, il est convaincu qu'il n'est pas approprié de procéder à l'énumération d'une multitude de gestes ou d'actes précis. Une telle façon de faire donne lieu à l'élaboration de listes parfois interminables, rarement complètes, et devant être révisées fréquemment. Le Groupe choisit donc de réserver des activités et retient la définition suivante de cette notion :

« un ensemble d'opérations, d'interventions, de processus, d'éléments, d'actions ou de gestes coordonnés, effectués dans le cadre de l'exercice d'une profession, qui peuvent s'exercer sur un continuum ou de manière interrompue et se scinder en actes circonscrits. »

6.1. Les critères de qualification d'une activité réservée

Si le champ de pratique permet d'identifier les aspects essentiels du domaine d'action d'une profession, aucune exclusivité de pratique n'est par ailleurs conférée, en soi, à l'un ou l'autre des éléments qui y apparaît. Le Groupe de travail croit néanmoins que, dans le secteur de la santé et des relations humaines, certaines activités ne peuvent être exercées que par des professionnels reconnus. Des critères précis doivent donc intervenir pour identifier et décrire de telles activités.

Dans le cadre de sa démarche, les critères de qualification retenus par le Groupe sont inspirés, non seulement des dispositions actuelles du *Code des professions*, mais aussi de ceux généralement utilisés en Amérique du nord lorsqu'il est question de réserver à certaines personnes des interventions professionnelles particulières. Le critère principal concerne le risque de préjudice lié à la réalisation de l'activité. En cette matière, le Groupe de travail s'appuie sur le docu-

ment produit par l'Office des professions en 1997,¹⁰ plus particulièrement sur les définitions et la grille d'analyse des risques de préjudice. Il choisit de considérer comme à risque de préjudice toute activité susceptible de porter atteinte aux droits, aux intérêts, au bien-être ou à l'intégrité d'une personne. Il précise également qu'un préjudice peut être de type physique, psychologique, émotif, moral ou financier. Le préjudice peut survenir non seulement en raison de l'intervention elle-même mais aussi de son omission.

6.1.1. Le risque de préjudice lié à la réalisation d'une activité

En matière de préjudice, ont été retenues les activités qui notamment :

- présentent un caractère irrémédiable;
- sont complexes;
- sont invasives;
- impliquent un haut degré de technicité;
- sont contre-indiquées dans certaines situations;
- font appel à l'usage de médicaments;
- sont susceptibles de causer ou d'entraîner des effets secondaires, des complications;
- sont susceptibles de causer le décès, d'entraîner ou d'accentuer une atteinte à l'intégrité physique, notamment sous forme de blessure, de dépendance, de dommage de nature esthétique, de douleur, d'incapacité, de maladie, de paralysie;
- comportent un potentiel d'abus physique, émotif ou sexuel;
- sont susceptibles de causer ou d'entraîner diverses perturbations, telles l'aliénation, la dépendance ou la détresse;
- sont susceptibles de causer ou d'entraîner la perte d'un droit comme l'exercice de l'autorité parentale, la libre gestion de ses biens, l'aptitude à rendre compte de ses actes.

6.1.2. La formation liée au degré de complexité de réalisation d'une activité

Indissociable du critère précédent, à savoir le risque de préjudice, la complexité de l'activité est prise en considération par le Groupe de travail, complexité mesurée principalement en lien avec les compétences requises et les connaissances exigées pour l'exercer. L'activité ayant été jugée à risque de préjudices, seules les personnes possédant les connaissances et les compétences

¹⁰ *Le système professionnel québécois de l'an 2000 — L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle*, Avis au gouvernement du Québec transmis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Office des professions du Québec, 1997.

particulières requises peuvent être habilitées à l'exécuter. De telles connaissances ou compétences doivent avoir été acquises dans le cadre d'un programme de formation actuellement dispensé, reconnu et approuvé par un établissement d'enseignement, et donnant accès au permis de l'ordre.

Tout au long de ses travaux, lorsqu'il s'agit de confier une activité réservée à un professionnel, le Groupe de travail s'est donc assuré que le programme de formation de ce dernier le préparait adéquatement à effectuer cette activité avec compétence. Dans le cas contraire, le groupe opte soit pour la non-inclusion dans la liste des activités réservées, soit pour l'ajout d'une condition additionnelle portant sur l'acquisition de la formation par le biais d'une recommandation de modification du programme ou d'une obligation de formation continue. Le Groupe de travail opte pour cette dernière solution, notamment pour répondre aux besoins émergents des milieux de pratique.

6.1.3. *Un nombre significatif de professionnels exerçant une activité*

En plus des critères de risque de préjudice et de degré de complexité, l'activité doit généralement être exercée par un nombre significatif de professionnels pour se voir réserver.

6.2. Les activités réservées

Avant de procéder à l'attribution des activités réservées à chaque ordre professionnel, le Groupe de travail a identifié celles qui doivent être confiés à des professionnels reconnus en raison du risque de préjudice qu'elles présentent. Pour déterminer ces activités, le Groupe s'est inspiré de plusieurs sources : les listes d'activités réservées retenues ou proposées dans certaines provinces canadiennes, les demandes présentées par les ordres professionnels, les lois professionnelles actuellement en vigueur dans le secteur ainsi que les règlements de délégation d'actes, les propositions adressées par les groupes, les organismes et les experts reçus en audience. À partir de ces diverses sources, il retient et transpose les éléments qui correspondent aux critères dont il s'est doté.

Le Groupe de travail recommande :

(R8) *Que les activités réservées concernent :*

1. *le diagnostic des maladies;*
2. *l'évaluation de la condition des personnes lorsque pratiquée par des professionnels qui interviennent directement auprès des clientèles, sans diagnostic préalable;*
3. *la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions diagnostiques;*
4. *la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions thérapeutiques;*
5. *la surveillance clinique¹¹ de la condition ou de l'état des personnes malades;*
6. *la prescription, la préparation, la vente, la remise et l'administration de médicaments et de substances ainsi que la surveillance de leurs effets;*
7. *la prescription et l'ajustement d'appareils*

À partir de la liste dont le Groupe de travail s'est doté, un exercice d'attribution des activités réservées à chacun des ordres a été réalisé, en fonction de la nature et de l'étendue de leur champ de pratique. L'énumération qui suit présente la liste des activités réservées ainsi que des exemples de leur attribution à des ordres en particulier :

6.2.1. Le diagnostic des maladies

Le Groupe de travail a pris connaissance des définitions qui prévalent dans le milieu médical et qui représentent une tendance généralisée en Amérique du nord. Il appert que le diagnostic requiert une exploration de l'ensemble des systèmes du corps humain, et qu'il représente un examen complet de tous les organes et appareils du corps humain. Il s'agit par conséquent d'une évaluation complète ayant pour objet de déterminer l'état général de santé d'une personne.

La définition du Nouveau Larousse Médical :¹²

« Temps de l'acte médical qui permet de définir la nature de la maladie observée. Le diagnostic est donc un temps capital puisqu'il permet de classer la maladie dans son cadre nosologique, d'en évaluer succinctement le pronostic vital ou fonctionnel et de choi-

¹¹ La définition de surveillance clinique, fondée sur le sens donné aux termes surveillance et clinique, est la suivante : « observer directement au chevet du malade et avec une attention soutenue, les manifestations de la maladie de manière à effectuer ou à demander l'intervention adéquate ».

¹² *Nouveau Larousse médical*, 1990, p. 323.

sir le traitement. Il est parfois très difficile, car il exige de la part du médecin une analyse soigneuse des éléments que recueille l'examen, groupant les analogies et faisant état des dissemblances; il exige donc un savoir qu'enrichit l'expérience, mais aussi un jugement sûr et, parfois aussi, une véritable intuition.

Il doit être distingué du terme diagnose, qui est l'art de définir les maladies par l'exposé concis, mais suffisant, de leurs symptômes caractéristiques et distinctifs.

Les temps successifs d'un diagnostic comportent : le diagnostic positif, le diagnostic différentiel, le diagnostic étiologique.

. Le diagnostic positif groupe les renseignements fournis par l'étude des faits commémoratifs immédiats et éloignés, et les indications données par l'examen clinique du malade : aspect général, doléances ou douleurs qui orientent vers un appareil malade et contribuent aux signes fonctionnels, éléments fournis par la palpation, la percussion, l'auscultation, en un mot par un examen complet de tous les organes et appareils.

On aura pu recueillir parfois des signes pathognomoniques, c'est-à-dire de certitude diagnostique déterminante de la maladie.

Des recherches de laboratoire seront sollicitées selon les difficultés, sans méconnaître, malgré les perfectionnements techniques, leurs incertitudes et même leurs imperfections.

. Le groupement de tous ces éléments permettra de diagnostiquer la nature de la maladie et d'éliminer, dans un diagnostic différentiel, les autres maladies présentant en partie des symptômes analogues.

. Le diagnostic étiologique, enfin, reconnaît la ou les causes de la maladie et permet parfois un traitement directement dirigé contre elles, traitement étiologique qui est, bien entendu, celui que l'on souhaite pour son efficacité. »

Le Groupe de travail considère que le diagnostic doit être réservé aux médecins, sans être partagé avec d'autres professionnels de la santé. Par cette décision, il reconnaît l'expertise unique du médecin en ce qui concerne le diagnostic. Le médecin est le seul professionnel de la santé qui possède les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain. La formation dispensée aux médecins intègre les sciences fondamentales et les sciences cliniques. De plus, la formation médicale est axée sur la démarche clinique qui vise tant les personnes en bonne santé que les personnes malades.

Dans l'approche qu'il propose, le Groupe de travail reconnaît toutefois la contribution des autres professionnels de la santé à l'élaboration du diagnostic. De ce fait, il entend réserver les activités requises à cet égard aux professionnels concernés, en fonction de leur champ respectif.

6.2.2. L'évaluation de la condition des personnes, lorsque pratiquée par des professionnels qui interviennent directement auprès des clientèles, sans diagnostic préalable

L'activité d'évaluation a été réservée lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels qui travaillent en première ligne et qui interviennent directement auprès des clientèles sans diagnostic

préalable. Chacune des professions qui réalisent l'évaluation collabore avec le médecin et les spécialistes du domaine médical concerné.

Les activités d'évaluation réservées selon les champs de pratique professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines sont les suivantes :

6.2.2.1. *Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation*

Pour le Groupe de travail, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique couvre toutes les dimensions nécessaires à l'établissement d'un jugement éclairé, c'est-à-dire tant les aspects physiques que sociaux s'ils s'avèrent pertinents. L'expression « symptomatique » est utilisée afin de préciser dans quelle circonstance l'évaluation de la condition d'une personne est réservée. L'expression « préalablement à une orientation » est utilisée parce qu'il s'ensuit une orientation, donc une décision d'orienter qui devra être prise par l'infirmière. En outre, l'activité d'évaluation permet à l'infirmière d'utiliser différents moyens pour déterminer si une condition est normale ou non en fonction notamment de l'histoire de santé, des antécédents familiaux, de l'examen physique, des tests et des échelles de mesure ainsi que de l'évaluation des risques. Par la suite, elle peut orienter, s'il y a lieu, la personne vers les services requis.

Il s'agit d'une activité importante qui permet à l'infirmière de poser un jugement clinique global sur la situation d'une personne symptomatique lors d'un premier contact, notamment à l'urgence,¹³ dans les CLSC, dans les services de première ligne, par téléphone ou télécommunication.

6.2.2.2. *Évaluer la grossesse et le travail*

Cette activité concerne plus particulièrement les sages-femmes.

¹³ *Triage à l'urgence -Un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence*, énoncé de proposition élaboré conjointement par le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et des infirmiers, janvier 2000, 15 p.

6.2.2.3. *Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité physique*

Cette activité concerne plus particulièrement les physiothérapeutes. Elle fait référence aux systèmes neurologique et musculosquelettique en concordance avec le champ de pratique de la profession.

6.2.2.4. *Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne afin de lui permettre d'exercer un droit ou de recevoir un service ou une prestation*

Le Groupe de travail accorde une grande importance aux fonctions évaluatives exercées par les professionnels, notamment dans le contexte de l'exercice d'un droit ou de l'accès à un programme ou à un service. De plus, il juge important que l'évaluation reconnue à chaque profession soit cohérente avec la définition du champ. En ce sens, il reconnaît aux ergothérapeutes les compétences requises pour l'évaluation des « habiletés fonctionnelles », expression qui tient compte de la réalité d'intervention en réadaptation et de son processus.

6.2.2.5. *Procéder à l'évaluation psychosociale :*

- d'un mineur dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis;¹⁴
- d'un majeur en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection;¹⁵
- en application d'une loi.¹⁶

L'activité d'évaluation psychosociale concerne plus particulièrement le travailleur social. Cette activité se déroule toutefois dans un contexte précis, soit dans le cas de personnes mineures ou majeures qui ont besoin de protection ou encore en application d'une loi.

En outre, le Groupe de travail a été sensibilisé, lors des audiences tenues avec les organismes, à la réalité des personnes mineures, dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis.¹⁷ Il considère que cette partie de la population, particulièrement vulnérable, devrait

¹⁴ *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38, 38.1 et 49.

¹⁵ *Code civil du Québec*, art. 270, 278 et 279.

¹⁶ À titre d'exemple, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, *op. cit.*, art. 72.3.

¹⁷ « La modernisation du système professionnel et le respect des droits des enfants », mémoire adressé au Groupe de travail sur le secteur de la santé et des relations humaines, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, novembre 2000, 18 p.

bénéficier de la protection qu'offre le système professionnel. Par conséquent, il entend suggérer que des modifications soient apportées entre autres à la *Loi sur la protection de la jeunesse* en ce qui concerne les responsabilités exclusives confiées au Directeur de la protection de la jeunesse.

Le Groupe de travail suggère :

(S4) *Que la Loi sur la protection de la jeunesse soit modifiée afin de prévoir que les responsabilités exercées, en exclusivité, par le Directeur de la protection de la jeunesse et les membres de son personnel qu'il autorise à cette fin,¹⁸ soient exercées par des professionnels membres d'un ordre.*

6.2.2.6. *Dépister les conditions anormales chez la mère, l'enfant jusqu'à six semaines ou le nouveau-né*

Cette activité concerne plus particulièrement les sages-femmes. Elle est préalable à la consultation dans les situations jugées anormales, consultation pouvant conduire à un transfert vers les services médicaux spécialisés.

6.2.2.7. *Évaluer les troubles de l'audition dans le but d'établir un plan d'intervention et de traitement audiolgique*

6.2.2.8. *Évaluer les troubles du langage, comprenant ceux de la voix et de la parole, dans le but d'établir un plan d'intervention et de traitement orthophonique*

Selon l'approche du Groupe, les activités qui concernent plus particulièrement les orthophonistes et les audiologistes sont séparées. L'expression « plan d'intervention et de traitement » est utilisée pour refléter les différents milieux de pratique des orthophonistes et des audiologistes.

¹⁸ *Loi sur la protection de la jeunesse, op. cit., art. 32.*

6.2.3. *La détermination, la prescription et la réalisation d'interventions diagnostiques*

6.2.3.1. *Prescrire des examens diagnostiques*

Cette activité est réservée aux médecins et aux sages-femmes. En ce qui concerne les sages-femmes, l'activité est assujettie à une liste établie.

Le Groupe de travail n'entend pas éliminer pour le moment les listes en tant que conditions d'exercice de certaines activités. Le recours à une liste pour baliser l'exercice de certaines activités est une pratique usitée dans le secteur de la santé. Elle permet de donner un accès limité à des activités professionnelles réservées aux médecins, comme la prescription de médicaments ou l'utilisation de tests et d'analyses, tout en s'assurant que l'intérêt du public est bien servi.

6.2.3.2. *Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne*

Cette activité permet à l'infirmière d'initier des mesures lorsqu'elle est en fonction au triage à l'urgence ou en première ligne, en CLSC ou en cabinet de médecins, notamment dans le cadre de groupes de médecine de famille. Le Groupe de travail considère que la réserve de cette activité favorisera l'accessibilité aux soins et contribuera à augmenter l'efficacité du système de santé.

Le Groupe de travail évalue que ce sont des lieux où la personne n'a pas été vue par un médecin lorsqu'elle est reçue par l'infirmière; dès lors, cette dernière peut sauver un temps précieux en initiant des mesures diagnostiques. La réserve de cette activité se veut le prolongement de l'énoncé de position élaboré conjointement par le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers, selon lequel, en fonction de protocoles établis, l'infirmière qui œuvre à l'urgence et dans les services de première ligne peut initier des mesures diagnostiques comme le débit expiratoire de pointe, la saturométrie, la glycémie capillaire, un test de grossesse, l'analyse urinaire par bâtonnet, l'ECG, ou le recours à des radiographies simples. De plus, certaines mesures thérapeutiques peuvent être amorcées, notamment pour soulager la douleur ou immobiliser un membre fracturé.

Chapitre 7

6.2.3.3. *Effectuer des prélèvements, des examens et des tests diagnostiques*

Cette activité concerne les professions suivantes : les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les sages-femmes et les technologistes médicaux.

6.2.4. ***La détermination, la prescription et la réalisation d'interventions thérapeutiques***

6.2.4.1. *Déterminer le traitement médical*

6.2.4.2. *Prescrire des traitements*

Le Groupe de travail considère que le médecin possède une expertise unique dans la détermination du traitement médical et dans la prescription des traitements. Il va donc de soi que ces activités lui soient spécifiquement réservées.

6.2.4.3. *Effectuer et ajuster les traitements médicaux*

Cette activité regroupe les interventions thérapeutiques ainsi que l'ajustement des traitements médicaux réalisés par les infirmières.

6.2.4.4. *Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie*

La détermination du plan de traitement est associée à une clientèle spécifique, soit celle pour laquelle l'ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie. La réserve de cette activité crée une obligation de recourir aux services d'une diététiste ou d'une nutritionniste pour déterminer le plan de traitement à l'égard de ces personnes. Dans les autres situations, il n'y a pas d'obligation de recourir aux membres de l'Ordre.

6.2.4.5. *Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement*

Le Groupe de travail reconnaît qu'un risque de préjudice important est associé à l'utilisation de la force et de l'isolement. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) bannit l'utilisation de la force et de l'isolement dans les établissements qu'elle régit. Ces moyens

sont considérés comme étant des mesures exceptionnelles. Au cours des audiences menées à l'automne 2000, le Groupe de travail a été sensibilisé à la nécessité de réserver cette décision à des professionnels reconnus. Cette activité concerne plus particulièrement les infirmières, les médecins et les travailleurs sociaux.

6.2.4.6. *Utiliser ou appliquer des techniques ou des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques*

L'intervention esthétique est hautement préjudiciable, elle est spécifiquement nommée parce qu'elle est distincte dans sa finalité de l'intervention diagnostique et de l'intervention thérapeutique. De plus, cette activité comprend également l'application des mesures d'entretien liées à l'utilisation du matériel thérapeutique.

6.2.4.7. *Pratiquer des accouchements*

La pratique de l'accouchement est une activité réservée aux médecins et aux sages-femmes, pour leur part, les infirmières contribuent à cette activité. Les sages-femmes pratiquent des accouchements spontanés et en cas d'urgence, elles peuvent alors intervenir en attendant le médecin.

6.2.4.8. *Procéder à des phlébotomies*

Cette activité concerne plus particulièrement les technologistes médicaux.

6.2.4.9. *Introduire un instrument, un doigt ou une main dans le corps humain :*

- dans une veine;
- dans une ouverture artificielle;
- au-delà du larynx, du conduit auditif externe, du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du conduit auditif externe, du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'anus.

L'énumération des limites d'introduction d'un corps étranger dans le corps humain permet de baliser l'activité selon l'objectif d'intervention de chacune des professions. À titre d'exemple, l'inhalothérapeute peut introduire un instrument à des fins d'intubation ou pour des aspirations,

au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du larynx et dans une ouverture artificielle du corps. De plus, l'énumération permet de ne pas réglementer la réalisation d'activités qui s'effectuent en deçà des limites précisées dans la liste, ces activités ne présentant aucun risque de préjudice (ex. : prendre la température ne nécessite pas d'aller au-delà du larynx).

6.2.4.10. Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie

Cette activité concerne plus particulièrement les technologues en radiologie. L'utilisation des radiations ionisantes et des radioéléments constitue déjà une activité réservée au sens de la loi actuelle. L'ajout de l'utilisation des autres formes d'énergie comme activité réservée apparaît nécessaire en raison, notamment, des risques de préjudices associés au recours à l'échographie, à l'ultrasonographie, à la résonance magnétique, à la scanographie et aux autres formes d'imagerie médicale.

6.2.4.11. Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires

Cette activité concerne plus particulièrement les physiothérapeutes, sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation émise à cet effet par l'Ordre.

Le Groupe de travail a examiné attentivement la question des manipulations vertébrales et articulaires, à titre d'activité assortie d'un risque de préjudice sérieux. Il a tenu compte du fait que la formation offerte aux physiothérapeutes offre une base de connaissances en regard de ce type de manipulations. Il a également pris en considération le fait que des activités de formation continue sont dispensées par l'Ordre sur une base régulière.

6.2.4.12. Effectuer l'assistance ventilatoire

Cette activité concerne plus particulièrement les inhalothérapeutes.

6.2.4.13. Prodiguer les soins et les traitements liés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments

Cette activité concerne plus particulièrement les infirmières, les infirmières auxiliaires.

Chapitre 7

6.2.4.14. *Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée*

Cette activité concerne plus particulièrement les sages-femmes. Elle concerne également les médecins puisqu'elle fait partie de l'activité qui consiste à utiliser les techniques ou appliquer les traitements invasifs ou présentant des risques de préjudice.

6.2.5. ***La surveillance clinique de la condition ou de l'état des personnes***

L'expression « surveillance clinique » réfère à une présence constante auprès de la personne malade. Cette surveillance permet de déceler l'urgence d'intervenir. Il est à noter que la majorité des activités de surveillance sont réservées à l'infirmière.

6.2.5.1. *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques*

Cette activité concerne plus particulièrement les médecins et les infirmières parce que l'état de santé de la personne malade requiert la présence de ces professionnels à son chevet.

6.2.5.2. *Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes*

Cette activité concerne plus particulièrement les infirmières. Elle consiste à assurer le suivi clinique de situations de santé complexes par la surveillance, l'évaluation et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, en fonction de l'évolution de l'état de santé physique et mentale du client. Cette activité comprend aussi l'ajustement du plan thérapeutique médical, en fonction d'ordonnances permanentes ou de protocoles.

6.2.5.3. *Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques*

Il s'agit d'un aspect de la surveillance clinique qui concerne particulièrement les infirmières auxiliaires. Elle concerne également les infirmières puisque cette activité fait partie de l'exercice d'une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Chapitre 7

6.2.5.4. *Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé*

Cette activité concerne plus particulièrement les diététistes. Il est prévu que la surveillance de l'état nutritionnel des personnes dont la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie doit être faite par une diététiste.

6.2.5.5. *Surveiller les personnes sous anesthésie, sous sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire*

Cette activité de surveillance concerne plus particulièrement les inhalothérapeutes. Elle est associée à trois situations particulières, soit les personnes sous anesthésie, sous sédation-analgésie et sous assistance ventilatoire. Une telle surveillance suppose généralement une présence continue tout au long de l'intervention diagnostique ou thérapeutique. Cette présence est assurée par l'inhalothérapeute qui assiste l'anesthésiste.

6.2.5.6. *Effectuer le suivi de grossesse et le suivi du travail*

Cette activité est partagée entre les médecins, les sages-femmes et les infirmières. Le médecin est plus spécifiquement dédié au suivi des grossesses à risque, mais cela n'exclut pas pour lui le suivi de la grossesse normale. La sage-femme est concernée par le suivi de la grossesse et du travail normal. L'infirmière est impliquée dans le suivi de la grossesse normale.

6.2.6. ***La prescription, la préparation, la vente, la remise et l'administration de médicaments et de substances ainsi que la surveillance de leurs effets***

6.2.6.1. *Prescrire les médicaments et les autres substances*

Cette activité concerne les médecins et les professionnels habilités qui peuvent prescrire les médicaments et les substances selon une liste établie.

Chapitre 7

6.2.6.2. *Préparer des médicaments et mélanger des substances*

L'activité qui consiste à préparer des médicaments est réservée aux pharmaciens. Toutefois, le mélange des substances est également réservé aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. Cette activité consiste à mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament avant son administration.

6.2.6.3. *Vendre des médicaments conformément aux dispositions du Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*

Cette activité concerne les pharmaciens. La *Loi sur la pharmacie* et la législation l'ayant précédée interdisent la vente de médicaments par d'autres personnes que des pharmaciens. Cette politique intervient comme mesure de protection du public en tant que garantie à l'effet que cette activité relève de professionnels compétents. Elle n'est pas remise en cause par le Groupe de travail.

6.2.6.4. *Émettre une opinion pharmaceutique*

Le Groupe de travail juge bon de réserver cette activité aux pharmaciens. Elle apparaît à l'article 60 c) du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*. Elle est décrite comme étant un avis motivé d'un pharmacien portant sur l'historique pharmacothérapeutique d'un bénéficiaire, dressé sous l'autorité d'un pharmacien ou portant sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur.

6.2.6.5. *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet*

Cette activité concerne principalement les infirmières et les infirmières auxiliaires. En ce qui concerne les autres professionnels, cette activité se réalise en lien avec la finalité de la pratique de chacun.

6.2.6.6. *Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance*

Cette activité concerne plus particulièrement les pharmaciens.

Chapitre 7

6.2.6.7. *Surveiller la thérapie médicamenteuse ainsi que les réactions aux médicaments et aux substances*

Cette activité concerne plus particulièrement les pharmaciens. Pour assumer pleinement cette activité, il est important, selon le Groupe de travail, que le pharmacien ait accès aux résultats des examens diagnostiques. Toutefois, le droit de prescrire des tests de laboratoire doit être limité afin d'éviter la duplication et de ne pas multiplier indûment les demandes de tests diagnostiques auprès des laboratoires médicaux.

De plus, l'accès aux résultats des examens de biologie médicale constitue un bel exemple de collaboration interdisciplinaire. Au-delà des considérations liées à la réglementation professionnelle, il s'agit d'une question d'attitude. Le Groupe souhaite donc que s'instaure une dynamique d'interdisciplinarité qui facilite la mise en commun de renseignements entre les professionnels d'une équipe soignante : on songe ici au partage non seulement des connaissances et des compétences, mais aussi de l'information dont dispose un professionnel à l'égard d'un patient lorsque les renseignements sont susceptibles d'être utiles à cet autre intervenant.

À cet effet, le Groupe de travail a déjà suggéré la mise en place d'un dossier unique, un élément facilitant l'accès aux résultats de tests et l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire.¹⁹

Le Groupe de travail suggère :

(S5) *Que les résultats des tests et des examens diagnostiques soit généralement accessibles aux professionnels de la santé et des relations humaines, en conformité avec les lois en vigueur.*²⁰

6.2.7. *La prescription et l'ajustement d'appareils*

6.2.7.1. *Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle*

¹⁹ Voir à cet effet le chapitre 4, section 1.2 « La tenue de dossiers ».

²⁰ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1; *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q. c. P-39.1.

Chapitre 7

6.2.7.2. *Prescrire une aide auditive ou un système alternatif et compensatoire à la communication*

Cette activité concerne les physiothérapeutes (déficience physique), les ergothérapeutes (déficience physique ou incapacité fonctionnelle), les médecins (l'ensemble des appareils), les orthophonistes (système alternatif et compensatoire à la communication) et les audiologistes (aide auditive). Le Groupe de travail considère qu'elle comporte des risques de préjudice notamment du fait qu'elle est susceptible d'entraîner une perte sur le plan financier (le remboursement d'appareils via un programme gouvernemental).

6.2.7.3. *Ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolologique*

Cette activité concerne plus particulièrement les audiologistes. Elle lui permet d'ajuster une prothèse auditive lorsque cela s'avère nécessaire pour compléter une intervention d'évaluation de la fonction auditive.

7. Les conditions d'exercice d'une activité réservée

L'exercice de certaines activités réservées doit être encadré par différentes conditions. Il s'agit d'une modalité couramment utilisée, tant dans le système professionnel québécois actuel que dans les dispositions législatives ou réglementaires qui encadrent l'exercice des professions hors Québec. Le Groupe de travail a choisi de revoir les conditions qui prévalent actuellement. Il a également remis en question les conditions qui permettaient à des professionnels d'exercer des activités qui ne faisaient pas partie de leur champ de pratique, qui furent introduites à par le biais de la délégation d'actes.

Le Groupe de travail identifie six conditions d'exercice : l'ordonnance, la formation, la supervision, la clientèle, le lieu et la liste.

Les travaux d'analyse menés par le Groupe de travail et l'exercice de réflexion qu'il a complété le conduisent à tirer des conclusions, notamment en ce qui concerne le mécanisme de délégation d'actes. On observe en effet que ce mécanisme :

- n'a pas rencontré l'objectif de souplesse qu'une organisation du travail moderne requiert dans le secteur de la santé;
- a donné lieu à une sous-utilisation de certains professionnels;
- a contribué à mettre en place des liens de subordination entre professions.

Le constat découle des audiences tenues à l'automne 2000, tant des rencontres avec les organismes que des échanges avec les experts invités. Par conséquent, le Groupe de travail propose une approche selon laquelle le mécanisme de délégation d'actes n'est plus utilisé entre professionnels. Le Groupe de travail délaisse une condition souvent associée à la délégation, à savoir la surveillance. Cette dernière condition implique une observation attentive et soutenue pendant la réalisation d'une activité, et est souvent assimilée à une forme de contrôle. Cette condition n'est pas retenue parce qu'elle apparaît trop contraignante et trop réductrice de l'autonomie des professionnels. De plus, l'abolition de la surveillance permet d'en éliminer les différents niveaux, immédiate, sur place ou à distance, présents dans les règlements de délégation d'actes. C'est là une notion qui n'est plus adaptée à la réalité dans les établissements et hors établissements. Il est impératif de recourir à un système qui répond mieux et avec plus de souplesse aux diverses situations.

En outre, le protocole n'est pas retenu comme condition d'exercice. Par contre, le Groupe de travail le considère comme un outil et un instrument de gestion utile au niveau local.²¹

L'intention du Groupe de travail est donc de proposer des conditions souples et évolutives qui garantissent un contexte qui se prête à l'exercice d'une activité comportant des risques de préjudice. Dans tous les cas, le Groupe veille à s'assurer de la capacité d'un professionnel à accomplir cette activité en vérifiant sa formation, de base et continue.

Le Groupe de travail retient des définitions pour chacune des conditions qu'il entend associer, lorsque nécessaire, à l'exercice d'une activité réservée.

7.1. L'ordonnance

La première condition est l'**ordonnance**. Celle-ci est déjà largement utilisée par les professionnels, principalement dans le secteur de la santé. Le Groupe de travail la définit ainsi :

« prescription donnée à un professionnel ou à une autre personne, par un médecin ou par un autre professionnel habilité, ayant notamment pour objet les traitements, les examens, les soins pouvant être dispensés à un individu ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquels ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. Elle peut être individuelle, collective ou permanente. »

Les ordonnances collectives ou permanentes sont généralement indiquées dans un protocole. Dans le système professionnel actuel, les ordonnances sont par ailleurs régies par un règlement qui prévoit les normes relatives à leur forme et à leur contenu.

7.2. La formation

La deuxième condition est l'obligation de détenir une **formation** spécifique. Le Groupe de travail réitère le critère selon lequel le professionnel doit posséder les connaissances et les compétences pour exercer une activité réservée. Dans certains cas, l'activité réservée, en raison des connaissances particulières qu'elle requiert, ne peut être exercée par un membre que s'il a participé à des activités de formation continue obligatoire, telles que prévues au *Code des professions*, et a obtenu une attestation à cet effet. Le Groupe de travail juge bon de prévoir cette

²¹ Voir à cet effet, le chapitre 7, section 10.

disposition parce qu'elle permet de répondre aux besoins qui émergent du milieu et qu'elle favorise une évolution contrôlée de la pratique d'une profession.

L'ordre professionnel est l'instance responsable de suivre l'évolution des programmes de formation de base,²² notamment via les comités de formation ainsi que l'évolution de la formation continue. Par conséquent, il doit s'assurer que les professionnels ont la compétence nécessaire pour exécuter une activité réservée.

7.3. La supervision

La troisième condition est la **supervision**, à laquelle on n'aura recours qu'exceptionnellement. Le Groupe de travail estime en effet qu'il n'y a pas lieu d'assujettir un professionnel au contrôle d'un autre car, s'il s'est vu confier une activité réservée, cela signifie qu'il a les compétences pour l'exercer. Cependant, le Groupe juge à propos de conserver une condition qui prévoit une certaine forme de soutien et d'accompagnement professionnels (« coaching »). À cet égard, il développe une définition de la notion de supervision laquelle s'inspire de différentes définitions tirées des dictionnaires et de la jurisprudence :

« action visant à porter un regard d'ordre général sur le travail qu'une personne effectue. Cette action consiste à lui laisser toute l'autonomie nécessaire pour accomplir son travail, tout en étant en mesure de pouvoir le vérifier et d'intervenir en cas de problème. Le superviseur agit comme un guide, une personne ressource. »

La supervision, vue sous cet angle, permet la contribution de certains professionnels à des activités qu'ils ne pourraient accomplir de façon complètement autonome, parce que la nécessité d'un guide, d'une personne ressource à qui se référer demeure. Par conséquent, la supervision est une condition qui permet entre autres, une souplesse dans l'utilisation des ressources professionnelles et une plus grande accessibilité aux soins.

²² Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 184.

7.4. La clientèle, le lieu et la liste

Des conditions additionnelles sont également retenues pour encadrer l'exercice d'une activité réservée, il s'agit :

- de l'identification d'une **clientèle** particulière, condition qui peut être utilisée pour associer la réserve d'une activité à un groupe ou à une catégorie de personnes de manière à en restreindre la portée;
- du **lieu**, condition qui peut servir à délimiter le contexte d'exercice d'une activité;
- de la **liste**, condition qui permet de donner un accès à certaines activités professionnelles réservées aux médecins, comme la prescription de médicaments, de tests et d'analyses.

Le Groupe de travail recommande :

(R9) *Que l'exercice d'activités réservées soit assorti au besoin de conditions telles : l'ordonnance, la formation, la supervision et, le cas échéant, de considérations reliées à la clientèle, au lieu ou encore à une liste.*

8. Des mécanismes d'exclusion

Le Groupe de travail considère que certaines situations ou certains contextes nécessitent d'être soustraits aux règles qui prévalent en regard de l'exercice des activités réservées. On évoque, par exemple, les situations d'urgence, l'administration des médicaments dans certains milieux de vie substitut, les activités de la vie quotidienne et les autosoins ainsi que les soins dispensés à domicile, notamment par les membres de la famille ou les aidants naturels. Pour chacune de ces quatre situations, le groupe retient des lignes de conduite qui devront être prises en compte dans la législation professionnelle.

8.1. Les situations d'urgence

En règle générale, seuls les professionnels habilités pourront exercer les activités réservées. Cependant, certaines situations commandent une intervention immédiate, notamment parce que des vies peuvent en dépendre. C'est ainsi que le Groupe de travail estime nécessaire de prévoir une exclusion à cette règle dans le cas des situations d'urgence : à certaines conditions, un professionnel peut exercer une activité qui ne lui est pas réservée, lorsque :

- 1° cette activité est requise d'urgence;
- 2° il a des connaissances minimales pour l'exercer;
- 3° aucun professionnel habilité n'est en mesure de l'exercer dans l'immédiat.

Dès que la situation d'urgence prend fin, le professionnel doit faire rapport du déroulement de l'activité ainsi exercée à un professionnel habilité.

Cette clause s'inspire du principe énoncé à l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, et complété par le premier alinéa de l'article 13 du *Code civil du Québec*. On y prévoit que la protection de la vie et de l'intégrité physique de la personne exige qu'on lui porte secours et qu'on lui fournisse les soins requis lorsque sa vie est en péril.

Le Groupe de travail recommande :

(R10) *Qu'une disposition législative relative aux situations d'urgence soit prévue afin de permettre aux professionnels d'intervenir sans égard aux activités qui leur sont habituellement réservées.*

8.2. L'administration de médicaments dans certains milieux de vie substituts et dans le cadre des programmes de soins à domicile

Comme on l'a vu précédemment, l'administration des médicaments ou des substances apparaît à la liste des activités réservées :

- administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet.

Le Groupe de travail a été sensibilisé à la problématique de l'administration des médicaments par des non-professionnels dans certains milieux de vie substitut. À cet égard, l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers²³ ainsi que celui des infirmières et infirmiers auxiliaires²⁴ lui ont fait part de leur position. De même, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec a émis une opinion sur cette question.²⁵

Il importe de bien distinguer les milieux en cause. S'il est concevable que l'administration de médicaments par certaines voies puisse être permise à des non-professionnels, elle doit cependant être restreinte à des milieux bien spécifiques et à des circonstances particulières.

Le Groupe de travail poursuit un objectif d'allègement et d'assouplissement du cadre réglementaire. Il encourage également la prise en charge de son état de santé par la personne elle-même. Dans certains milieux, des personnes en perte d'autonomie sont assistées par du personnel non professionnel, entre autres pour la prise de médicaments. Il s'agit généralement de personnes dont la condition de santé est stable et qui sont dans l'incapacité de se soigner elles-mêmes ou avec l'aide de leurs proches. Elles sont alors hébergées dans des milieux de vie substituts qui leur offrent des services de nature à aider ces personnes à conserver, améliorer ou retrouver leur autonomie, tout en leur permettant de demeurer dans la communauté.

Dans ce contexte, le Groupe de travail entend permettre que des non-professionnels puissent administrer des médicaments, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée, et ce, dans les ressources de

²³ *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, mémoire OIIQ, mai 2001, 98 p.

²⁴ *Un rôle accru pour l'infirmière auxiliaire*, mémoire OIIAQ, juin 2001, 40 p.

²⁵ *Avis sur les activités de soins à confier aux auxiliaires familiales et sociales dans les CLSC et des centres de santé*, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, mars 2001, 19 p.

types intermédiaire²⁶ ou familial²⁷ et dans le cadre des programmes de soins à domicile. Dans les établissements visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (centre local de services communautaires, centre hospitalier, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation), l'administration des médicaments devra se faire par l'un ou l'autre des professionnels identifiés.

Le Groupe de travail recommande :

(R11) *Qu'une disposition législative soit prévue, autorisant des non-professionnels à administrer des médicaments par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée, dans les ressources de types intermédiaire ou familial et dans le cadre des programmes de soins à domicile.*

Même si le Groupe de travail préconise de ne pas réglementer outre mesure l'administration de médicaments dans certains milieux de vie substitués et dans des circonstances particulières, l'objectif d'assurer la protection du public demeure; pour cette raison, le Groupe de travail considère qu'une formation doit être prévue pour le personnel non professionnel qui travaille dans les milieux de vie tels qu'identifiés.

Le Groupe de travail suggère :

(S6) *Qu'une formation appropriée soit offerte sur une base continue par des professionnels habilités, au personnel non professionnel des ressources de types intermédiaire ou familial et des programmes de soins à domicile pour administrer des médicaments, activité habituellement réservée à des professionnels de la santé.*

²⁶ Au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.

²⁷ Toujours selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil. Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté, neuf adultes ou neuf personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

8.3. Les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne

La situation de personnes particulièrement vulnérables a également été soulevée par certains groupes. On songe ici aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes handicapées ou à celles présentant des problèmes de santé mentale sévères et qui ont besoin d'assistance pour accomplir les activités quotidiennes liées à l'alimentation ou à l'élimination. Les membres du Groupe de travail ont pris connaissance des positions à cet égard et ont également examiné les dispositions qu'ont adopté ou s'apprêtent à adopter certaines provinces canadiennes²⁸ sur cette question.

Conformément au mandat qui lui a été confié, à savoir d'assouplir et d'alléger le cadre réglementaire, le Groupe de travail considère que l'assistance à des activités de la vie courante requise sur une base durable, quotidienne et nécessaire au maintien de la santé peut être exercée par des non-professionnels dans les ressources de types intermédiaire ou familial et dans le cadre des programmes de soins à domicile. Il en va de même pour l'aide à la personne pour effectuer ses autosoins qui peut être offerte par un intervenant non professionnel dans ce même contexte. Par activités de la vie courante et l'aide aux autosoins, on entend l'alimentation, l'hébergement, l'hygiène, l'élimination et la mobilité. Le personnel non professionnel offre de la suppléance à la personne, il fait des gestes ou des activités en lieu et place de l'utilisateur, y compris lui dispenser des soins relatifs à la santé physique que lui-même devrait normalement assumer.²⁹

Or, en vertu de l'approche qu'il a adoptée, certains soins considérés comme de l'assistance aux activités de la vie quotidienne sont réservés. Il s'agit plus particulièrement de l'introduction d'un instrument ou d'un doigt au-delà de certains points du corps humain ainsi que de l'application des mesures d'entretien du matériel thérapeutique. Ces activités font l'objet d'une recommandation de réserve à des professionnels. Il est donc nécessaire de prévoir une clause d'exclusion pour permettre à des non-professionnels de poser ces actes. C'est le cas, notamment, de l'aide à l'élimination puisque les actes qui consistent à effectuer une stimulation anale, un toucher rectal ou un curage rectal, à vidanger et entretenir des appareils collecteurs (urinaire et stomie),

²⁸ Plus précisément, l'Ontario et l'Alberta ont prévu, dans le cadre des lois encadrant les professions de la santé, des exceptions qui concernent la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Le Health Professions Council de l'Alberta, dans le rapport qu'il rendait public en mars 2001, indique qu'il y a lieu de prévoir des exceptions au modèle qu'il propose en regard de l'assistance aux activités de la vie quotidienne.

²⁹ « *Ressources intermédiaires, cadre de référence* », Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des services à la population, avril 2001, 80 p.

ou à effectuer un cathétérisme vésical intermittent font implicitement partie des activités réservées devant faire l'objet d'une exclusion dans les situations mentionnées ci-haut.

Le Groupe de travail recommande :

(R12) *Que les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne requis sur une base durable et quotidienne et nécessaires au maintien de la santé, ne soient pas considérés comme des activités réservées et par conséquent, puissent être exécutées par des non-professionnels lorsqu'ils sont dispensés dans les ressources de type intermédiaire ou familial et dans le cadre des programmes de soins à domicile.*

Le Groupe de travail suggère :

(S7) *Qu'une formation appropriée soit offerte sur une base continue par un professionnel au personnel non professionnel des ressources de types intermédiaire ou familial et des programmes de soins à domicile pour dispenser des soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne.*

8.4. Les soins dispensés à domicile par les membres de la famille ou les aidants naturels

La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* prévoit, à l'article 41, une dérogation à l'exercice infirmier. Cette dérogation concerne notamment les personnes qui donnent des soins aux membres de leur famille, ainsi que celles qui agissent comme domestique, dame de compagnie, de bonne d'enfant ou aide domestique. Même si, à l'exclusion des membres de la famille, l'énumération des personnes concernées apparaît plutôt désuète, la réalité que l'on voulait décrire demeure encore pertinente. En raison des changements intervenus dans les modes et les lieux de dispensation des services de santé, les personnes qui ont besoin de soin se retrouvent fréquemment à domicile. Elles dépendent alors des membres de leur famille ou encore d'aidants naturels pour recevoir des soins qui sont inclus dans la liste des activités réservées. Le Groupe de travail considère que ces personnes devraient être autorisées à exercer certaines des activités réservées comme administrer des médicaments et autres substances sous ordon-

Chapitre 7

nance, appliquer des mesures d'entretien du matériel thérapeutique et prodiguer les soins et les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau.

Le Groupe de travail recommande :

(R13) *Qu'une disposition législative soit prévue qui autorise les membres de la famille et les aidants naturels à exercer à domicile des activités réservées sans que cela soit considéré comme de la pratique illégale d'une activité professionnelle réservée.*

Le Groupe de travail suggère :

(S8) *Qu'une formation appropriée soit offerte par un professionnel habilité aux membres de la famille et aux aidants naturels pour exercer des activités habituellement réservées à des professionnels de la santé.*

9. Des mécanismes d'évolution

Tout au cours de ses travaux, le Groupe de travail a visé l'adaptation du système à la réalité vécue sur le terrain. Il entend proposer deux modalités permettant que cette adaptation se poursuive et s'effectue au fur et à mesure de l'évolution des pratiques professionnelles et ce, le plus rapidement possible.

Les représentants des organismes qui ont participé à la consultation ont déploré la rigidité de l'encadrement professionnel, souhaitant plus de souplesse pour favoriser l'évolution par le biais de l'expérimentation, de l'innovation et de la reconnaissance des pratiques qui se sont développées en marge du cadre actuel. Les membres du Groupe de travail :

- reconnaissent la pertinence d'une telle volonté;
- entendent recommander que les dispositions législatives et réglementaires permettent la réalisation de projets-pilotes;
- prévoient énoncer certaines lignes directrices en vue de la reconnaissance de la pratique avancée.

9.1. Les projets-pilotes

Lorsque l'évolution d'une profession ou les besoins du système de santé et de services sociaux le justifient, une activité réservée pourrait être partagée, temporairement et à titre expérimental. Ce partage s'effectuerait alors selon des conditions et des modalités déterminées conjointement par l'ordre professionnel dont les membres exercent déjà cette activité et celui dont les membres ou une catégorie d'entre eux se verraient attribuer l'activité. La durée de cette expérience devrait faire partie des conditions déterminées conjointement.

Au terme de l'expérience, les ordres concernés seraient tenus de déposer un rapport conjoint faisant état des avantages et des inconvénients du partage d'activités pour les professionnels concernés, pour la population ou pour le système de santé et de services sociaux. Le rapport contiendrait également leurs recommandations quant à l'opportunité de modifier les lois et règlements applicables afin d'habiliter, de manière permanente, les membres de l'ordre ou une catégorie d'entre eux à exercer l'activité en question.

Le Groupe de travail recommande :

(R14) *Que le partage d'activités réservées à titre expérimental :*

- *s'appuie sur les besoins émergents du milieu;*
- *favorise l'évolution d'une profession;*
- *soit encadré par des conditions déterminées conjointement par les ordres professionnels concernés et garantissant la protection du public;*
- *fasse l'objet d'un rapport conjoint entre les ordres professionnels concernés lequel contiendrait leurs recommandations quant à la réserve des activités en question.*

(R15) *Qu'une disposition législative soit prévue pour permettre le partage d'activités réservées à titre expérimental.*

(R16) *Que cette disposition intègre un processus souple et transparent d'autorisation gouvernementale de telles expériences.*

9.2. La pratique avancée

Le Groupe de travail prône une approche qui se fonde sur la reconnaissance et l'identification des activités réservées et sur leur attribution aux diverses professions. Or, l'évolution des pratiques et des contextes fait en sorte que certains professionnels sont, ou pourraient être appelés à exercer des activités réservées qui ne font pas partie de la liste attribuée à leur profession. Cette situation existe déjà au Québec et elle concerne notamment les infirmières qui œuvrent dans certains secteurs spécialisés ainsi que celles qui travaillent dans des dispensaires. Bien que tolérées, ces pratiques peuvent être considérées comme illégales en vertu des lois et règlements actuels.

Le Groupe de travail considère qu'il y a lieu de prévoir des mécanismes de reconnaissance et d'autorisation de ces nouvelles pratiques et juge important d'énoncer certains principes à l'égard de cette réalité qu'il désigne sous le vocable de « pratique avancée ».

Chapitre 7

La pratique avancée doit :

- répondre à des besoins émergents des milieux;
- constituer une forme d'évolution d'une profession et, à ce titre, représenter un volet spécifique de la pratique de certains des membres d'un ordre professionnel qui permet de réaliser des activités qui font partie du champ de pratique d'une autre profession;
- être reconnue dans le cadre du système professionnel;
- faire l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés, soit celui dont les membres exercent déjà cette activité et celui dont les membres ou une catégorie d'entre eux se verraient attribuer l'activité;
- donner lieu au partage d'activités réservées qui font partie de la liste attribuée à un autre ordre professionnel;
- être régie par des mécanismes souples et adaptables;
- être encadrée par des conditions d'exercice adéquates et garantes de la protection du public;
- faire l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés quant à la formation requise pour ces nouvelles pratiques.

Les principes énumérés doivent servir de base à la reconnaissance d'une pratique avancée. Dans le cas des infirmières, des discussions actives se poursuivent actuellement pour développer une proposition fondée sur ces principes. Par ailleurs, selon le Groupe de travail, il est nécessaire d'explorer la possibilité d'une pratique avancée basée sur ces principes, entre autres pour l'inhalothérapeute, en matière d'assistance anesthésique, pour le pharmacien et pour le technologue en radiologie. Toutefois, lorsque la notion de pratique avancée sera effective à l'intérieur du système professionnel, elle pourra s'appliquer au besoin à toute autre profession.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux suggérait dans son rapport :

- d'examiner les pratiques novatrices développées sur le terrain pour faire face aux impératifs;
- d'élargir certains champs de pratique;
- de reconnaître légalement de nouveaux rôles, particulièrement pour les infirmières.

Outre la révision des champs de pratique, la reconnaissance de la pratique avancée permet la mise en œuvre d'une des propositions de la Commission. En effet, celle-ci « propose ...

d'adapter rapidement la réglementation entourant les professions de la santé pour permettre l'encadrement légal et professionnel adéquat d'une pratique infirmière avancée dans certains secteurs spécialisés. Parallèlement, des projets de démonstration dans certains secteurs spécifiques pourraient être implantés, à partir des besoins exprimés sur le terrain, en collaboration avec les ordres professionnels concernés et avec le soutien du Ministère.³⁰ »

Le Groupe de travail recommande :

(R17) *Que des dispositions législatives soient prévues qui permettent la reconnaissance et l'autorisation gouvernementale de la pratique avancée au sein des professions.*

(R18) *Que la reconnaissance de la pratique avancée :*

- *s'appuie sur les besoins émergents des milieux;*
- *constitue une forme d'évolution d'une profession et à ce titre, représente un volet spécifique de la pratique;*
- *donne lieu au partage d'activités réservées qui font partie de la liste attribuée à un autre ordre professionnel;*
- *fasse l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés, incluant la formation requise pour ces nouvelles pratiques;*
- *soit régie par des mécanismes souples et adaptables.*

(R19) *Que la pratique avancée soit encadrée par des conditions d'exercice adéquates et garantantes de la protection du public.*

³⁰ *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 97.

10. Des clauses d'adaptation et des instruments de gestion de l'organisation du travail au niveau local : le protocole et la règle de soins infirmiers

Actuellement, au niveau local, un protocole est établi à l'égard des professionnels par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de chaque établissement ou par le chef de département clinique. Ce protocole est approuvé par le conseil d'administration. À l'extérieur d'un établissement, le médecin traitant ou le médecin responsable du bénéficiaire établit le protocole lorsqu'il s'agit d'un acte qui peut être posé en dehors de l'établissement.

Le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins prévoit, en outre, diverses mesures de contrôle administratif par un établissement, des actes délégués qui peuvent y être posés. Par exemple, l'établissement peut décider que certains actes ne seront pas posés, bien que les professionnels habilités soient en mesure de le faire. Il peut également établir des conditions locales pour que les actes puissent être posés en considérant notamment les ressources de l'établissement ainsi que la préparation et l'expérience des professionnels à son service. Toutefois, l'établissement ne peut jamais utiliser ces mesures de contrôle administratif afin d'étendre la portée du règlement, soit en autorisant des personnes autres que les personnes habilitées à poser des actes délégués, soit en ajoutant des actes à ceux qui sont expressément désignés.

Pour sa part, la règle de soins infirmiers précise les éléments nécessaires pour guider l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire lors de ses interventions dans une situation reliée à l'exercice de sa profession. Son contenu s'appuie notamment sur les données cliniques et scientifiques ainsi que sur les normes récentes reconnues sur le plan professionnel et son élaboration tient compte de la nécessité de rendre des services appropriés et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

Dans l'esprit des membres du Groupe de travail le protocole et la règle de soins infirmiers constituent des outils d'adaptation locale qui permettent à un établissement et aux professionnels qui y travaillent de préciser les façons de faire dans le respect des lois en vigueur. Il va de soi que l'établissement doit s'appuyer sur des balises nationales, des lignes directrices ou des guides de pratique élaborés, en collaboration, par les ordres concernés. Pour le Groupe de travail, les

Chapitre 7

protocoles et les règles de soins infirmiers ne constituent pas une condition d'exercice d'une activité réservée.

Les professionnels d'un établissement devraient se concerter pour l'élaboration de protocoles et des règles de soins infirmiers. À titre de suggestion, ils doivent pouvoir se rencontrer au sein d'une instance interprofessionnelle. Cette instance serait par exemple composée de représentants du CMDP, du Conseil des infirmières et du Conseil multidisciplinaire. Ceci concrétiserait l'esprit de collaboration devant s'instaurer entre les professionnels et avec les partenaires vers un but commun d'amélioration des services et des soins de santé.

Le Groupe de travail reconnaît l'opportunité, voire la nécessité de permettre à tout établissement d'organiser, selon ses particularités propres, le travail de ses équipes professionnelles. Il considère que des règles d'organisation du travail ne doivent pas constituer une condition à la réserve d'une activité à un professionnel. Ainsi, la flexibilité administrative que le protocole permet aux établissements, entre autres les conditions locales, devrait être maintenue mais être régie exclusivement par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et ce, en respectant les activités réservées par les lois professionnelles.

Le Groupe de travail recommande :

- (R20) *Que les protocoles et les règles de soins infirmiers soient utilisés en tant qu'outils d'adaptation locale qui respectent les lois professionnelles en vigueur.*
- (R21) *Que les protocoles et les règles de soins infirmiers s'appuient sur des balises nationales, des lignes directrices élaborées, en collaboration, par les ordres concernés.*
- (R22) *Que l'élaboration des protocoles et des règles de soins infirmiers soient le résultat d'une collaboration entre les professionnels concernés.*

Chapitre 8

Application de l'approche aux ordres professionnels

Champ et activités réservées

Introduction

Le Groupe de travail a prévu, dans le cadre du processus dont il s'est doté, appliquer l'approche qu'il a développée à chacun des ordres professionnels et leur en présenter le résultat, en ce qui concerne leur profession.

Le présent chapitre contient le résultat de l'application de l'approche à chacune des professions du secteur de la santé et des relations humaines qui œuvrent plus particulièrement dans les établissements de santé. Il relate la démarche de présentation réalisée auprès de chacune d'elles. Il est à noter que les 13 professions qui œuvrent plus particulièrement dans le secteur privé et en santé mentale seront l'objet du même processus dès octobre 2001, c'est-à-dire qu'elles se verront, s'il y a lieu réserver des activités en partage avec les ordres professionnels dont il est question dans le présent rapport. Le résultat de l'application de l'approche à ces professions fera partie du rapport final prévu être déposé en mars 2002.

Chaque profession fait l'objet d'une section qui présente, dans un premier temps, la définition du champ de pratique et l'énumération des activités réservées qui font l'objet d'une recommandation par le Groupe de travail. Cette présentation est complétée par les explications relatives aux arguments qui ont orienté les décisions prises par le Groupe de travail.

Dans un deuxième temps, le Groupe de travail a tenu à faire état du déroulement de l'exercice de présentation aux ordres. En effet, chaque ordre professionnel a été rencontré au moins à deux reprises. Entre ces rencontres, ils ont pu déposer des commentaires écrits ou verbaux que le Groupe de travail a étudiés attentivement. De plus, à la suite de la série de rencontres avec les ordres professionnels, le Groupe de travail a tenu une séance de travail dans le but de revoir le résultat, dans son ensemble. Cette section contient donc la chronologie des modifications apportées aux champs de pratique et aux activités réservées, ainsi que l'argumentaire qui a prévalu aux prises de décisions du Groupe de travail. Cette partie du rapport s'avèrera par conséquent fort utile lorsqu'il s'agira d'interpréter les recommandations déposées par le Groupe de travail, puisque l'on y retrouve les intentions d'origine.

1. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec

1.1. Le résultat final

1.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la diététique et de la nutrition chez l'être humain consiste à évaluer l'état nutritionnel, à déterminer et à assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

1.1.2. *Les activités réservées*

- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie.
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.

1.2. La conformité aux critères retenus

1.2.1. *Les éléments de la définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de la diététique et de la nutrition qui :

- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- est basé sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est similaire aux définitions retenues dans les autres provinces canadiennes, notamment celles qui ont procédé récemment à des révisions législatives (Ontario, Alberta, Colombie Britannique).

1.2.2. Les activités réservées et les risques de préjudice

Le Groupe de travail a retenu deux activités réservées à confier aux diététistes. Elles concernent la détermination et le suivi du plan de traitement nutritionnel pour une clientèle particulière, soit celle pour qui une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie.

Ces activités comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont complexes (l'élaboration d'une diète appropriée à la problématique de santé de la personne implique le choix des composantes, le mélange de celles-ci et dans certains cas le choix de la voie adéquate d'administration);
- elles sont parfois invasives (voie d'alimentation entérale ou parentérale);
- elles sont susceptibles de causer un dommage (une diète inappropriée peut causer des carences nutritionnelles, des complications métaboliques, des retards de développement ou une récupération plus lente).

1.2.3. Les activités réservées et la formation

Les membres du Groupe de travail ont également pris en compte la formation actuellement dispensée aux diététistes et en ont conclu que ces diplômés possèdent la formation requise pour exercer les activités qu'on entend leur réserver.

En effet, tout au long des cours et des stages, ils apprennent à élaborer des régimes thérapeutiques en fonction des diverses maladies concernées, à évaluer l'état nutritionnel du patient et à déterminer un plan de traitement nutritionnel. De plus, ils sont capables d'établir la voie d'alimentation appropriée puisqu'ils acquièrent des connaissances sur l'alimentation entérale et parentérale. Il apparaît aussi, à la lumière de ces cours et stages, qu'ils sont capables de surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement a été établi puisque, notamment, ils apprennent à détecter les symptômes associés aux carences ou excès de nutriments. Ils peuvent donc modifier ou ajuster le plan de traitement si cela s'avère nécessaire. Enfin, il est important de souligner que les autres cours imposés du programme de nutrition dont ceux de biochimie, de physiologie, d'anatomie et d'alimentation humaine apportent des connaissances supplémentaires qui sont utiles pour exercer les activités en cause.

1.2.4. *La profession hors Québec*

La profession de diététiste est reconnue partout au Canada et les différentes définitions du champ d'exercice de cette profession présentent de nombreuses convergences. Le Groupe de travail s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Parmi les provinces canadiennes qui ont procédé à une révision de l'encadrement législatif des professions de la santé fondée sur un champ et des activités réservées, seule la Colombie-Britannique a émis une recommandation à l'effet de réserver aux diététistes l'élaboration de diètes thérapeutiques administrées par voie entérale ou parentérale. La recommandation du Groupe de travail en regard des activités réservées aux diététistes et aux nutritionnistes constitue donc un précédent et une évolution significative pour ces professionnels.

1.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

1.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (7mars 2001)*¹

1.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la diététique et de la nutrition chez l'être humain consiste à évaluer l'état nutritionnel, à déterminer une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins et à en assurer la mise en œuvre. »

1.3.1.2. *Les activités réservées*

Lorsque la nutrition est un élément déterminant du traitement d'une maladie :

- élaborer des régimes diététiques;
- surveiller l'état nutritionnel des personnes.

Ces activités sont effectuées sous ordonnance et selon un protocole.

1.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 7 et 21 mars 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation² que celui-ci lui a fait parvenir et des réactions suscitées par la proposition initiale.

1.3.2.1. *Le champ de pratique*

À la suite de la première proposition du Groupe de travail, l'Ordre a suggéré des changements au champ et soumis à l'attention des experts un libellé légèrement modifié :

« L'exercice de la diététique et de la nutrition chez l'être humain consiste à évaluer l'état nutritionnel, déterminer une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins de cette personne et à en assurer la mise en œuvre. »

¹ La date réfère à la première rencontre de consultation de l'Ordre par le Groupe de travail.

² « Propositions de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec », mémoire de l'OPDQ, mars 2001, 45 p.

Le seul ajout au champ suggéré par l'Ordre est donc l'expression « de cette personne » insérée à la suite de « en fonction des besoins ». Après examen, le Groupe de travail n'a pas jugé opportun de faire cette insertion puisqu'elle limite l'intervention de la diététiste ou de la nutritionniste aux individus alors que celle-ci peut aussi s'adresser à des groupes ou revêtir un caractère communautaire. Il en a fait part aux représentants de l'Ordre lors de la deuxième rencontre. L'Ordre s'est dit satisfait du libellé proposé par le Groupe de travail.

1.3.2.2. *Les activités réservées*

La proposition initiale du Groupe de travail relative aux activités réservées répond partiellement aux demandes de l'Ordre, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins nutritionnels. En effet, à la suite de la première rencontre, l'Ordre, dans un document du 13 mars 2001, a indiqué qu'il souhaitait se voir réserver :

« Lorsque la nutrition constitue un facteur déterminant d'une maladie ou de conditions associées à un ou des problèmes d'ordre nutritionnel :

- évaluer les besoins nutritionnels et déterminer le plan de soins médico-nutritionnels, incluant la voie d'alimentation appropriée;
- surveiller l'état nutritionnel des personnes;

à la suite de références ou de protocoles d'intervention dans les cas de suivis systématiques ou de dépistage de problèmes nutritionnels. »

Après examen de la proposition de l'Ordre, le Groupe de travail a pris en considération un certain nombre de commentaires :

- il a modifié le libellé de la première activité réservée pour que la détermination du plan de traitement soit associée à une clientèle spécifique, soit celle pour qui l'ordonnance ou le protocole établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie;
- il a accepté la reformulation « constitue un facteur » en lieu et place de « est un élément déterminant ».

Par contre :

- il n'a pas jugé opportun d'ajouter les « conditions associées ». Selon sa compréhension, les conditions associées qui sont visées ici sont celles relatives à la dénutrition parce qu'il ne s'agirait pas d'une maladie; il apparaît que selon les classifications usuelles, la dénutrition est considérée comme une maladie et qu'elle est donc incluse dans le libellé retenu;

Chapitre 8

- il n'a pas jugé pertinent de réserver l'évaluation des besoins nutritionnels, celle-ci étant implicitement incluse dans la détermination du plan de traitement nutritionnel;
- il n'a pas retenu l'expression « plan de soins médico-nutritionnels » et a opté pour « plan de traitement nutritionnel »; le plan de soins est généralement associé à l'activité de l'infirmière et le terme médico-nutritionnel fait référence aux médecins; il importe de conserver la spécificité de la profession de diététiste.

Lors de la deuxième rencontre, l'Ordre a réitéré sa demande de voir apparaître, parmi les activités réservées, l'évaluation des besoins nutritionnels.

Le Groupe de travail a tenu compte de cette demande et considère suffisant d'inclure aux activités réservées la « détermination du plan de traitement nutritionnel » pour les clientèles décrites, soit celles pour qui une ordonnance ou un protocole établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie. La réserve d'une telle activité crée une obligation de ne recourir qu'aux services d'une diététiste ou d'une nutritionniste membre de l'Ordre pour déterminer le plan de traitement à l'égard de ces personnes. Également, la surveillance de l'état nutritionnel de ces mêmes personnes doit aussi être faite par une diététiste. Dans les autres situations, il n'y a pas d'obligation de recourir aux membres de l'Ordre mais l'obligation d'appartenance crée un contexte différent de celui qui prévaut actuellement.

Lors de cette même rencontre, les représentantes de l'Ordre se sont interrogées sur la possibilité de prescrire des médicaments dans le cadre de la détermination du plan de traitement nutritionnel. Il est en effet possible que l'alimentation thérapeutique fasse appel à des substances qui font partie de la liste des médicaments, certaines vitamines par exemple.

En ce qui a trait aux conditions, à la suite des échanges qui ont eu lieu avec l'Ordre, le Groupe de travail :

- ne croit pas utile que la surveillance de l'état nutritionnel soit associée à une condition;
- précise que les conditions mentionnées ont pour effet de décrire une clientèle plutôt que d'édicter une condition d'exécution; en effet, en aucun temps, les diététistes devront attendre une ordonnance ou un protocole pour intervenir;
- retient que le protocole peut être utile dans le cas de suivi systématique.

Le Groupe de travail a donc retenu les activités réservées suivantes :

Chapitre 8

- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance ou un protocole établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie.
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.

1.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Le Groupe de travail a également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

De plus, avant le dernier exercice de révision entrepris par le Groupe de travail, l'Ordre a réitéré une demande pour obtenir le droit de prescrire des tests diagnostiques et des substances contrôlées. Le Groupe de travail a examiné avec attention ces nouvelles demandes et maintient la même position que celle qu'il a tenue à l'endroit des professions qui ont demandé que leur soit ajoutée l'activité de prescription. Le recours aux tests de laboratoire doit être limité afin d'éviter la duplication et de respecter la tendance à vouloir réduire les demandes de tests diagnostiques auprès des laboratoires médicaux. De plus, le Groupe de travail souhaite que s'instaure une véritable dynamique d'interdisciplinarité qui fasse en sorte que chacun mette à la disposition des autres professionnels de l'équipe, non seulement ses connaissances et ses compétences, mais l'information dont il dispose à l'égard d'une personne et qui est susceptible d'être utile à l'autre intervenant. L'accès aux résultats des examens de biologie médicale constitue un bel exemple de collaboration interdisciplinaire. Le Groupe de travail entend recomman-

Chapitre 8

der³ que des mesures soient prises afin que les résultats des tests diagnostiques soient facilement accessibles tant aux diététistes qu'à d'autres professionnels à qui ils permettent d'assurer un meilleur suivi.

L'accès aux résultats des tests diagnostiques vise particulièrement les situations entre les professionnels qui ne travaillent pas dans le même établissement et auprès de ceux qui travaillent en dehors des établissements. À cet effet, le Groupe de travail entend suggérer la mise en place du dossier unique, un élément facilitant l'accès aux résultats de tests et l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire.⁴

Il en va de même pour le droit de prescrire des substances contrôlées, l'approche sectorielle développée par le Groupe de travail permet aux diététistes d'avoir accès aux substances disponibles sans ordonnance; les substances prévues à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments* demeurent généralement réservées aux médecins. Là encore le travail de collaboration entre les diététistes et le médecin traitant doit se poursuivre, ce type de collaboration constitue un exemple du travail en multidisciplinarité.

Après avoir examiné les nouvelles demandes présentées par l'Ordre et s'être assuré de la cohérence, de la justesse, de la pertinence et de la conformité aux critères, le Groupe de travail a apporté les modifications suivantes au champ de pratique et aux activités réservées de la profession de diététiste :

- l'ajustement de la finalité du champ de pratique pour répondre à un critère de cohérence avec les autres champs;
- le retrait de la condition d'exercice relative au protocole.⁵

³ Chapitre 7 du présent rapport, point 6.2.6.7.

⁴ Chapitre 4 du présent rapport, point 1.2.

⁵ Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique et ce dans le respect des lois professionnelles en vigueur.

2. L'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec

2.1. Le résultat final

2.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, à déterminer une stratégie d'intervention, à développer ses aptitudes, à compenser ses incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter son environnement, dans le but de rétablir son autonomie.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

2.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne lorsque cette évaluation est requise afin de lui permettre d'exercer un droit.
- Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.

2.2. La conformité aux critères retenus

2.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de l'ergothérapie qui :

- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est similaire aux définitions retenues dans les autres provinces canadiennes et fondée sur la terminologie utilisée par la CIDIH.⁶

⁶ Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.

2.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail a retenu deux activités réservées à confier aux ergothérapeutes. Ces activités comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont complexes (l'évaluation implique une mise en relation de plusieurs éléments et un jugement clinique);
- elles impliquent un haut degré de technicité;
- elles sont susceptibles d'entraîner une perte sur le plan financier (la prescription permet à la personne d'obtenir le remboursement d'appareils via un programme gouvernemental; l'évaluation du besoin et la pertinence de la prescription comportent un enjeu financier tant pour la personne que pour l'État);
- elles sont susceptibles d'affecter l'exercice d'un droit ou l'accès à un service, par exemple, l'émission d'un avis sur les habiletés fonctionnelles d'une personne aux fins de l'admissibilité à un programme, de statuer sur le besoin d'un régime de protection, sur le danger qu'elle peut représenter pour autrui, sur la capacité fonctionnelle pour conduire une automobile.

2.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Les membres du Groupe de travail ont également pris en compte la formation actuellement dispensée aux ergothérapeutes dans les universités québécoises.

Les trois programmes de formation comportent des cours théoriques visant à permettre aux candidats d'acquérir les connaissances générales nécessaires en anatomie, physiologie et pathologie. Ces cours concernent notamment l'anatomie des appareils digestif, respiratoire, urinaire, cardiovasculaire, nerveux, endocrinien de même que la morphologie et la physiologie des systèmes qui leur sont associés (digestif, respiratoire, urinaire, cardiovasculaire, nerveux, endocrinien, immunitaire, génital, moteur) et la physiologie fonctionnelle des systèmes osseux, articulaire et musculaire. Ils incluent également les bases anatomiques de la mimique, de la mastication, de la mécanique respiratoire ainsi que des notions de base d'épidémiologie, de santé mentale, d'ostéologie, d'arthrologie et de myologie. À ces notions de base s'ajoutent des cours ciblant plus spécifiquement l'acquisition des connaissances et habiletés nécessaires à l'exercice des activités réservées.

Au terme de l'analyse des programmes de formation de base, il apparaît, que, de façon générale, les ergothérapeutes possèdent toute la compétence nécessaire à l'exercice des activités professionnelles qui font l'objet d'une recommandation.

2.2.4. La profession hors Québec

La profession d'ergothérapeute est reconnue partout au Canada et les différentes définitions du champ d'exercice de cette profession présentent de nombreuses convergences. Le Groupe de travail s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Parmi les provinces canadiennes qui ont procédé à une révision de l'encadrement législatif des professions de la santé fondée sur un champ et des activités réservées, aucune, à ce jour, n'a prévu d'activités particulières aux ergothérapeutes. La recommandation du Groupe de travail en regard des activités réservées à cette profession constitue donc un précédent et une évolution significative pour ces professionnels. En effectuant une telle recommandation, les membres du Groupe de travail ont pris en compte le fait que certains règlements gouvernementaux attribuent une fonction particulière aux ergothérapeutes qui se voient confier des responsabilités précises concernant l'admissibilité à des programmes, des services ou le remboursement d'appareillages. Les activités d'évaluation et de prescription font partie du noyau d'activités réservées et le Groupe de travail accorde une grande importance aux compétences nécessaires pour les exercer, notamment dans le contexte de l'exercice d'un droit ou de l'accès à un programme ou à un service.

2.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

2.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (4 avril 2001)*

2.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer l'état fonctionnel d'une personne, à déterminer une stratégie d'intervention, à adapter son environnement dans le but de rétablir son autonomie, de compenser ses incapacités et de minimiser les situations de handicap. »

2.3.1.2. *Les activités réservées*

- Prescrire une aide technique ou prescrire des appareils orthopédiques, des aides à la locomotion et à la posture, des fournitures médicales ou autres équipements suppléant à une déficience physique.

2.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 4 et 18 avril 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation⁷ que celui-ci lui a fait parvenir et des réactions suscitées par la proposition initiale.

2.3.2.1. *Le champ de pratique*

Lors de la présentation de la proposition du Groupe de travail, l'Ordre a indiqué que la définition présentée intégrait la majorité des éléments soumis par l'Ordre dans son document de mars 2001, à l'exception de la planification du congé, activité qui n'est, par ailleurs, pas spécifique à l'ergothérapie. S'il est d'avis que la définition cerne bien le champ de l'ergothérapie, il se questionne sur le niveau de compréhension du public d'un tel libellé.

Dans un document qu'il a fait parvenir à la suite de la rencontre, l'Ordre a jugé bon d'indiquer qu'il maintenait son désir de voir :

⁷ « Documentation sur l'état de l'exercice de l'ergothérapie », mémoire de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec, mars 2001, 33 p.

Chapitre 8

- le champ descriptif de chaque profession être réservé de manière à ce que nulle personne non-membre de l'ordre ne puisse prétendre exercer la profession telle que définie;
- les principales activités professionnelles propres à chacune des professions incluses dans la description du champ ou annexées à celui-ci.

Malgré ces commentaires, l'Ordre a proposé le libellé suivant :

« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, à déterminer la stratégie d'intervention, à développer ses aptitudes, à adapter son environnement physique et social dans le but de rétablir son autonomie, de compenser ses incapacités et de diminuer les situations de handicap. »

Le Groupe de travail maintient sa position en ce qui a trait à l'exclusivité des champs d'exercice. Le maintien de ces champs n'apparaît pas comme une avenue à privilégier considérant le mandat qui a été confié au Groupe, soit celui d'assouplir, d'alléger et de simplifier le système tout en favorisant la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. Par ailleurs, l'appartenance obligatoire à l'Ordre pour les personnes qui disposent de la formation et qui œuvrent dans le champ d'activités apparaît plus appropriée.

En outre, le Groupe de travail n'entend pas donner suite à la demande de l'Ordre de voir apparaître au champ les principales activités professionnelles. Selon lui, ce qui est décrit concernant la profession d'ergothérapeute reflète bien l'essence de la profession ainsi que sa finalité.

Le Groupe de travail a examiné avec attention le document de l'Ordre et a tenu compte de la majorité des éléments suggérés. Le nouveau libellé retenu par le Groupe prend davantage en considération la réalité d'intervention en réadaptation et son processus :

- il a remplacé le concept « d'état fonctionnel » par celui « d'habiletés fonctionnelles »;
- il a introduit le développement des aptitudes.

Par contre, le Groupe de travail n'a pas jugé bon de préciser le type d'environnement comme l'Ordre le demandait. Il n'a donc pas modifié le libellé à cet égard car il juge que toute énumération revêt un caractère limitatif. Cette façon de faire a été utilisée pour l'ensemble des champs, à moins qu'une telle précision s'avère essentielle pour la compréhension du domaine d'intervention.

Lors de la deuxième rencontre, l'énoncé qui suit a donc été soumis à l'Ordre :

« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, à déterminer une stratégie d'intervention, à développer ses aptitudes, à compenser ses incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter son environnement, dans le but de rétablir son autonomie. »

Lors de cette rencontre, les représentantes de l'Ordre se sont dit à l'aise avec la proposition de champ puisque la majorité des suggestions de l'Ordre ont été retenues, à la seule exception des précisions que celui-ci voulait voir apparaître en ce qui concerne l'environnement. À cet effet, il suggérait d'énumérer deux types d'environnement, soit l'environnement physique et social. Elles se sont cependant interrogées sur la portée de l'expression « habiletés fonctionnelles », qui selon elles, devrait couvrir à la fois les habiletés physiques et mentales.

Sur ce dernier aspect, le Groupe de travail entreprendra en décembre l'étude de la problématique de la santé mentale. Ce volet de l'intervention de l'ergothérapeute n'a donc pas été spécifiquement considéré. Par contre, de l'avis du Groupe de travail, l'expression « habiletés fonctionnelles » est suffisamment englobante pour inclure les aspects physiques et mentaux.

La définition du champ telle que proposée est donc maintenue.

2.3.2.2. *Les activités réservées*

L'Ordre a indiqué lors de la première rencontre, que l'activité retenue correspondait bien à la pratique de l'ergothérapie. Par ailleurs, il apparaissait que le rôle des ergothérapeutes quant à l'évaluation de l'admissibilité à certains programmes sociaux ou autres n'a pas été reconnu.

Dans un document qu'il a fait parvenir par la suite, l'Ordre fait part des modifications suivantes aux activités réservées :

- « Prescrire une aide technique ou prescrire des orthèses, des appareils orthopédiques, des aides à la locomotion et à la posture, des fournitures médicales ou autres équipements qui suppléent à une déficience physique ».
- « Émettre un avis déterminant au regard des aptitudes physiques, intellectuelles et psychosociales d'une personne ».

Chapitre 8

Concernant cette dernière activité réservée, l'Ordre a fait valoir qu'il existe un risque de préjudice grave lorsque le professionnel atteste des aptitudes physiques, intellectuelles et psychosociales d'une personne et émet une opinion qui devient prépondérante pour décider, par exemple, de l'admissibilité à des programmes d'aide financière ou de réadaptation physique, de l'accès à un emploi ou à des études, de l'exercice d'un droit ou d'un privilège.

L'Ordre a également indiqué qu'il souhaitait que l'intervention en dysphagie soit réservée et incluse dans la catégorie « utilisation de techniques ou de traitements invasifs ».

Le Groupe de travail a pris en considération les commentaires de l'Ordre et reformulé la première activité réservée pour la rendre moins énumérative. Selon lui, cela ne limite aucunement la nature des appareils que l'ergothérapeute peut prescrire.

En ce qui a trait à la deuxième activité suggérée par l'Ordre, soit l'émission d'une opinion, le Groupe de travail reconnaît l'importance de la réserver dans le cadre du système professionnel et l'a donc ajoutée tout en la reformulant. En effet, il est utile de rappeler que l'activité d'évaluation fait partie du noyau d'activités réservées et que le Groupe de travail accorde une grande importance aux fonctions évaluatives exercées par les professionnels, notamment dans le contexte de l'exercice d'un droit ou de l'accès à un programme ou à un service. Par contre, il juge important que l'évaluation reconnue à chaque profession soit en accord avec le champ tel que décrit. En ce sens, il reconnaît aux ergothérapeutes les compétences requises pour l'évaluation des habiletés fonctionnelles.

En ce qui concerne la dysphagie, le Groupe de travail ne croit pas nécessaire d'en faire une activité réservée en soi. En effet, il s'agit d'une intervention auprès d'une clientèle particulière, soit les personnes atteintes de dysphagie. À ce jour, le Groupe de travail n'a pas identifié de clientèles particulières. Il a plutôt opté pour une approche qui identifie les activités professionnelles à risque de préjudice et ce, quelle que soit la personne en cause. Il croit également que les activités qu'il a réservées jusqu'ici aux professionnels couvrent les interventions à risque de préjudice auprès des personnes dysphagiques.

Chapitre 8

Lors de la deuxième rencontre, le Groupe de travail a donc proposé les activités réservées suivantes :

- Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique.
- Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne lorsque cette évaluation est requise afin de lui permettre d'exercer un droit ou de recevoir un service ou une prestation.

Au cours de cette rencontre, l'Ordre s'est interrogé sur la portée de la définition de l'activité de prescrire des appareils suppléant à une déficience physique. En effet, outre des appareils comme des orthèses, des prothèses ou des appareils orthopédiques, les ergothérapeutes sont également impliqués dans le volet de l'aide technique à la communication. À cet égard, il a fait valoir que le MSSS leur reconnaît une contribution dans la détermination des besoins en vue de l'attribution de ces aides.

À l'égard de la problématique de la dysphagie, l'Ordre s'interroge sur la reconnaissance de la contribution des ergothérapeutes. Par exemple, les ergothérapeutes contribuent aux évaluations par fluoroscopie auprès de cette clientèle.

Le Groupe de travail souhaite reconnaître l'intervention de l'ergothérapeute à l'égard de la prescription de tout type d'appareils lorsqu'une telle prescription est exigée pour des fins de remboursement par les tiers payeurs. C'est ainsi que le libellé proposé, puisqu'il apparaît trop restrictif, pourrait être modifié par l'ajout de l'expression « ou une incapacité fonctionnelle », ce qui a pour effet d'inclure tout type de déficiences.

Concernant la clientèle dysphagique, les représentants du Groupe de travail n'ont aucunement l'intention de limiter la contribution des différents intervenants. En ce sens, le fait que les ergothérapeutes contribuent à une activité spécifique comme la fluoroscopie, sans toutefois la réaliser, ne justifie pas qu'elle leur soit réservée. Cependant, leur participation n'est pas empêchée, dans une perspective d'approche interdisciplinaire. Dans cette perspective, il entend s'assurer que les interventions préjudiciables auprès des personnes dysphagiques sont incluses dans la liste des activités réservées et confiées au professionnel compétent. Il souhaite également que rien ne vienne entraver l'approche interdisciplinaire.

2.3.3. *Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble*

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

Dans un document déposé auprès du Groupe de travail, préalablement à l'exercice de révision, l'Ordre réitère certaines demandes. Plus particulièrement, qu'il soit fait mention, dans le champ, des types d'environnement physique, socioculturel où s'exerce la profession. Le Groupe de travail ne peut souscrire à cette demande car il lui importe de respecter le critère de concision qu'il s'est fixé dès le début des travaux. Il appartient à l'Ordre de promouvoir la profession, incluant le type d'environnement où elle s'exerce principalement. De plus, il demande la réserve de l'utilisation de techniques invasives. Le Groupe de travail considère que cela ne s'avère pas nécessaire pour la pratique des ergothérapeutes, compte tenu du fait que les activités réservées à cet égard se situent au-delà de certaines barrières physiologiques que les ergothérapeutes ne franchissent pas dans le cadre de leurs interventions. Toute intervention qui se situe en deçà de ces barrières est permise.

2.3.3.1. *Les activités réservées*

Le Groupe de travail a modifié le texte de l'activité d'évaluation car il jugeait superflu la référence à l'accès à un service ou une prestation. En effet, l'expression « exercer un droit » comprend des services, des prestations tel que le prévoit un texte législatif ou réglementaire, sans qu'il ne soit nécessaire de les énumérer.

3. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec

3.1. Le résultat final

3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé de la personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

3.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon une ordonnance.⁸
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance.
- Déterminer le plan de traitement et prodiguer les soins et les traitements, reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.
- Appliquer des techniques invasives comprenant les mesures d'entretien liées à leur utilisation.
- Effectuer le suivi de grossesse et contribuer à la pratique des accouchements.
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet.

⁸ Il s'agit d'une ordonnance permanente établie par un protocole.

Chapitre 8

- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.
- Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.

3.1.3. Proposition relative à de la formation continue

Concernant le recours à des mesures exceptionnelles comme la contention et l'isolement, le Groupe de travail recommande :

- que les professionnels qui sont appelés à décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement soient tenus de participer à des activités de formation continue.

3.2. La conformité aux critères retenus

3.2.1. La définition du champ de pratique

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de l'infirmière qui :

- décrit adéquatement la nature des interventions ainsi que les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est davantage inspirée de la définition actuelle du champ d'exercice de cette profession que des définitions qui ont cours ailleurs au Canada.

3.2.2. Les activités réservées et les risques de préjudice

Le Groupe de travail recommande de réserver des activités aux infirmières, en continuité avec la loi actuelle ainsi qu'avec les actes qui leur sont délégués en vertu du *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la loi Médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*. Il reconnaît ainsi la contribution des infirmières dans la réalisation de la majorité des activités du secteur de la santé qu'il a jugé nécessaire de réserver parce qu'elles présentent un facteur de risques important et que leur réalisation s'avère complexe. Les activités réservées aux infirmières comportent donc plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont invasives;

- elles sont complexes;
- elles impliquent un haut degré de technicité;
- elles font appel à l'usage de médicaments;
- elles sont susceptibles de causer un dommage;
- elles sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires;
- elles sont susceptibles d'entraîner ou d'accentuer une atteinte à l'intégrité physique (douleur, incapacité, décès).

3.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Le Groupe de travail a pris connaissance de la formation dispensée aux infirmières. Au terme de l'analyse du programme collégial de formation en Soins infirmiers, il apparaît que, de façon générale, les infirmières et infirmiers possèdent la compétence nécessaire à l'exercice des activités réservées.

De manière plus spécifique, on constate que ce programme de formation accorde une grande importance à la capacité d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne et à la capacité d'exercer la surveillance clinique. Il en va de même pour ce qui est des traitements médicaux, des soins des plaies et altérations de la peau et des téguments, de l'application de techniques invasives, du suivi de grossesse, de la préparation et de l'administration des médicaments, de l'utilisation et du maintien de la contention et de l'isolement, et du suivi systématique.

Pour ce qui est d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques spécifiques, selon une ordonnance, d'effectuer des examens et des tests diagnostiques selon une ordonnance, et de contribuer à la pratique des accouchements, on note que la formation collégiale assure une préparation théorique à ces activités laquelle peut être complétée à l'intérieur de certains stages. Cette formation est généralement complétée par une orientation en cours d'emploi.

En regard de la formation universitaire, un examen des programmes a démontré que certains cours sont reliés directement à l'exercice des activités que le Groupe de travail envisage de réserver aux infirmières et infirmiers, alors que d'autres gravitent autour de ces activités, fournissant la préparation, le cadre d'intervention et l'outillage général nécessaires à la qualité de leur exécution.

Concernant l'utilisation et le maintien des mesures de contention et d'isolement, l'examen des programmes de formation a démontré que les infirmières et infirmiers sont préparés à évaluer la situation et à réagir en appliquant un protocole. À ce sujet, au niveau collégial, divers éléments d'apprentissage sont prévus : composer avec les réactions et les comportements d'une personne, réagir en situation de risque ou de crise ou encore appliquer des mesures de surveillance et de sécurité. Au niveau universitaire, la description des programmes ne comporte aucune mention explicite en regard de cette activité. Il est possible de présumer que cette question est abordée au moment des stages et de l'internat.

Le Groupe de travail a jugé bon de reconnaître la responsabilité de l'infirmière à cet égard et recommande de lui confier cette activité à la condition de suivre une formation continue. Il s'agit d'une responsabilité nouvelle qui lui est confiée. Toutefois, même si ces professionnelles possèdent une base de connaissances qui leur permet d'évaluer une situation complexe, une formation continue doit être dispensée aux membres qui sont susceptibles de décider, en toute autonomie, du recours à des mesures exceptionnelles comme la contention et l'isolement.

De plus, le Groupe de travail considère, étant donné le haut degré de préjudice relié à cette activité, que la formation de base devrait être enrichie afin de préparer plus spécifiquement l'infirmière, à décider de l'utilisation et du maintien de mesures de contention et d'isolement. Au cours de sa carrière, celle-ci devra participer aux activités de formation continue, offertes par l'Ordre, afin de conserver ses connaissances et ses compétences à jour en la matière.

Les activités de formation continue relatives à l'utilisation de mesures de contention et d'isolement pourraient être élaborées conjointement entre les ordres qui devront offrir cette formation à leurs membres, soit les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux.

3.2.4. *La profession hors Québec*

Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant l'exercice exclusif de la profession d'infirmière. Il est difficile de résumer la description de la pratique puisque les provinces donnent des définitions assez différentes : certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale et d'autres n'ont pas de définition. Cependant, il est possible de noter que plus de la moitié mentionne que les interventions infirmières visent la prévention de la maladie, la

Chapitre 8

promotion ou la restauration de la santé par le traitement des blessures ou de la maladie, le soulagement de la souffrance ainsi que la dispensation de soins palliatifs. L'évaluation de l'état de santé, la surveillance et le monitoring de la condition de la personne, la coordination des services, l'enseignement et le « counselling » sont également mentionnés dans des lois provinciales. Le Groupe de travail a pris connaissance de ces diverses définitions et s'en est inspiré pour sa propre rédaction. Certaines législations prévoient également la pratique infirmière avancée.

3.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

3.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (2 mai 2001)*

3.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice des soins infirmiers consiste à évaluer les besoins de santé de la personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins infirmiers, à effectuer les traitements dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou de prodiguer les soins palliatifs. »

3.3.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation.
- Administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, ou d'autres substances*.
- Introduire un corps étranger (tube, sonde, cathéter, canule, doigt ou main) :
 - au-delà du conduit auditif externe, du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'anus;
 - dans une ouverture artificielle du corps.
- Effectuer de l'assistance ventilatoire.
- Faire des prélèvements.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques. Il s'agit entre autres de :
 - surveiller la thérapie médicamenteuse;
 - surveiller l'état nutritionnel des personnes lorsque la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie;
 - surveiller les personnes sous anesthésie ou sous sédation-analgésie ainsi qu'en assistance ventilatoire;
 - surveiller les signes neurologiques, les réactions secondaires ou allergiques aux médicaments et aux traitements;
 - effectuer le suivi de grossesse.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament.

Les activités 2, 3, 4 et 5 doivent être initiées par une ordonnance et s'effectuer selon un protocole.

3.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 2 et 16 mai 2001. Entre-temps, il a tenu compte du document⁹ remis par l'Ordre lors de la première rencontre ainsi que des réactions suscitées par la proposition révisée.

3.3.2.1. *Le champ de pratique*

Lors de la rencontre du 2 mai, l'Ordre des infirmières et infirmiers a déposé au Groupe de travail un document préliminaire qui fait état de sa vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec et qui contient notamment une proposition quant au champ descriptif. L'Ordre a donc soumis à l'attention du Groupe de travail le libellé suivant :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer, à surveiller et à assurer le monitoring de l'état de santé physique et mentale d'une personne, à prescrire des soins infirmiers et les conditions d'application des traitements médicaux, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux, à coordonner les soins et les services requis par le plan de soins et le suivi systématique de clientèles afin de promouvoir, de maintenir et de restaurer la santé, de prévenir et de traiter la maladie incluant les soins palliatifs et d'aider la personne à s'adapter à sa situation de santé. L'infirmière intervient auprès des personnes et de leur famille ainsi qu'auprès des groupes. »

Le Groupe de travail a examiné avec attention le contenu de la proposition et a apporté certaines modifications à sa recommandation initiale. C'est ainsi qu'il a reconnu la pertinence de mentionner que les infirmières assurent la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et qu'elles prodiguent non seulement des traitements mais aussi des soins infirmiers et médicaux. Ce faisant, il reconnaît la contribution des infirmières à tout type de soin ou de traitement ainsi que leur rôle prépondérant quant à la détermination et la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Il a également ajouté la prévention de la maladie en raison du rôle particulier des infirmières à cet égard.

⁹ « *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec* », mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, mai 2001, 98 p.

Chapitre 8

Animé d'un souci d'harmonie entre les différents champs du secteur de la santé, le Groupe de travail n'a pas jugé nécessaire d'inclure de manière spécifique dans le champ :

- la surveillance et le monitoring de l'état de santé physique et mentale : il en a plutôt fait une activité réservée;
- la prescription de soins infirmiers et des conditions d'application des traitements médicaux : si ce volet de la pratique infirmière était retenu lors de la finalisation du modèle, il serait inclus dans les activités réservées;
- la coordination des soins et des services requis par le plan de soins et le suivi systématique de clientèles : d'une part, le Groupe de travail considère que la coordination des soins et des services requis par le plan de soins fait partie des moyens que prend l'infirmière pour assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers; d'autre part, la responsabilité de coordonner le suivi systématique des clientèles n'est pas toujours confiée à l'infirmière; d'autres professionnels sont parfois appelés à exercer un rôle de coordination; la notion de coordination est importante puisqu'elle constitue une clef de l'interdisciplinarité; par conséquent, il n'est pas avantageux de l'associer à un groupe en particulier dans le cadre du système professionnel;
- la promotion de la santé : cette fonction apparaît dans la zone commune aux professions de la santé et des relations humaines;
- aider la personne à s'adapter à sa situation de santé : un tel ajout n'apparaît pas nécessaire puisqu'il s'agit davantage d'une approche que d'une finalité;
- l'énumération des clientèles : toute énumération est évitée à moins d'être absolument essentielle et significative pour la bonne compréhension du domaine d'intervention de la profession; a contrario, une absence d'énumération laisse toute latitude au groupe concerné d'agir auprès de tout type de clientèle.

Lors de la deuxième rencontre le Groupe de travail a donc proposé le libellé suivant pour le champ :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer les besoins de santé de la personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Chapitre 8

Lors de cette rencontre, l'Ordre a mentionné :

- que la jurisprudence ne reconnaissait pas une portée clinique à l'identification des « besoins de santé » telle que contenue dans le champ de la pratique infirmière actuellement; par conséquent, il serait opportun de remplacer cette expression par « évaluer l'état de santé »;
- que la prescription des soins infirmiers ainsi que la surveillance et le monitoring devraient apparaître dans le libellé du champ;
- qu'il souhaitait obtenir des explications sur le choix du mot « personne »;
- qu'il aimerait voir apparaître dans les finalités l'action d'aider la personne à s'adapter à sa situation de santé en raison de l'importance que les infirmières y accordent, entre autres, en tant que marque distinctive de leur pratique;
- de même, la coordination des soins et des services requis par le plan de soins et de suivi systématique aurait avantage à faire partie du champ.

Le Groupe de travail retient la modification relative à l'évaluation des besoins de santé. Par contre, en ce qui concerne la prescription, le Groupe de travail réitère sa décision de ne pas retenir cet élément dans la description du champ et ce, de façon à assurer une concordance entre les différents champs d'exercice du secteur de la santé et des relations humaines. En outre, la proposition de l'Ordre d'introduire la surveillance et le monitoring dans le champ n'est pas retenue. On comprend qu'il s'agit plutôt d'activités réservées. Une explication est apportée à l'effet que l'utilisation du vocable « personne » inclut l'intervention auprès des familles et des groupes et que cet élément sera précisé dans la description de la zone commune aux professionnels de la santé et des relations humaines. Quant à l'action d'aider la personne à s'adapter à sa situation de santé, malgré l'importance que cela revêt pour les infirmières, le Groupe de travail ne retient pas cet élément dans la description du champ. Finalement, la coordination telle qu'expliquée fait davantage référence au suivi systématique. On convient donc de l'ajouter aux activités réservées.

Le Groupe de travail recommande donc le champ suivant :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé de la personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

3.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a remis et présenté au Groupe de travail une liste d'activités qui s'inscrivent dans le prolongement du champ exclusif actuel des infirmières et infirmiers. L'élaboration de la liste est fondée sur des travaux de recherche et de documentation, concernant une analyse des systèmes de classification des interventions infirmières ainsi que sur une consultation sur la pratique actuelle. La proposition respecte également certains principes comme :

- le maintien des acquis historiques;
- la protection du public;
- le risque de préjudice de l'activité;
- la responsabilité professionnelle;
- la formation et la compétence des infirmières;
- l'évolution de la profession;
- la collaboration intradisciplinaire et interdisciplinaire;
- la flexibilité de la réglementation;
- l'accessibilité et la qualité des soins et des services.

Le Groupe de travail a écouté avec attention l'exposé de l'Ordre et a examiné soigneusement la proposition écrite qui lui a permis de mieux comprendre la nature, l'ampleur et la complexité des activités effectuées par ces professionnelles. Cet examen l'a conduit à apporter d'importantes modifications à sa proposition initiale.

À partir de la liste proposée par l'Ordre, le Groupe de travail a retenu 11 activités à réserver aux infirmières. Bien que parfois formulées de manière différente, chacune d'entre elles présente de nombreux points de concordance avec celles qui apparaissent dans la liste de l'Ordre.

De manière à mieux comprendre la philosophie qui a guidé les travaux, il est utile de rappeler que les experts se sont donnés trois balises :

- décrire de manière aussi globale et succincte que possible, tant le champ que les activités, afin de permettre un élargissement optimal;
- reconnaître les acquis de manière à assurer la légalité de la pratique actuelle;
- permettre l'évolution afin de favoriser l'adaptation du système dans le temps.

Chapitre 8

La liste des activités réservées aux infirmières s'inscrit dans cette philosophie. Dans le respect de la protection du public, elle reflète non seulement la pratique actuelle mais elle laisse place à l'adaptation et à l'évolution de celle-ci :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation.

Il s'agit d'une activité importante qui permet à l'infirmière de poser un jugement clinique sur la situation d'une personne lors d'un premier contact, notamment à l'urgence, dans les CLSC, dans les services de première ligne, par téléphone ou télécommunication. Cette activité rejoint les demandes de l'Ordre qui fait mention, à plusieurs reprises, de l'aspect évaluatif du travail de l'infirmière. Pour le Groupe de travail, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique couvre à la fois toutes les dimensions nécessaires à l'établissement d'un jugement éclairé, c'est-à-dire, tant les aspects physiques que sociaux s'ils s'avèrent pertinents. En outre, elle permet à l'infirmière d'utiliser des moyens comme l'histoire de santé individuelle et familiale, l'examen physique, les tests et les échelles de mesure et l'évaluation des risques pour déterminer si une condition est normale ou non et d'orienter, s'il y a lieu, la personne vers les services requis.

- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring.

Pour le Groupe de travail, la surveillance clinique de la condition des personnes constitue un aspect primordial de l'activité professionnelle des infirmières. Une telle surveillance clinique s'applique à toute clientèle dont l'état de santé présente des risques, que ce soit un adulte, une femme enceinte, un nouveau-né, un enfant. Il n'a donc pas jugé utile d'en faire une énumération.

La surveillance clinique, incluant le monitoring invasif ou non, s'exerce en toute autonomie et comprend bon nombre des éléments présentés par l'Ordre comme faisant partie non seulement de la pratique infirmière courante, mais aussi des soins infirmiers reconnus comme étant de leur responsabilité. La surveillance clinique confiée à l'infirmière lui permet d'ajuster le plan thérapeutique infirmier en fonction de l'évolution de l'état de santé. Sous cette expression, le Groupe de travail entend notamment regrouper les interventions qui concernent :

- l'interprétation des résultats du monitoring;

Chapitre 8

- la détection précoce et l'application de mesures de prévention des complications;
 - la reconnaissance d'une détérioration;
 - la réévaluation de l'état du client en attente à l'urgence ou dans les services de première ligne;
 - l'application des mesures de protection;
 - l'application de mesures de prévention des lésions;
 - l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections;
 - la surveillance des réactions postvaccinales et l'intervention en cas de réaction anaphylactique.
-
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon un protocole.

Cette activité, combinée à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation, permet à l'infirmière d'utiliser des moyens additionnels pour déterminer le niveau de priorité des soins. Dans le prolongement de l'énoncé¹⁰ de position élaboré conjointement par le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers et selon les protocoles établis, l'infirmière qui œuvre à l'urgence et dans les services de première ligne peut initier des mesures diagnostiques comme le débit expiratoire de pointe, la saturométrie, la glycémie capillaire, un test de grossesse, l'analyse urinaire par bâtonnet, l'ECG, ou demander des radiographies simples. De plus, certaines mesures thérapeutiques peuvent être amorcées notamment pour soulager la douleur ou immobiliser un membre fracturé.

- Effectuer des examens et des tests diagnostiques selon une ordonnance ou un protocole.
- Cette activité vient modifier la recommandation initiale du Groupe de travail qui avait identifié, parmi les activités réservées aux infirmières, l'introduction d'un corps étranger, c'est-à-dire, un tube, une sonde, un cathéter, une canule, un doigt ou une main dans différents orifices naturels ou artificiels du corps humain ainsi que la réalisation des prélèvements. Elle présente l'avantage d'une formulation plus englobante, qui permet le recours à quelque moyen que ce soit, nécessaire à la réalisation du test ou de l'examen diagnostiques.

¹⁰ « Triage à l'urgence – Un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence », énoncé de position conjoint du Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, janvier 2000, p. 7.

Chapitre 8

- Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance ou un protocole.

Les interventions thérapeutiques ainsi que l'ajustement des traitements médicaux, activités que les infirmières réalisent en conformité avec les ordonnances et les protocoles, sont incluses dans cette activité. Le libellé retenu a l'avantage d'éviter les énumérations, les infirmières étant mises à contribution pour tous types de traitements médicaux. Pour le Groupe de travail, il n'est pas nécessaire d'énumérer les conditions de santé ou encore d'indiquer que l'infirmière peut utiliser une procédure invasive en raison de la présence d'une ordonnance ou d'un protocole qui encadre l'exercice de cette activité.

- Prodiquer les soins et les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.

Cette activité réservée fait partie des traitements infirmiers qui peuvent être exercés en toute autonomie. Elle permet à l'infirmière de traiter les lésions de pression ainsi que tout problème courant de la peau et des ongles des pieds. Elle comprend également pour l'infirmière la possibilité d'utiliser et de recommander des médicaments et des substances disponibles sans ordonnance. En effet, la prescription des médicaments constitue une activité réservée mais limitée aux médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*. Une telle formulation permet donc l'utilisation et la recommandation des médicaments disponibles sans ordonnance sans qu'il soit nécessaire d'en faire mention spécifiquement.

- Appliquer des techniques invasives comprenant les mesures d'entretien liées à leur utilisation.

Cette activité permet à l'infirmière d'appliquer toute technique invasive, que ce soit à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Elle vient modifier la recommandation initiale du Groupe de travail qui avait identifié, parmi les activités réservées aux infirmières, l'introduction d'un corps étranger, c'est-à-dire, un tube, une sonde, un cathéter, une canule, un doigt ou une main dans différents orifices naturels ou artificiels du corps humain ainsi que la réalisation des prélèvements. Elle présente l'avantage d'une formulation plus englobante, qui permet le recours à tout moyen nécessaire à la réalisation de l'intervention. En outre, elle inclut certaines des activités identifiées comme étant les soins infirmiers notamment les mesures d'entretien des accès vasculaires sous-cutanés, intraveineux, périphérique et central, des accès artériels, intrathécal et épidural ainsi que les mesures d'entretien du matériel thérapeutique.

- Effectuer le suivi de grossesse et contribuer à la pratique des accouchements.

Par cette activité, le Groupe de travail reconnaît la contribution de l'infirmière dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement. Bien que le suivi de grossesse fasse implicitement partie de la surveillance clinique, cette activité fait l'objet d'une mention spécifique qui apparaîtra dans la liste des activités réservées à chacune des professions concernées. Il en va de même pour la contribution à la pratique de l'accouchement. Cependant, le Groupe de travail ne juge pas utile de mentionner la surveillance de l'état du nouveau-né, celle-ci étant incluse dans la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques. En ce qui concerne l'accouchement, le Groupe de travail a prévu une disposition particulière relative aux situations d'urgence laquelle permettrait aux professionnels d'intervenir sans égard aux activités qui leur sont habituellement réservées.¹¹

- Administrer et ajuster des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, ou d'autres substances* selon une ordonnance ou un protocole.

Il s'agit d'une reformulation de l'activité initialement réservée aux infirmières à l'égard de l'administration de médicaments et de substances. Le Groupe de travail a reconnu la pertinence d'ajouter à son libellé initial l'ajustement des médicaments, activité qu'exercent actuellement les infirmières. Cette activité s'effectue selon une ordonnance. Pour le Groupe de travail, c'est par cette modalité que l'application du Protocole d'immunisation du Québec ainsi que l'administration de la contraception orale d'urgence sont permises aux infirmières.

- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament.

Cette activité s'ajoute à la précédente et permet à l'infirmière de procéder au mélange des substances de manière à préparer un médicament pour administration. Cette activité s'effectue sans condition.

- Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement.

Le Groupe de travail reconnaît qu'un risque de préjudice important est associé à l'utilisation de la force et de l'isolement. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) balise l'utilisation de la force et de l'isolement dans les établissements qu'elle régit.

¹¹ Au chapitre 7 du présent rapport, le point 8.1.

Chapitre 8

Ces moyens sont considérés comme étant des mesures exceptionnelles. Au cours des audiences menées à l'automne 2000, le Groupe de travail a été sensibilisé à la nécessité de réserver cette décision à des professionnels reconnus. Il rejoint en cela les préoccupations de l'Ordre qui faisait mention de cette activité dans son document.

Si certaines activités contenues dans le document de l'Ordre n'apparaissent pas sur la liste, il ne faut pas en conclure qu'elles n'ont pas été retenues. Il en est ainsi du dépistage des problèmes de santé qui apparaîtra dans la zone commune à l'intérieur de laquelle une place particulière sera faite aux infirmières en fonction des politiques gouvernementales déterminées par la Santé publique. En ce qui concerne la psychothérapie, l'examen de ce volet de l'intervention des professionnels dans le secteur de la santé et des relations humaines doit être fait dans une étape ultérieure à laquelle l'Ordre des infirmières sera invité à participer.

Certains éléments suggérés par l'Ordre n'ont pas été retenus par le Groupe de travail. Il s'agit de la planification du congé, de la recherche de contacts, de l'évaluation de la capacité du client et de sa famille à effectuer les autosoins ainsi que de celle des intervenants à effectuer les soins d'assistance reliés aux activités de la vie quotidienne. Selon le Groupe de travail, il ne s'agit pas d'activités qui répondent aux critères retenus pour justifier la réserve d'une activité et par conséquent, elles ne seront pas réservées dans le cadre du système professionnel.

Lors de la deuxième rencontre, l'Ordre a mentionné qu'il appréciait le choix fait par le Groupe de travail d'utiliser un libellé général plutôt que particulier et énumératif. Il également jugé bon de souligner son appréciation de l'exercice réalisé par le Groupe de travail. Il considère que celui-ci a fait preuve de beaucoup d'écoute et d'une analyse fine des propositions qu'il a déposées, ce qui donne comme résultat que la majorité des propositions ont été retenues. Lorsqu'elles ne l'ont pas été, des motifs précis justifient la décision.

En regard de l'activité qui consiste à « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation » l'Ordre s'interroge sur la signification de l'expression « symptomatique ». Les représentants du Groupe de travail indiquent que celle-ci est utilisée afin de préciser dans quelle circonstance l'évaluation de la condition d'une personne est réservée, de même que « préalablement à une orientation » parce qu'il s'ensuit une orientation donc une décision d'orienter qui devra être prise par l'infirmière.

Chapitre 8

Relativement à la surveillance clinique, l'Ordre indique qu'il ne va pas de soi que le libellé rend justice au rôle de l'infirmière et inclut le fait de prendre les initiatives. De plus, l'Ordre constate que cette activité englobe l'énumération des soins infirmiers présentée dans son document. Dès lors, il est inquiet des problèmes d'interprétation qui peuvent survenir quant à ce qui constitue un soin infirmier. Le Groupe de travail fait remarquer que cette activité s'exerce en toute autonomie, sans condition d'exercice et qu'il appartient à la profession de définir, à partir de la pratique infirmière, ce qu'est un soin infirmier. Le Groupe de travail précise que la surveillance va au-delà de l'observation; elle comprend le fait de passer à l'action. On convient, par conséquent, d'ajouter « incluant les ajustements du plan thérapeutique infirmier ».

L'activité consistant à « initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon un protocole » fait l'objet d'un questionnement. Le Groupe de travail indique qu'il faut comprendre que ce sont des lieux où la personne n'a pas été vue par un médecin lorsqu'elle est reçue par l'infirmière et que cette dernière peut sauver un temps précieux en initiant de telles activités.

L'activité qui consiste à prodiguer les soins et les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments amène l'Ordre à constater que la détermination des soins n'est pas mentionnée. Le Groupe répond à cela que la détermination des soins est prévue dans le champ, mais que l'on a plutôt choisi de réserver l'action de prodiguer les soins.

Les autres activités reçoivent l'assentiment de l'Ordre, en fonction des explications qui lui sont données. En outre, une activité additionnelle est ajoutée concernant le suivi systématique des personnes présentant des problèmes de santé complexes. Elle consiste à assurer le suivi clinique de situations de santé complexes par la surveillance, l'évaluation et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, en fonction de l'évolution de l'état de santé physique et mentale du client. Cette activité comprend aussi l'ajustement du plan thérapeutique médical, en fonction d'ordonnances permanentes ou de protocoles.

Le Groupe de travail recommande donc que les activités suivantes soient réservées aux infirmières :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation.

Chapitre 8

- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon un protocole.
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques selon une ordonnance ou un protocole.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance ou un protocole.
- Prodiger les soins et les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.
- Appliquer des techniques invasives comprenant les mesures d'entretien liées à leur utilisation.
- Effectuer le suivi de grossesse et contribuer à la pratique des accouchements.
- Administrer et ajuster des médicaments visés à l'annexe I du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, ou d'autres substances selon une ordonnance ou un protocole.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance ou un protocole.
- Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement.
- Effectuer le suivi systématique des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

3.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun

des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

3.3.3.1. Les activités réservées

Le Groupe de travail :

- a retiré le protocole comme condition d'exercice des activités réservées;¹²
- a modifié en conséquence l'activité d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne pour indiquer que celle-ci s'effectue en fonction d'une ordonnance qui devrait être permanente et explicitée par un protocole. À cet effet, l'énoncé de position élaboré conjointement par le CMQ et l'OIIQ est un exemple de lignes directrices ou de guides de pratique qui peuvent servir de base à l'élaboration de protocole;¹³ la réserve de cette activité permet à l'infirmière d'initier des mesures lorsqu'elle est en fonction au triage à l'urgence ou en première ligne, dans les groupes de médecine de famille, à l'intérieur d'un CLSC ou en cabinet privé; le Groupe de travail considère que la réalisation de cette activité selon une ordonnance favorisera l'accessibilité aux soins et contribuera à augmenter l'efficacité du système de santé;
- tient à préciser que l'ordonnance dont il est fait mention aux activités réservées peut-être soit individuelle, permanente ou collective, à moins d'indication spécifique quant à sa nature; la décision du type d'ordonnance appartient aux établissements et aux divers lieux de pratique, afin de favoriser la souplesse dans l'organisation de la prestation des soins et des services ;
- a modifié le libellé de l'activité relative au suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes en remplaçant l'expression « suivi systématique » par « suivi infirmier ». Ce faisant, il agit en conformité avec les orientations dont il est s'est doté concernant la coordination des interventions auprès de la clientèle. En effet, l'expression « suivi systématique » fait référence à un rôle d'intervenant-pivot qui peut être assumé par différents professionnels selon le cas, elle ne peut donc pas être confiée à un professionnel en particulier. De plus, même si le Groupe de travail reconnaît l'importance de l'intervenant-pivot ou du coordonnateur des interventions, il considère qu'il ne s'agit pas d'une activité profession-

¹² Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique. Le protocole sert alors d'instrument d'adaptation et de souplesse dans l'organisation des soins et des services et ce, dans le respect des lois en vigueur.

¹³ « *Triage à l'urgence* », *op. cit.*, 15 p.

nelle au sens strict du terme mais plutôt d'un mode d'organisation qu'utilise un établissement pour assurer la continuité et l'intégration des soins et des services;

- a complété l'activité qui consiste à « prodiguer les soins et les traitements, reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments » en la faisant précéder de l'étape qui consiste à « déterminer le plan de traitement ». L'infirmière est responsable de déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments. Dans ce cadre, elle prévoit la contribution de l'infirmière auxiliaire, à qui l'activité de prodiguer des soins et des traitements est également réservée.

3.4. La pratique infirmière avancée

Le Groupe de travail a énoncé, dans le chapitre 7¹⁴ du présent rapport, un certain nombre de principes qui doivent guider la reconnaissance et l'autorisation de la pratique avancée. Il a notamment indiqué, qu'à son avis, l'évolution des pratiques et des contextes fait en sorte que certains professionnels sont ou pourraient être appelés à exercer des activités réservées qui ne font pas partie de la liste attribuée à leur profession. À l'heure actuelle, la pratique infirmière avancée est une réalité en Amérique du Nord, c'est le cas notamment de l'Ontario et de certaines provinces canadiennes qui ont des règles qui l'encadrent. Au Québec, il existe également un certain nombre de projets-pilotes qui concernent notamment les infirmières qui œuvrent dans certains secteurs spécialisés. De plus, les infirmières qui travaillent dans des dispensaires exercent des activités qui excèdent celles normalement confiées aux professionnelles en question. Bien que tolérées, ces pratiques ne sont pas expressément prévues par les lois et règlements actuels.

Le Groupe de travail entend donc donner des balises pour que cette pratique soit reconnue et autorisée au sein de la profession infirmière. La pratique infirmière avancée diffère des spécialités infirmières qui peuvent être déterminées par règlement du Bureau de l'Ordre, selon le *Code des professions*. La pratique avancée consiste, entre autres, à réaliser des activités réservées à une autre profession, activités qui se retrouvent alors sous la responsabilité et le contrôle de l'ordre professionnel dont les membres exercent une pratique avancée.

¹⁴ Chapitre 7 du présent rapport, point 9.2 « La pratique avancée ».

Appliquée à la situation des infirmières et en fonction des principes dont le Groupe de travail s'est doté à cet égard¹⁵, la mise en œuvre d'une pratique avancée conduit à la reconnaissance de deux types d'infirmières de pratique avancée :

- l'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale,
- l'infirmière de pratique avancée en soins de santé primaires en région isolée.

3.4.1. L'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale

Une infirmière de pratique avancée en spécialité médicale est une infirmière de pratique clinique avancée qui détient une formation universitaire et qui s'est spécialisée dans un domaine relié aux spécialités médicales. D'ores et déjà, la liste des spécialités reconnues, fondée sur la reconnaissance de certaines expériences qui ont cours actuellement au Québec, peut comprendre en priorité la néphrologie, la néonatalogie, la cardiologie et les soins critiques. L'expérimentation de nouveaux secteurs de spécialité sera par la suite soumise aux dispositions relatives aux projets-pilotes, telles qu'énoncées au chapitre 7 du présent rapport.¹⁶

L'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale sera habilitée à exercer certaines activités réservées aux médecins à la condition de posséder une formation spécifique. Outre les activités habituellement réservées à l'infirmière, l'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale pourra, selon certaines conditions convenues entre les deux ordres concernés :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne;
- détecter des complications et ajuster certains traitements médicaux spécifiques liés à la spécialité;
- effectuer des traitements médicaux invasifs et à risque de préjudice liés à la spécialité;
- prescrire les soins requis par le traitement spécialisé;
- prescrire des examens et des tests diagnostiques selon une liste spécifique à la spécialité;
- prescrire des médicaments selon une liste spécifique à la spécialité.

Les discussions se poursuivent entre le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec concernant l'application de ce volet de pratique avancée à la profession d'infirmière.

¹⁵ Chapitre 7 du présent rapport, point 9.2 « La pratique avancée ».

¹⁶ Chapitre 7 du présent rapport, point 9.1 « Les projets-pilotes ».

3.4.2. *L'infirmière de pratique avancée en soins de santé primaires en région isolée*

L'infirmière de pratique avancée en soins de santé primaires en région isolée est une infirmière qui détient une formation universitaire, incluant une formation médicale partielle. Elle est habilitée légalement à pratiquer la médecine dans les limites de ses compétences. Les activités réservées à l'infirmière de pratique avancée en soins de santé primaires en région isolée, en plus des activités habituellement réservées à l'infirmière, pourra comporter, selon certaines conditions convenues entre les deux ordres concernés :

- le diagnostic des maladies,
- la prescription de tests diagnostiques, de médicaments et de traitements médicaux,
- l'utilisation de techniques et l'application de traitements invasifs.

En ce qui concerne l'exercice de l'infirmière de pratique avancée en soins de première ligne, le Groupe de travail considère que les besoins du milieu justifient l'expérimentation d'un tel exercice. À ce titre, celui-ci devra faire l'objet d'un projet-pilote, selon les modalités prévues dans le présent rapport.¹⁷

¹⁷ Chapitre 7 du présent rapport, point 9.1 « Les projets-pilotes ».

4. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

4.1. Le résultat final

4.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice infirmier auxiliaire consiste à contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne, à la réalisation du plan de soins, à prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

4.1.2. *Les activités réservées*

- Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant, sous la supervision¹⁸ d'une infirmière ou d'un médecin, la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.* **
- Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle du corps humain.*
- Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain, selon une ordonnance, au-delà des grandes lèvres, du méat urinaire ou de la marge de l'anus.
- Appliquer des mesures d'entretien du matériel thérapeutique.
- Assurer l'assistance technique en dialyse.
- Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.
- Prodiger des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.
- Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.

¹⁸ Il s'agit de la supervision telle que définie par le Groupe de travail et apparaissant au chapitre 7 du présent rapport, point 7.3.

- * L'infirmière auxiliaire sera habilitée à administrer des vaccins, des médicaments, à installer un soluté, par voie intraveineuse périphérique et à réaliser des prélèvements sanguins par ponction veineuse sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation émise à cet effet par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires.
- ** L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.

4.1.3. *Recommandations additionnelles*

Concernant l'intégration de certaines activités à la liste des activités réservées aux infirmières et infirmiers auxiliaires, le Groupe de travail recommande :

- que la formation sur l'administration de médicaments par voie intraveineuse, l'administration de vaccins, l'installation d'un soluté par voie intraveineuse, la réalisation de prélèvements sanguins par ponction veineuse soit intégrée au programme de formation des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- que l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires élabore un programme de formation continue à l'intention des membres en conformité avec les dispositions du *Code des professions* notamment l'article 94 o);
- que cette formation continue obligatoire soit offerte aux membres actuellement en exercice ainsi qu'à ceux qui auront obtenu leur permis préalablement à l'entrée en vigueur des modifications demandées au programme de formation et qu'ils se voient délivrer une attestation à cet effet;
- que les infirmières et infirmiers auxiliaires soient habilités à exercer les activités réservées relatives à l'administration de médicament par voie intraveineuse, l'administration de vaccins, l'installation d'un soluté par voie intraveineuse, la réalisation de prélèvements sanguins par ponction veineuse après que la formation continue obligatoire aura été dispensée à l'ensemble des membres.

4.2. La conformité aux critères retenus

4.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité des soins infirmiers auxiliaires qui décrit adéquatement la profession. Elle peut difficilement s'harmoniser avec les définitions des autres provinces canadiennes, lesquelles sont assez différentes les unes des autres, certaines optant pour l'énumération d'actes et d'autres pour une définition.

4.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

La plupart des actes actuellement délégués aux infirmières auxiliaires ont été repris dans les activités réservées, à l'exception du service interne et externe dans les salles d'opération. Au même titre que les activités réservées aux infirmières, elles comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont invasives;
- elles sont complexes;
- elles impliquent un haut degré de technicité;
- elles font appel à l'usage de médicaments;
- elles sont susceptibles de causer un dommage;
- elles sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires;
- elles sont susceptibles d'entraîner ou d'accentuer une atteinte à l'intégrité physique (douleur, incapacité).

4.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Le Groupe de travail a pris connaissance de la formation actuellement reçue par les infirmières auxiliaires dans le cadre des programmes de formation de base et de formation continue. Au terme de l'analyse des programmes de formation, il apparaît que, de façon générale, les infirmières et infirmiers auxiliaires possèdent la compétence nécessaire à l'exercice des activités réservées.

Certaines lacunes ont cependant été constatées. Elles concernent l'administration de vaccins, celle de médicaments par voie intraveineuse, l'installation de solutés, l'introduction d'une aiguille dans une veine. Malgré cela, le Groupe de travail considère qu'il y a lieu de permettre aux

infirmières et aux infirmiers auxiliaires d'exercer de telles activités car il s'agit d'une mesure nécessaire d'adaptation de la pratique aux réalités du milieu. Toutefois, une condition particulière est associée à l'intégration de ces activités à la liste des activités réservées aux infirmières et infirmiers auxiliaires. Le Groupe de travail considère que la protection du public exige que la formation de base soit augmentée de manière à permettre l'acquisition des connaissances et la maîtrise des habiletés reliées à ces activités. De plus, les infirmières et infirmiers auxiliaires déjà en exercice devront recevoir la formation nécessaire à l'intérieur des programmes de formation continue.

4.2.4. La profession hors Québec

Toutes les provinces et territoires canadiens ont une loi encadrant la profession d'infirmière auxiliaire et cette profession bénéficie d'un titre réservé partout. Dans certains cas, en Ontario notamment, les infirmières et infirmiers auxiliaires sont intégrés aux infirmières et infirmiers et sont couverts par les mêmes dispositions législatives. Parmi les provinces qui ont une liste d'actes réservés, on retrouve généralement la préparation et l'administration de médicaments, l'insertion d'un instrument, main ou doigt dans certaines ouvertures du corps, la pratique de certaines interventions sous le derme ou sous les muqueuses, et l'administration de certaines substances par injection ou inhalation (autre qu'un médicament).

4.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

4.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (6 juin 2001)*

4.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice infirmier auxiliaire consiste à contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne, à la réalisation du plan de soins, à prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs. »

4.3.1.2. *Les activités réservées*

- Administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, ou d'autres substances selon une ordonnance ou un protocole.
- Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain :
 - au-delà des grandes lèvres et de la marge de l'anus;
 - dans une ouverture artificielle du corps;
 - dans une veine;selon une ordonnance ou un protocole.
- Appliquer les mesures d'entretien du matériel thérapeutique selon un protocole médical ou infirmier.
- Effectuer des prélèvements selon une ordonnance ou un protocole.
- Prodiguer les soins et les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou un protocole médical ou infirmier.
- Observer l'état du patient et surveiller les signes neurologiques.

4.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 6 et 18 juin 2001. Entre-temps, il a pris connaissance du document¹⁹ remis par l'Ordre lors de la première rencontre ainsi que des

¹⁹ « Un rôle accru pour l'infirmière auxiliaire », mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, mai 2001, 40 p.

commentaires écrits acheminés par l'Ordre au Groupe de travail à la suite de la proposition initiale.

4.3.2.1. *Le champ de pratique*

À la lumière de la proposition initiale et dans un document qu'il a fait parvenir au Groupe de travail, l'Ordre :

- a demandé de préciser que les soins et les traitements infirmiers et médicaux sont prodigués suivant une ordonnance médicale ou un protocole;
- souhaite que soient ajoutés au champ de pratique les éléments d'enseignement et d'information ainsi que la contribution de l'infirmière auxiliaire aux méthodes diagnostiques, y compris la cueillette de données;
- se questionne sur la place que devrait occuper la promotion de la santé.

Lors de la deuxième rencontre, les représentants du Groupe de travail ont expliqué à l'Ordre les motifs qui ont fait en sorte que les changements proposés n'ont pas été retenus. Tout d'abord, concernant les conditions d'exercice, le choix a été fait de les associer aux activités réservées et par conséquent de ne pas les indiquer au champ. Cette approche est généralisée à toutes les professions. De plus, dans l'approche sectorielle développée par le Groupe de travail, l'enseignement et l'information sont deux éléments qui n'apparaissent dans aucun des champs d'exercice. D'une part l'enseignement et la recherche feront l'objet d'une disposition particulière pour l'ensemble des professions. Le fait de ne pas les retrouver dans le champ de pratique ne signifie pas que la profession n'exerce pas ce type d'activités. Quant à l'information, le Groupe de travail conçoit qu'il s'agit d'une activité commune à tous les professionnels du secteur de la santé et des relations humaines qui se retrouvera en l'occurrence dans une zone commune à toutes les professions de ce secteur.

En ce qui a trait à la contribution de l'infirmière auxiliaire aux méthodes diagnostiques et à la cueillette de données, elle est reconnue par l'inclusion au champ de la contribution à l'évaluation de l'état de santé. En corollaire, les activités réservées qui consistent à effectuer des prélèvements, à observer l'état du patient et à surveiller les signes neurologiques constituent la façon pour l'infirmière auxiliaire de contribuer à l'évaluation de l'état de santé. Finalement, la promotion de la santé fait encore l'objet d'une réflexion de la part du Groupe de travail,

à savoir si elle doit être introduite dans chacun des champs ou se retrouver dans une zone commune.

Par conséquent, le Groupe de travail maintient le libellé du champ d'activité par rapport à la proposition initiale.

4.3.2.2. *Les activités réservées*

À la lumière de la proposition initiale et dans un document qu'il a fait parvenir au Groupe de travail, l'Ordre a demandé :

- d'ajouter à l'activité qui consiste à administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments*, les médicaments prévus à l'annexe II et III du même règlement; il demande également de s'assurer que l'infirmière auxiliaire puisse aussi administrer des drogues contrôlées ou des stupéfiants;
- de préciser l'activité qui consiste à appliquer les mesures d'entretien du matériel thérapeutique;
- de confirmer que l'activité qui consiste à effectuer de prélèvements inclut les ponctions capillaires et veineuses;
- d'ajouter une activité soit : « assurer le service interne et externe en salle d'opération ».

L'activité réservée qui consiste à administrer les médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments* inclut les drogues contrôlées ou les stupéfiants. Quant aux substances visées à l'annexe II et III de ce même règlement, il s'agit de médicaments disponibles sans ordonnance et en pharmacie seulement. Leur utilisation et leur administration n'ayant pas été réservées par le Groupe de travail, ils pourront donc être administrés par du personnel tant professionnel que non professionnel.

En ce qui concerne l'application des mesures d'entretien du matériel thérapeutique, elle est considérée comme faisant partie des soins infirmiers. Le Groupe de travail considère que cette activité peut être réservée aux infirmières auxiliaires en partage avec les infirmières. Voici la définition qu'en font les infirmières : « dosage ou vidange ou changement de sac collecteur ou

du système de drainage; changement de sonde urinaire, de sonde de cystostomie permanente ».²⁰

En matière de prélèvements, le Groupe de travail ne recommande pas que soit réservée l'activité qui consiste à effectuer des ponctions capillaires. Selon lui, il n'y a pas lieu de réserver une activité que la personne elle-même exécute régulièrement car il considère que les auto-soins doivent être déréglementés. Par conséquent, les ponctions capillaires peuvent être effectuées non seulement par la personne elle-même, mais par du personnel professionnel ou non professionnel. Par contre, les ponctions veineuses sont incluses dans les prélèvements en tant qu'activité réservée.

Quant à l'ajout d'une activité réservée qui consiste à assurer le service interne et externe en salle d'opération, le Groupe de travail n'entend pas donner suite à cette demande. En effet, bien qu'actuellement déléguée aux infirmières auxiliaires, l'activité en cause ne correspond pas aux critères dont le Groupe de travail s'est doté pour évaluer la pertinence d'une réserve : l'activité doit comporter un risque de préjudice sérieux ainsi qu'une complexité d'exécution, et elle doit être accomplie par la majorité des membres. Elle pourra toutefois être pratiquée par l'infirmière auxiliaire, bien qu'elle ne lui soit pas réservée.

Lors de la deuxième rencontre, les représentants de l'Ordre insistent sur les aspects suivants de la proposition :

- l'impact sur la protection du public de permettre l'administration de médicaments par du personnel non professionnel;
- l'importance de clarifier ce qui sera permis aux non professionnels;
- la nécessité d'identifier les mécanismes d'élaboration et de contrôle des protocoles;
- l'ajout du service interne et externe en salle d'opération à la liste des activités réservées.

Concernant l'administration de médicaments par du personnel non-professionnel, particulièrement dans des établissements privés ou des foyers, le Groupe de travail entend traiter de cette question en conformité avec son mandat qui est de simplifier, d'assouplir, d'adapter l'encadrement professionnel aux réalités du milieu. Un tel exercice implique de faire des choix,

²⁰ « *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec* », mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, p. 28.

de prendre des décisions qui auront éventuellement comme effet de permettre la réalisation de gestes ou d'activités par des non-professionnels.

Par ailleurs, le Groupe de travail n'entend pas fournir une définition de ce qui sera permis aux non-professionnels mais bien, en conformité avec son mandat, d'identifier clairement ce qui doit être fait par des professionnels. Il poursuit sa réflexion concernant les activités qui ne seront pas réservées. C'est ainsi qu'il envisage de recommander que les gestes assimilés à des auto-soins, même lorsqu'ils sont posés par des intervenants, ne soient pas considérés comme des activités réservées. Par exemple, les ponctions capillaires, la prise de tension, l'administration d'insuline feraient partie de cette catégorie. Il n'entend pas, cependant, procéder à une définition de ce qui ne fait pas partie de l'exercice professionnel.

En ce qui a trait aux protocoles, dans l'esprit du Groupe de travail, il va de soi que ceux-ci doivent s'appuyer sur des balises nationales, des lignes directrices ou des guides de pratique élaborés de concert par les ordres concernés. Le protocole constitue alors un outil d'adaptation local qui permet à un établissement de préciser les façons de faire, dans le respect cependant des lois en vigueur et en conformité avec les lignes directrices issues des ordres.

Finalement, le Groupe de travail maintient sa position concernant le service interne et externe en salle de chirurgie : cela ne constitue pas une activité réservée au sens du système professionnel. En effet, le Groupe de travail s'interroge sur le fait qu'une telle activité est actuellement exercée par un nombre peu élevé d'infirmières auxiliaires (100), à la suite d'une formation spécifique donnée par les établissements. Il s'agit d'intervenir comme « instrumentiste » en salle d'opération et notamment de s'assurer du décompte des compresses et des instruments. D'autres personnes occupent de telles fonctions, les infirmières notamment.

Le Groupe de travail retient donc les activités réservées suivantes :

- Administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, selon un protocole médical ou infirmier.
- Administrer d'autres substances, selon une ordonnance ou un protocole médical ou infirmier.
- Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain :
 - au-delà des grandes lèvres et de la marge de l'anus;
 - dans une ouverture artificielle du corps;

- dans une veine;
selon une ordonnance ou un protocole médical ou infirmier.
- Appliquer les mesures d'entretien du matériel thérapeutique, selon un protocole médical ou infirmier.
- Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance ou un protocole.
- Prodiguer les soins et les traitements liés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou un protocole médical ou infirmier.
- Observer l'état du patient et surveiller les signes neurologiques

4.3.3. *Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble*

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

4.3.3.1. *Les activités réservées*

Le Groupe de travail :

- a retiré le protocole comme condition d'exercice des activités réservées;²¹
- tient à préciser que « l'administration de médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet » vise les médicaments prévus à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments*, les médicaments et les autres substance disponibles sans ordonnance lorsqu'ils sont prescrits;

²¹ Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique.

Chapitre 8

- considère qu'en ce qui concerne l'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique, elle peut être réalisée par l'infirmière auxiliaire dans la mesure où une supervision est effectuée par un médecin ou une infirmière. La supervision telle que définie par le Groupe de travail, implique que le professionnel qui supervise agit comme un guide, une personne ressource;²²
- a précisé le libellé de l'activité qui consiste à introduire un instrument dans le corps humain; elle peut s'effectuer à partir d'une veine périphérique. Il s'agit de la même balise utilisée dans le cas de l'administration d'un médicament par voie intraveineuse;
- a complété le libellé de l'activité qui consiste à introduire un instrument dans le corps humain par l'ajout de « au-delà du méat urinaire », afin de permettre à l'infirmière auxiliaire d'installer une sonde;
- tient à préciser que l'activité qui consiste à appliquer des mesures d'entretien du matériel thérapeutique, doit être effectuée selon les règles de soins infirmiers utilisées au niveau local, en tant que clause d'adaptation et instrument de gestion de l'organisation du travail;²³
- réserve l'activité suivante : « assurer l'assistance technique en dialyse » dans le but de répondre à un besoin du milieu et de faciliter l'accès à ces soins;
- considère que l'activité qui consiste à effectuer des prélèvements ne permet pas d'effectuer des prélèvements par cathéter central, par ligne et cathéter artériel et par un accès vasculaire sous-cutané. Cette limitation est en concordance avec celle prévue lors de l'introduction d'un instrument dans une veine;
- a ajouté une précision à l'activité qui consiste à prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, soit : « selon le plan de traitement infirmier ». Le Groupe de travail considère que le plan de traitement infirmier doit prévoir la contribution de l'infirmière auxiliaire et faire en sorte que l'infirmière auxiliaire n'intervienne pas directement dans certaines situations jugées critiques telles que : le débridement d'une plaie ou d'une brûlure, le pansement au site d'installation d'un cathéter central, les soins de greffe cutanée, les soins de stomie de moins de 72 heures, les soins de plaies avec complications;
- tient à préciser que l'activité qui consiste à observer l'état de conscience d'une personne et à surveiller les signes neurologiques comprend la surveillance d'une perfusion intraveineuse et le maintien du débit lorsqu'elle est administrée par voie périphérique;

²² Chapitre 7 du présent rapport, point 7.3.

²³ Chapitre 7 du présent rapport, point 10.

Chapitre 8

- a ajouté l'activité qui consiste à mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament; cette activité réservée est partagée entre les infirmières et les infirmières auxiliaires et elle s'avère en quelque sorte complémentaire à l'administration de médicaments;
- maintient sa position en ce qui a trait à l'activité qui consiste à effectuer le service interne et externe en salle d'opération; il ne trouve pas de justification dans les critères dont il s'est doté pour réserver cette activité.

5. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

5.1. Le résultat final

5.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de l'inhalothérapie consiste à contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et à traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

5.1.2. *Les activités réservées*

- Effectuer l'assistance ventilatoire selon une ordonnance.
- Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.*
- Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance :
 - dans une veine périphérique;à des fins d'intubation ou pour des aspirations :
 - au-delà du larynx ou du point de rétrécissement normal des fosses nasales;et
 - dans une ouverture artificielle.
- Faire des prélèvements selon une ordonnance.
- Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire selon une ordonnance.
- Surveiller la condition des personnes :
 - sous anesthésie;
 - sous sédation-analgésie;
 - sous assistance ventilatoire.

* L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.

5.2. La conformité aux critères reconnus

5.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de l'inhalothérapie qui :

- reconnaît la juste contribution de cette profession au processus diagnostic et thérapeutique;
- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts.

5.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail recommande de réserver des activités aux inhalothérapeutes en continuité avec les actes qui leur sont actuellement délégués en vertu du *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*. En effet, les inhalothérapeutes étaient associés à différentes interventions en regard de l'anesthésie et de la respiration artificielle, incluant l'administration de certaines substances.

Les activités réservées comportent également plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont invasives (introduction de corps étranger);
- elles sont complexes (la surveillance des signes et symptômes chez le patient ainsi que des appareils);
- elles impliquent un haut degré de technicité (utilisation d'appareils complexes);
- elles font appel à de la médication;
- elles sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires, des dommages ou même le décès (par exemple, les réactions à certaines substances, la préparation, la vérification ou la surveillance inadéquate d'un appareil, l'interprétation erronée des indicateurs des appareils de monitoring).

Finalement, le Groupe de travail a jugé bon d'encadrer l'exercice de cinq des activités réservées au moyen de conditions, soit d'une ordonnance dans la plupart des cas. L'assistance anesthésique est considérée comme étant de la pratique avancée et sujette, notamment, à des conditions particulières de formation. En outre, les conditions d'exercice de cette activité de-

vront faire l'objet d'une entente entre les ordres concernés, c'est-à-dire l'Ordre des inhalothérapeutes et le Collège des médecins. L'assistance ventilatoire, l'administration de médicaments, la réalisation de prélèvements ou d'épreuves de la fonction cardiorespiratoire et l'introduction d'un corps étranger sont encadrées par une ordonnance d'un médecin. La surveillance des personnes sous anesthésie, sédation-analgésie ou assistance ventilatoire s'effectue sans condition.

5.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Après avoir pris connaissance de la formation dispensée aux inhalothérapeutes, les membres du Groupe de travail ont observé que l'inhalothérapeute est un professionnel de la santé spécialement formé pour s'occuper du traitement des malades souffrant de troubles respiratoires, pour administrer divers tests permettant d'évaluer les fonctions pulmonaires et cardiopulmonaires ainsi que pour prêter assistance à l'anesthésiste.

Le programme d'études collégiales comporte diverses compétences qui amènent l'étudiant à maîtriser les techniques de ventilation, à utiliser divers gaz et médicaments afin d'effectuer différents traitements d'inhalothérapie et d'assurer, notamment, l'assistance anesthésique requise. Les futurs diplômés acquièrent également des connaissances particulières sur la médication à utiliser en fonction de l'état de la personne, sur les effets que peut avoir celle-ci et sur les conséquences liées à son administration. Les inhalothérapeutes possèdent également l'expertise nécessaire pour introduire un instrument à des fins d'aspiration ainsi que pour le retirer en cas d'intubation ou pour des aspirations. Divers objectifs de formation font également mention de l'assistance à l'intubation et des activités de formation continue sont offertes par l'Ordre en cette matière.

Finalement, le Groupe de travail considère que l'activité d'assistance anesthésique doit être distinguée de celle qui consiste à « surveiller les personnes sous anesthésie ». En effet, les experts ont été sensibilisés au fait que l'assistance anesthésique constitue une activité qui comporte un risque très élevé de préjudice. Au cours des dernières années, les inhalothérapeutes ont été appelés à jouer un rôle accru au sein du bloc opératoire. Il leur arrive même de demeurer seuls momentanément auprès du patient lors de la période périopératoire. Dans cette perspective, le Groupe de travail recommande que l'assistance anesthésique, bien

qu'enseignée dans le cadre de la formation de base, constitue une fonction avancée qui nécessite des connaissances additionnelles de la part du professionnel.

5.2.4. *La profession hors Québec*

La profession d'inhalothérapeute est réglementée dans trois provinces canadiennes, soit l'Ontario, l'Alberta et le Manitoba. La définition de la pratique consiste à appliquer certaines techniques en vue d'évaluer et de traiter les troubles cardiorespiratoires. Le Groupe de travail s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Les provinces canadiennes qui ont procédé à une révision de l'encadrement législatif des professions de la santé fondée sur un champ et des activités réservées, envisagent de confier (Alberta) ou ont confié (Ontario) des activités réservées aux inhalothérapeutes. En Ontario, elles consistent principalement à pratiquer une intervention sous le derme, une intubation ou une aspiration et à administrer des substances. L'exercice de ces activités n'est possible que sur ordonnance.

5.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

5.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre* (4 avril 2001)

5.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de l'inhalothérapie consiste à effectuer des épreuves d'évaluation de la fonction respiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique et à traiter les problèmes qui l'affectent, à fournir l'assistance anesthésique et la ventilation artificielle. »

5.3.1.2. *Les activités réservées*

- Effectuer l'assistance ventilatoire.
- Administrer des médicaments qui ne sont disponibles que sur ordonnance, des substances ou des sérums par quelque moyen que ce soit.
- Faire des prélèvements.
- Introduire un corps étranger à des fins d'intubation ou pour des aspirations :
 - au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales;
 - au-delà du larynx;
 - et dans une ouverture artificielle du corps.
- Surveiller les personnes sous anesthésie et sous assistance ventilatoire.

Les quatre premières activités s'effectuent sous ordonnance et selon un protocole.

5.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 4 et 19 avril 2001. Entre-temps, il a pris connaissance des réactions suscitées par la proposition initiale.

5.3.2.1. *Le champ de pratique*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a établi que, dans l'ensemble, la définition du champ reflète la réalité de la pratique. En outre, il a vérifié la portée du libellé « fournir la ventilation

Chapitre 8

artificielle » pour s'assurer qu'il inclut toute forme de ventilation artificielle incluant la ventilation artificielle prolongée.

Dans la note qu'il a transmise par la suite, l'Ordre a exprimé le désir de se faire préciser son interprétation du champ de pratique et des activités réservées. Selon lui, le champ constitue le noyau essentiel de la pratique et une exclusivité y est associée. Par ailleurs, il a mentionné l'importance d'ajouter la fonction cardiaque au libellé du champ et de le formuler en utilisant l'expression « cardiorespiratoire ». Selon l'Ordre, la pratique actuelle de l'inhalothérapie permet difficilement de dissocier le cardiaque du respiratoire.

Considérant le mandat qui lui a été confié, soit celui d'assouplir, d'alléger et de simplifier le système tout en favorisant la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité, le Groupe de travail n'entend pas maintenir le concept d'exclusivité du champ d'exercice. Le Groupe a privilégié la notion « d'activité réservée » en raison du risque de préjudice associé à son exécution et de sa complexité. Par ailleurs, l'appartenance obligatoire à l'ordre pour les personnes qui disposent de la formation et qui œuvrent dans le champ d'activités apparaît plus importante que le maintien de l'exclusivité du champ.

En ce qui concerne l'ajout de la fonction cardiaque, le Groupe de travail approuve cette modification et la formulation proposée. Il a donc revu la définition et proposé la version suivante lors de la deuxième rencontre :

« L'exercice de l'inhalothérapie consiste à effectuer des épreuves d'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique et à traiter les problèmes qui l'affectent, à fournir l'assistance anesthésique et la ventilation artificielle. »

Lors de cette rencontre, l'Ordre a questionné l'arrimage entre le champ et les activités réservées. Plus particulièrement, puisque l'assistance anesthésique se retrouve dans le champ, pourquoi n'apparaît-elle pas comme une activité réservée au même titre que l'assistance ventilatoire?

Pour le Groupe de travail, la surveillance des personnes sous anesthésie devait constituer l'activité réservée qui reflétait l'intervention de l'inhalothérapeute en salle de chirurgie. Il apparaît, après discussion, que cela ne reflète pas la nature exacte de la contribution de

l'inhalothérapeute. Il y aurait donc lieu de revoir le champ et d'éliminer l'énumération d'activité. L'assistance anesthésique devrait plutôt apparaître dans les activités réservées. Le Groupe de travail est en accord avec cette proposition et retient donc la formulation qui suit :

« L'exercice de l'inhalothérapie consiste à effectuer des épreuves d'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique et à traiter les problèmes qui l'affectent. »

5.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la première rencontre, l'Ordre :

- a indiqué qu'il approuvait l'abandon de la délégation d'actes et l'abolition de différents niveaux de surveillance, notion qui ne colle plus à la réalité dans les établissements et hors établissement;
- s'est questionné sur le fait que l'évaluation n'apparaisse pas aux activités réservées;
- a émis des réserves quant à l'utilisation des expressions « corps étranger » et « ouverture artificielle »;
- s'est interrogé au sujet des situations où l'assistance anesthésique s'effectue sans la présence d'un anesthésiste, c'est-à-dire lors des anesthésies sous sédation administrée par le chirurgien. Ces situations sont-elles incluses dans la surveillance confiée aux inhalothérapeutes?

Dans une note transmise subséquemment, l'Ordre a soulevé une question concernant l'administration de médicaments : le libellé permet-il aux membres d'installer l'intraveineuse qui permet l'administration du médicament ou seulement d'administrer le médicament lui-même? En regard de l'activité d'insérer un corps étranger, l'Ordre a suggéré d'ajouter la mention « et retirer » pour couvrir les situations d'extubation, particulièrement dans les unités de soins critiques et au bloc opératoire.

Finalement, pour éviter toute ambiguïté ou interprétation, il a suggéré que l'activité de surveillance des personnes sous anesthésie soit modifiée pour indiquer également sous analgésie sédation.

Le Groupe de travail a tenu compte des remarques de l'Ordre et a modifié le libellé des activités réservées en conséquence. Il tient également à préciser :

Chapitre 8

- que la ventilation artificielle prolongée fait partie de l'assistance ventilatoire;
- que l'évaluation apparaît au champ de la profession, au même titre que pour plusieurs professions;
- que l'activité d'administrer des médicaments inclut l'installation de la voie d'administration lorsque nécessaire;
- que la surveillance des personnes sous anesthésie inclut les situations décrites par l'Ordre, soit celles où il y a sédation administrée par un chirurgien; il a cependant revu la question et jugé important de baliser l'exercice de cette activité au moyen de conditions, soit l'ordonnance et le protocole; cela vaut aussi pour la surveillance des personnes sous assistance ventilatoire.

Lors de la deuxième rencontre, il a donc proposé la liste suivante :

- Effectuer l'assistance ventilatoire.
- Administrer des médicaments qui ne sont vendus que sur ordonnance ou d'autres substances.
- Faire des prélèvements.
- Introduire un corps étranger à des fins d'intubation ou pour des aspirations et le retirer :
 - au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales;
 - au-delà du larynx;
 - et dans une ouverture artificielle du corps.
- Surveiller les personnes sous anesthésie et sous analgésie sédation.
- Surveiller les personnes sous assistance ventilatoire.

Les activités doivent être initiées par une ordonnance et s'effectuer selon un protocole.

Lors de la deuxième rencontre, l'Ordre a souligné que l'assistance anesthésique ayant été retirée du champ, il y a lieu d'en faire une activité réservée aux inhalothérapeutes. Par conséquent, une nouvelle activité serait ajoutée, soit effectuer l'assistance anesthésique.

Selon l'Ordre, l'assistance anesthésique constitue une fonction avancée en inhalothérapie. Il y a lieu de considérer des conditions particulières pour l'exercice de cette activité, soit une formation additionnelle. En outre, la réalité de travail dans les salles de chirurgie fait en sorte que les inhalothérapeutes travaillent généralement sans protocole ou ordonnance. Pour les autres activités, l'ordonnance ou le protocole sont des conditions courantes d'encadrement de

Chapitre 8

l'exercice. L'assistance ventilatoire pourrait également faire partie des fonctions avancées. Il s'est également questionné sur les épreuves d'évaluation de la fonction cardiorespiratoire, lesquelles n'apparaissent pas dans les activités réservées.

Les membres du Groupe de travail reconnaissent la pertinence des modifications proposées concernant l'assistance anesthésique et il entend, pour l'instant, considérer cette seule activité comme une fonction avancée. Par contre, il n'a pas jugé bon de réserver les épreuves d'évaluation de la fonction cardiorespiratoire. Il comprend cependant que de telles épreuves sont réalisées selon une ordonnance médicale.

Par conséquent, à la liste des activités réservées, s'ajoute l'activité suivante :

- Effectuer l'assistance anesthésique.

S'agissant d'une fonction avancée, cette activité sera soumise à des conditions particulières de formation.

5.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

5.3.3.1. *Le champ de pratique*

Le Groupe de travail a voulu refléter avec davantage de justesse, la pratique de l'inhalothérapie en remplaçant « effectue des épreuves d'évaluation de la fonction respiratoire » par « contribue à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire » et en faisant mention de la contribution de l'inhalothérapeute à l'anesthésie.

5.3.3.2. *Les activités réservées*

Le Groupe de travail :

- a retiré la condition relative au protocole;²⁴
- a précisé que l'administration de médicaments et de substances inclut la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique et que l'introduction d'un instrument dans une veine s'effectue par les voies périphériques;
- tient à préciser que l'activité qui consiste « à faire des prélèvements » inclut le prélèvement de gaz artériels;
- a ajouté à la liste des activités réservées celle qui consiste à effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire; cette activité représente la contribution des inhalothérapeutes à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire;
- a modifié le libellé de la surveillance de la condition des personnes pour l'associer à trois situations particulières soit, les personnes sous anesthésie, sous sédation-analgésie et sous assistance ventilatoire; une telle surveillance suppose une présence continue tout au long de l'intervention diagnostique ou thérapeutique, cette présence étant assurée par l'inhalothérapeute qui assiste l'anesthésiste.

5.4. Une pratique avancée en spécialité médicale : l'assistance anesthésique

La pratique avancée est un des éléments constitutifs de l'approche développée par le Groupe de travail. Elle doit s'appuyer sur les besoins émergents des milieux, constituer une forme d'évolution d'une profession, donner lieu au partage d'activités habituellement attribuées à une autre profession, faire l'objet d'une entente interordres, entre autres concernant la formation.

²⁴ Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique.

À la lumière de ces indicateurs, le Groupe de travail considère que l'activité d'assistance anesthésique pratiquée par les inhalothérapeutes doit faire l'objet d'un volet de pratique avancée.

5.4.1. Des besoins émergents des milieux

Le Groupe de travail établit une distinction entre l'activité qui consiste à surveiller une personne sous anesthésie et l'assistance anesthésique. Cette dernière activité comporte un risque très élevé de préjudice. Contrairement aux autres activités exercées par l'inhalothérapeute, l'assistance anesthésique s'effectue généralement sans protocole ou ordonnance. L'évolution du contexte dans lequel s'exerce l'assistance anesthésique fait en sorte que l'inhalothérapeute accomplit cette activité avec davantage d'autonomie et de responsabilités. La réalité de la pratique (virage ambulatoire/augmentation du débit opératoire, pénurie d'anesthésistes) est à l'effet que l'anesthésiste n'est pas toujours présent en bloc opératoire. De plus, l'assistance anesthésique s'effectue également en dehors des murs des établissements. Elle s'exerce entre autres, en clinique privée, en cabinet de dentiste ainsi qu'en clinique de chirurgie plastique.

5.4.2. Une forme d'évolution de la profession

L'assistance anesthésique comprend, en plus de la surveillance du fonctionnement de l'équipement, la surveillance clinique des personnes sous anesthésie, et ce, sans la présence immédiate de l'anesthésiste. La reconnaissance de l'assistance anesthésique en tant que volet avancé de la pratique de l'inhalothérapie implique l'accomplissement en toute autonomie, des actes posés par l'inhalothérapeute, dans le cadre de l'assistance anesthésique.

Dans un mémoire déposé à l'Office des professions, l'Ordre des inhalothérapeutes explique que la surveillance clinique des personnes exige une connaissance des signes cliniques précurseurs d'atteinte de niveaux anesthésiques préjudiciables pouvant causer des séquelles neurologiques et psychologiques permanentes.²⁵

²⁵ « Mémoire portant sur la demande de champ exclusif aux inhalothérapeutes du Québec », Ordre des inhalothérapeutes, novembre 1998, p. 27.

Le Collège des médecins dans un énoncé de position déposé en avril 2001, décrit une fonction spécialisée applicable à l'inhalothérapeute²⁶ en tant que premier assistant en anesthésie qui exécuterait les gestions cliniques et techniques anesthésiques complémentaires lors de l'anesthésie générale d'un patient.

5.4.3. Des activités partagées, habituellement attribuées à une autre profession

Dans le mémoire déposé par l'Ordre des inhalothérapeutes à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, l'Ordre présente la possibilité qu'un anesthésiste soit responsable simultanément de deux salles d'opération, dont chacune serait attribuée à un inhalothérapeute. Dans ce contexte, on peut se demander quels seraient les actes posés par l'inhalothérapeute en tant qu'assistant en anesthésie. L'attribution d'activités habituellement réservées à l'anesthésiste exige un travail de collaboration entre l'Ordre des inhalothérapeutes et le Collège des médecins afin de déterminer les limites de ce volet de pratique avancée en inhalothérapie.

5.4.4. Des conditions particulières à la pratique de l'assistance anesthésique

Une formation doit être prévue, de concert avec l'Ordre des inhalothérapeutes et le Collège des médecins, pour permettre l'acquisition de connaissances additionnelles à celles qui sont offertes actuellement dans le cadre du programme de formation de base en inhalothérapie.

²⁶ « L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel – Mise à jour de la définition de l'exercice de la médecine et Proposition d'un modèle de partage des activités professionnelles dans le secteur de la santé et des relations humaines », énoncé de position du Collège des médecins du Québec, avril 2001, p. 22.

6. Le Collège des médecins du Québec

6.1. Le résultat final

6.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

6.1.2. *Les activités réservées*

- Diagnostiquer les maladies.
- Prescrire les examens diagnostiques.
- Déterminer le traitement médical.
- Prescrire les médicaments et les autres substances.
- Prescrire les traitements.
- Prescrire les appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.
- Utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques.
- Pratiquer les accouchements.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques.
- Effectuer les suivis de grossesse à risque.
- Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.

6.1.3. Proposition relative à de la formation continue

Concernant le recours à des mesures exceptionnelles comme la contention et l'isolement, le Groupe de travail recommande :

- que les professionnels qui sont appelés à décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement soient tenus de participer à des activités de formation continue.

6.2. La conformité aux critères retenus

6.2.1. La définition du champ de pratique

Le Groupe de travail a retenu une description du champ de pratique de la médecine qui :

- décrit adéquatement le champ d'action occupé par les médecins dans toutes ses dimensions;
- reconnaît la prévention de la maladie comme étant un élément spécifique à cette profession;
- va dans le même sens que les définitions retenues dans les autres provinces canadiennes, notamment celles qui ont procédé récemment à des révisions législatives (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique).

6.2.2. Les activités réservées et les risques de préjudice

Le Groupe de travail reconnaît le rôle du médecin dans le cadre du modèle qu'il propose, confirme sa prépondérance à l'égard de la maladie et lui confère une expertise unique en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Il en a fait le seul professionnel habilité à diagnostiquer les maladies et à déterminer le plan de traitement. En effet, le médecin est le seul professionnel qui a été formé et qui détient les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain.

De plus, le médecin est présent dans toutes les activités du secteur de la santé que le Groupe de travail a jugé nécessaire de réserver à l'exception de la préparation et de la vente des médicaments.

6.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Le Groupe de travail a procédé à une transposition et à une actualisation du champ d'exercice de la médecine sans toutefois lui confier de nouveaux actes. Dès lors, il n'a pas jugé nécessaire de faire un exercice de vérification de la formation. En effet, aucun changement notable n'ayant été introduit dans les activités qui sont du ressort du médecin, il y a lieu de considérer que la formation acquise par ces derniers dans le cadre du doctorat de premier cycle leur permet d'exercer les activités réservées avec toute la compétence voulue.

Toutefois, étant donné le haut degré de préjudice relié à l'activité qui consiste à « décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement », le Groupe de travail considère que la formation de base en médecine devrait être enrichie afin de préparer plus spécifiquement les professionnels à décider de l'utilisation de ces mesures. De plus, une formation continue devra être suivie par les médecins afin de conserver leurs compétences et leurs connaissances à jour, en cette matière.

6.2.4. *La profession hors Québec*

Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de médecin et il s'agit d'une profession d'exercice exclusif. S'il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes, il est cependant possible de conclure que les médecins sont généralement associés au diagnostic de toutes formes de maladies, qu'elles soient physiques ou mentales, au traitement de celles-ci, à la prescription de médicaments, aux interventions chirurgicales et à la pratique des accouchements. Dans les provinces qui ont ou s'apprêtent à procéder à des modifications du cadre législatif ou réglementaire fondées sur une liste d'actes réservés, les médecins se voient généralement confier la très grande majorité de ceux-ci. Par exemple, en Ontario, les médecins se sont vus confier douze des treize catégories d'actes autorisés.

6.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

**6.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre*
(2 mai 2001)**

6.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la médecine consiste à diagnostiquer et à traiter la maladie, à effectuer le suivi de grossesse et à pratiquer l'accouchement dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou de prodiguer les soins palliatifs. »

6.3.1.2. *Les activités réservées*

- Diagnostiquer la maladie et notamment effectuer les évaluations suivantes :
 - évaluer la condition physique et mentale d'une personne;
 - évaluer les troubles de l'audition, de la parole, du langage et de la voix;
 - évaluer la fonction musculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.
- Prescrire :
 - des analyses, des tests ou des examens à des fins diagnostiques;
 - des médicaments;
 - des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices;
 - des prothèses et des appareils suppléant à une déficience physique.
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices notamment :
 - administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, ou d'autres substances*;
 - introduire un corps étranger (tube, sonde, cathéter, canule, doigt ou main) :
 - au-delà du conduit auditif externe, du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'anus;
 - dans une ouverture artificielle du corps.
 - utiliser des radiations ionisantes, des ultrasons et d'autres formes d'énergie;
 - effectuer de l'assistance ventilatoire;
 - procéder à l'anesthésie;
 - pratiquer une intervention sous le derme, sous une muqueuse ou sous la cornée;

- pratiquer des accouchements;
- faire des prélèvements et des phlébotomies thérapeutiques;
- réduire des fractures;
- procéder à des manipulations vertébrales et articulaires;
- déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie de traitement appropriée;
- pratiquer des tests de provocation d'allergie qui sont susceptibles d'entraîner une réaction de type anaphylactique;
- Exercer une surveillance clinique de la condition de personnes dont l'état de santé présente des risques. Il s'agit entre autres de :
 - surveiller la thérapie médicamenteuse;
 - surveiller l'état nutritionnel des personnes lorsque la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie;
 - surveiller les personnes sous anesthésie ou sous sédation-analgésie ainsi qu'en assistance ventilatoire;
 - surveiller les signes neurologiques, les réactions secondaires ou allergiques aux médicaments et aux traitements;
 - effectuer le suivi de grossesse.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament.

6.3.2. *Résultat des échanges avec le Collège*

Le Groupe de travail a rencontré le Collège à deux reprises, les 2 et 16 mai 2001. Entre les deux rencontres, il a retravaillé et formulé une seconde proposition qui tient compte du modèle développé par le Collège des médecins dans son document²⁷ et des réactions suscitées par la version initiale.

6.3.2.1. *Le champ de pratique*

Dans son énoncé de proposition, le Collège suggérait le libellé suivant :

«constitue l'exercice de la médecine toute activité qui a pour objet de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, d'évaluer, de diagnostiquer et de traiter toute déficience de la santé de l'être humain ».

²⁷ « L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel », *op. cit.*, 32 p.

Chapitre 8

De plus, lors d'une rencontre, le Collège a fait remarquer que la promotion de la santé et la prévention de la maladie n'apparaissent pas dans la définition du champ de la pratique de la médecine proposée par le Groupe de travail.

Le Groupe de travail a tenu compte des commentaires et de la proposition du Collège. Il a retenu l'expression proposée par le Collège soit, « toute déficience de la santé de l'être humain » et a procédé à certains ajouts ou retraits :

- l'évaluation de l'état de santé préalablement au diagnostic est devenue une activité réservée; le Groupe de travail a pris en considération le processus d'élaboration du diagnostic et son étendue dans le temps, et a jugé important de nommer l'étape préalable qui consiste à évaluer toute déficience de la santé de l'être humain;
- le suivi de grossesse et la pratique de l'accouchement se sont également inscrits comme activité réservée et n'apparaissent plus au champ de pratique;
- la prévention de la maladie a été ajoutée dans le champ de la médecine parce qu'elle est spécifique, entre autres, à cette profession. De plus, la prévention fait l'objet d'une spécialité médicale, soit la « santé communautaire ».

Quant à la promotion de la santé, cet élément n'a pas été ajouté car il se situe dans la zone commune aux professions de la santé; aucun des champs ne comprend cet élément.

À la rencontre du 16 mai, le Groupe de travail a donc présenté la proposition de libellé suivant :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer, à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter la maladie dans le but de maintenir la santé, de la rétablir, ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

À la suite de la présentation d'une proposition amendée, les réactions du Collège des médecins sont à l'effet de modifier l'expression « la maladie » pour « les maladies ». Le Collège des médecins s'interroge sur la présence des soins palliatifs dans le champ de pratique de la médecine. Pour lui, les soins palliatifs font partie du traitement, c'est une forme de contrôle de la maladie, d'accompagnement thérapeutique. Le Groupe de travail accepte de retirer cette mention. Toutefois, il considère important de spécifier que ces soins font partie de l'exercice de la médecine.

Chapitre 8

Quant à la promotion de la santé, le Groupe de travail a retenu la suggestion du Collège et décide de l'introduire dans le champ de pratique.

Le Groupe de travail retient donc le libellé suivant :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer, à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de promouvoir, de maintenir la santé et de la rétablir. »

6.3.2.2. *Les activités réservées*

Le Groupe de travail a tenu compte des commentaires du Collège des médecins émis lors de la rencontre du 2 mai ainsi que du modèle développé par le Collège dans son énoncé de proposition.

Au moment de la rencontre, le Collège émet des réticences quant à l'énumération des objets qui peuvent être introduits dans le corps humain, ainsi qu'à la mention des différents orifices de celui-ci.

Dans son énoncé de proposition, le Collège a prévu que les activités suivantes devraient être réservées aux médecins (à l'intérieur du domaine de la médecine) :

- la prescription d'examens diagnostiques;
- le diagnostic des maladies;
- la détermination du traitement médical;
- les interventions diagnostiques thérapeutiques ou esthétiques à risque de préjudice;
- la prescription de médicaments et de produits biologiques réglementés;
- la pratique des accouchements.

Le Groupe de travail a pris en considération la proposition du Collège et retenu un certain nombre d'éléments :

- en concordance avec le champ de pratique, le diagnostic des maladies est précédé de l'évaluation de l'état de santé;
- « la détermination du traitement » s'ajoute à la liste d'activités réservées aux médecins car le Groupe de travail abonde dans le même sens que le Collège en ce qui concerne l'importance de cette activité; le médecin possède une expertise unique dans le domaine du

Chapitre 8

diagnostic et du traitement, il en est l'expert; il va donc de soi que ces activités lui soit spécifiquement réservées;

- l'expression « prescription d'examens diagnostiques » est également retenue par le Groupe de travail; elle s'avère plus précise et descriptive de l'activité exercée par le médecin que la « prescription d'analyses » proposée initialement;
- la pratique de l'accouchement comme étant une activité réservée aux médecins, plutôt que de la placer dans le champ descriptif; de plus, le Groupe de travail a jugé bon de préciser davantage en ajoutant le suivi de grossesse.

En ce qui concerne les autres activités énumérées par le Collège, elles concordaient avec la liste établie par le Groupe de travail lors de sa proposition du 2 mai : le diagnostic des maladies, l'utilisation de techniques ou application de traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices (les interventions esthétiques sont incluses à cet item, sans qu'il soit nécessaire de les nommer), la prescription de médicaments (le vocable « médicament » inclut les produits biologiques, par exemple, les vaccins, le plasma, les facteurs de coagulation).

Par conséquent, lors de la rencontre du 16 mai, le Groupe de travail propose au Collège les activités réservées suivantes :

- Évaluer l'état de santé et diagnostiquer la maladie.
- Déterminer le traitement médical.
- Prescrire des examens diagnostiques, des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments*, des traitements et des appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament.
- Effectuer les suivis de grossesse et pratiquer des accouchements.
- Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement.

Lors de la deuxième rencontre avec le Collège en date du 16 mai, les demandes concernant chacune des activités proposées et les modifications que le Groupe de travail acceptent de prendre en compte sont les suivantes :

Chapitre 8

- Évaluer l'état de santé et diagnostiquer la maladie.
Le Collège des médecins demande de scinder les activités d'évaluation et de diagnostic.
Le Groupe de travail retient cette suggestion.
- Déterminer le traitement médical.
Aucune modification n'est demandée par rapport à cette activité.
- Prescrire des examens diagnostiques, des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments*, des traitements et des appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.
Le Collège des médecins propose de scinder les différents éléments relatifs à la prescription en autant d'activités. Le Groupe de travail retient cette suggestion.
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices.
Le Collège des médecins identifie trois catégories d'intervention à caractère invasif ou présentant un risque de préjudice : les interventions diagnostiques, thérapeutiques et esthétiques. Le Collège des médecins tient à ce que l'on ajoute de façon spécifique l'intervention esthétique parce qu'elle ne fait partie ni de l'intervention diagnostique, ni de l'intervention thérapeutique. Le Groupe de travail reconnaît l'importance de tenir compte de cette distinction.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques.
Le Collège des médecins demande des explications concernant l'expression « dont l'état de santé présente des risques ». Le Groupe de travail considère la surveillance clinique comme la présence du professionnel au chevet d'un malade dont l'état le justifie. Le Collège des médecins demande de spécifier qu'il s'agit de personnes malades. Le Groupe de travail est en accord avec cette précision.
- Effectuer les suivis de grossesse et pratiquer des accouchements.
Le Groupe de travail informe le Collège des médecins qu'il sera précisé que la réserve de cette activité, en ce qui concerne les médecins, s'appliquera aux grossesses à risque. Le

Chapitre 8

Collège des médecins suggère de scinder l'activité du suivi de grossesse à risque et de la pratique de l'accouchement, afin que le qualificatif à risque ne soit pas associé à la pratique de l'accouchement, le médecin pratiquant tous les types d'accouchement. Le Groupe de travail accepte cette proposition.

- Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement.

Aucun commentaire n'est apporté par le Collège des médecins, concernant cette activité.

Le Groupe de travail recommande donc que les médecins se voient réserver les activités suivantes :

- Diagnostiquer les maladies.
- Évaluer l'état de santé.
- Prescrire des examens diagnostiques.
- Prescrire des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et les modalités de vente de médicaments*.
- Prescrire des traitements.
- Prescrire des appareils supplant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.
- Déterminer le traitement médical.
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudices, incluant les interventions esthétiques.
- Pratiquer des accouchements.
- Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques.
- Effectuer les suivis de grossesse à risque (ce qui n'exclut pas le suivi de la grossesse normale).

6.3.3. *Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble*

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohé-

rence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

6.3.3.1. Le champ de pratique

La promotion de la santé tant auprès des individus, des familles que des collectivités concerne tous les professionnels du secteur de santé. Cette activité se retrouve dans le champ descriptif de la médecine à titre de mission commune à toutes les professions de la santé.

6.3.3.2. Les activités réservées

L'évaluation de l'état de santé a été retirée de l'énumération des activités réservées car, après examen, les membres du Groupe de travail considèrent qu'elle est une étape nécessaire dans l'activité de diagnostiquer la maladie. Le diagnostic implique une évaluation de l'état de santé toutefois, il est plus global.

Le libellé des activités a été modifié pour englober l'ensemble des éléments que le médecin prescrit, y compris les autres substances. En effet, ceux-ci prescrivent les traitements, les médicaments, les substances, les tests et les examens diagnostiques, ainsi que les appareils qui seront administrés ou ajustés par les autres professionnels.

7. L'Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec

7.1. Le résultat final

7.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de l'audiologie et de l'orthophonie consiste à évaluer les fonctions de l'audition et du langage, incluant la voix et la parole, à déterminer un plan de traitement et d'intervention, à en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

7.1.2. *Les activités réservées*

- À l'audiologiste :
 - Évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audiolgique.
 - Prescrire une aide auditive.
 - Ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolgique.
- À l'orthophoniste :
 - Évaluer les troubles du langage, incluant ceux de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique.
 - Prescrire un système alternatif et compensatoire à la communication.

7.2. La conformité aux critères retenus

7.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de l'orthophoniste et de l'audiologiste qui :

- reconnaît la juste contribution de ces professionnels en matière d'évaluation des fonctions de l'audition et du langage;
- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est en harmonie avec les définitions des autres provinces.

7.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail a retenu deux activités réservées à confier aux orthophonistes et trois aux audiologistes. Ces activités comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont complexes (l'évaluation implique une mise en relation de plusieurs éléments et un jugement clinique);
- elles impliquent un haut degré de technicité (l'ajustement des aides auditives);
- elles sont susceptibles d'entraîner une perte sur le plan financier (la prescription permet à la personne d'obtenir le remboursement d'appareils via un programme gouvernemental, l'évaluation du besoin et la pertinence de la prescription comportent un enjeu financier tant pour la personne que pour l'État).

7.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Au terme de l'analyse des programmes de formation de base (baccalauréat) et de formation avancée (maîtrise) et de l'analyse des informations concernant la formation continue, il apparaît que les orthophonistes et les audiologistes possèdent toutes les compétences nécessaires à l'exercice des activités professionnelles qui feront l'objet d'une réserve.

7.2.4. *La profession hors Québec*

Trois provinces ont une loi encadrant les professions d'orthophonistes et d'audiologistes et deux autres provinces ont des projets. Les définitions ne varient pas énormément d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de l'évaluation de la fonction auditive ou de la parole et de la prévention ou du traitement des troubles auditifs ou de la parole en vue de développer, maintenir, accroître ou restaurer les fonctions auditives, de la communication ou orales. La définition retenue par le Groupe de travail va dans le même sens.

En Ontario, les audiologistes sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer un des actes réservés dans cette loi, c'est-à-dire la prescription d'appareils auditifs aux personnes malentendantes. En Colombie-Britannique, selon les recommandations du Health Professions Council, les orthophonistes et les audiologistes auront droit de poser un diagnostic et les audiologistes pourront aussi poser d'autres actes réservés tels l'introduction d'un instrument dans le canal externe de l'oreille et la prescription d'appareils auditifs. Le Groupe de travail a retenu des activités réservées qui sont semblables à celles des provinces ayant adopté une approche fondée sur les actes réservés.

7.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et la détermination des activités réservées

7.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (6 juin 2001)*

7.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de l'orthophonie et de l'audiologie consiste à évaluer les troubles de la voix, de la parole, du langage et de l'audition, à déterminer le plan de traitement, à en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication. »

7.3.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer les troubles de l'audition, de la parole, du langage et de la voix dans le but d'établir un plan d'intervention audiologique ou orthophonique.
- Prescrire une aide auditive ou un système alternatif et compensatoire à la communication.

7.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes à deux reprises, les 6 et 18 juin 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation²⁸ que celui-ci lui a fait parvenir et des réactions suscitées par la proposition initiale.

7.3.2.1. *Le champ de pratique*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a indiqué qu'il jugeait la proposition intéressante car elle s'applique dans les différents secteurs de pratique des orthophonistes et des audiologistes soit le scolaire, la santé et le privé. Il a cependant porté à l'attention du Groupe de travail un certain nombre de préoccupations :

- l'absence des termes « diagnostic » et « prescription de traitement » du champ de l'orthophonie et de l'audiologie, concept qui est régulièrement présent et utilisé dans ce domaine;
- la signification de l'expression « mise en œuvre du plan de traitement »;

²⁸ « Commentaires sur la fiche synthèse de l'Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec et enrichissement », OPOAQ, avril 2001, 39 p.

Chapitre 8

- l'uniformisation de l'utilisation des expressions en raison de la mention du « plan de traitement » dans le champ et de celle de « plan d'intervention » dans les activités réservées;
- l'importance de voir apparaître une mention quant à la dysphagie.

Le Groupe de travail apporte les précisions suivantes à l'Ordre en regard de la définition proposée. Le diagnostic est absent du champ de l'orthophonie et de l'audiologie car l'exercice de cette activité est réservée au médecin. Ce dernier possède les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain. Plusieurs autres professionnels de la santé se partagent cependant l'évaluation en fonction de leur champ respectif.

Quant à la mise en œuvre du plan de traitement, elle implique que le professionnel prend les moyens pour que le plan de traitement se réalise. Par exemple, cela peut vouloir dire qu'une partie du plan de traitement est réalisée par un autre professionnel; le professionnel qui a déterminé le plan de traitement en demeure responsable, il s'assure que l'activité a été accomplie correctement. Toutefois, lorsque le patient est transféré à un autre professionnel, il y a également transfert de la responsabilité. L'identification d'un tiers intervenant fait également partie de la détermination du plan d'intervention.

À l'égard de l'uniformisation des expressions utilisées dans la définition du champ et pour identifier l'activité réservée, le Groupe de travail retient la suggestion de l'Ordre et emploiera l'expression « plan d'intervention » qui s'avère plus appropriée, entre autres dans le secteur scolaire.

Si la prescription du traitement pour les orthophonistes et les audiologistes est un élément important, le Groupe de travail considère qu'elle est implicitement incluse dans la détermination et la mise en œuvre du plan d'intervention, incluant le choix des moyens pour le réaliser ainsi que, s'il y a lieu, l'identification de la contribution des autres intervenants. Il maintient donc sa proposition et ne fera pas référence à la prescription car il croit que la détermination du plan d'intervention constitue un moyen souple de conserver le contrôle sur le traitement.

Quant à la dysphagie, elle ne sera pas ajoutée au champ, car l'investigation et le traitement de ce symptôme s'intègrent à l'activité d'évaluation et de traitement en général, ce qui n'exclut pas la participation de plusieurs intervenants dans le cadre de leur champ respectif. Dès lors, le Groupe de travail ne l'exclut pas du champ de l'orthophonie, mais il ne souhaite pas en faire

Chapitre 8

mention nommément au champ d'aucune profession ou encore attribuer ce traitement à une profession en particulier. De plus, le Groupe s'est donné comme règle que la majorité des membres doivent exercer une activité pour qu'elle puisse être réservée. Or, seulement une centaine d'orthophonistes exercent dans ce secteur particulier.

Le Groupe de travail a donc retenu le libellé suivant et l'a soumis lors de la deuxième rencontre :

« L'exercice de l'orthophonie et de l'audiologie consiste à évaluer les troubles du langage, comprenant ceux de la voix et de la parole, et de l'audition, à déterminer le plan d'intervention, à en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication. »

Lors de cette rencontre, l'Ordre a rappelé le contenu de ses commentaires écrits acheminés au Groupe. Il insiste sur l'importance d'indiquer, tant dans le champ que dans les activités, que le professionnel détermine le plan de traitement et d'intervention. Selon l'Ordre, un plan de traitement réfère davantage à une pathologie et est une terminologie employée dans le réseau de la santé alors que le plan d'intervention a une connotation différente, réfère plutôt à une difficulté et représente un concept issu du milieu de l'éducation. En outre, les audiologistes sont plus familiers avec l'expression « plan de traitement » alors que les orthophonistes sont à l'aise avec l'expression « plan d'intervention ».

L'Ordre revient sur son souhait d'ajouter la déglutition, tant dans le champ que dans les activités. Il indique qu'il a bien saisi que le Groupe de travail n'entend pas faire de l'intervention en dysphagie une activité réservée. Il a donc révisé sa demande initiale et inclut plutôt la déglutition. Un certain nombre d'orthophonistes travaillent auprès des personnes qui sont atteintes de troubles de déglutition. Dans l'exercice de sa profession, l'orthophoniste est appelé sur une base régulière à réaliser des évaluations du fonctionnement de la parole, ce qui l'amène à examiner le fonctionnement de la langue et notamment de la propulsion linguale. Plusieurs troubles de la parole sont associés à une problématique de propulsion ou de protrusion linguale, tel qu'on le constate, entre autres, très souvent dans les cas de sigmatismes. La rééducation du trouble de la parole exige souvent une rééducation préalable, ou concomitante, de la propulsion linguale. En ce sens, l'Ordre croit que l'on devrait également réserver l'acte de l'évaluation de la déglutition aux orthophonistes.

Chapitre 8

En réponse aux échanges qui ont eu lieu avec l'Ordre le 6 juin, le Groupe de travail a apporté des modifications au champ. En effet, il a harmonisé la terminologie et remplacé l'expression « plan de traitement » par « plan d'intervention ». Au moment de la reformulation, il ne savait pas que l'Ordre souhaitait voir apparaître les deux expressions. La question sera soumise au Groupe de travail.

D'autre part, le Groupe de travail n'entend pas donner suite à la demande de l'Ordre d'inclure la déglutition. En se référant à la « Classification québécoise — Processus de production du handicap », il apparaît que la déglutition et ses problèmes sont associés aux aptitudes reliées à la digestion et définis de la manière suivante : aptitude à faire passer le bol alimentaire de l'œsophage à l'estomac. Si certains orthophonistes ont développé une expertise particulière à cet égard, en raison de la nature du milieu dans lequel ils exercent, il n'y a pas lieu de restreindre leur contribution. Par ailleurs, d'autres professionnels, les diététistes et les ergothérapeutes par exemple, interviennent également auprès des personnes qui souffrent de troubles de déglutition. En outre, et l'Ordre partage cette opinion même s'il conteste la justesse de la définition de la déglutition qui apparaît à CIDIH, le libellé proposé n'empêche pas les orthophonistes d'agir auprès de clientèles qui souffrent de troubles de la déglutition, dans la perspective d'une intervention en matière de troubles de la voix ou du langage.

La formulation du champ est donc maintenue.

7.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la première rencontre l'Ordre a indiqué qu'il souhaitait séparer les activités réservées aux orthophonistes et aux audiologistes. L'Ordre a demandé également que soit réservée à l'orthophoniste l'évaluation des troubles de la déglutition et a évoqué la possibilité d'inclure aux activités réservées l'introduction d'un instrument dans la bouche et dans l'oreille. Il a également demandé des modifications au libellé des activités relatives à l'évaluation en remplaçant « établir » par « déterminer ».

Une deuxième rencontre a permis au Groupe de travail d'apporter des modifications aux activités réservées et de proposer la formulation suivante :

- Évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan d'intervention audiolinguistique.

Chapitre 8

- Évaluer les troubles du langage, incluant ceux de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan d'intervention orthophonique.
- Prescrire une aide auditive.
- Prescrire un système alternatif et compensatoire à la communication.

Lors des échanges subséquents, l'Ordre a demandé que soit ajoutée une activité qui lui permette d'introduire un corps étranger « dans les voies aériennes supérieures sans aller au-delà du larynx » et « dans le conduit auditif externe sans aller au-delà du tympan ». De plus, l'Ordre a demandé que l'ajustement des aides auditives soit réservé aux audiologistes, dans le cours d'une intervention audiolgogique. Il fait référence au fait que l'ajustement d'une prothèse est nécessaire dans le cas des problématiques liées à la suramplification auditive ou encore dans le cadre des opérations d'évaluation, d'intervention et de traitement entourant l'implant cochléaire.

Concernant les activités à caractère invasif, le Groupe de travail a effectivement prévu de réserver l'introduction d'instrument dans certains orifices du corps humain. À ce jour, en relation avec le champ de l'orthophonie et de l'audiologie, deux orifices sont concernés, la bouche et les oreilles. Or, le Groupe de travail a libellé comme suit les activités qui concernent ces deux parties du corps humain :

« introduire un instrument dans le corps humain :

- au-delà du larynx;
- au-delà du conduit auditif externe. ».

Telles que libellées, ces activités n'empêcheraient pas l'orthophoniste ou l'audiologiste d'intervenir. Le premier pour réaliser ses examens des structures oropharyngées et le second pour extraire les bouchons de cérumen de manière à pouvoir réaliser les tests audiométriques. Les membres du Groupe de travail se sont cependant interrogés sur l'utilisation possible de médicaments pour effectuer un lavage d'oreilles. S'il s'agit de médicaments en vente libre, ce qui est le cas du Cerumenex, aucune restriction n'est imposée puisque seuls les médicaments sur ordonnance sont couverts par les nouvelles dispositions. Pour le Groupe de travail, le lavage d'oreilles constitue une activité non réservée et elle peut être exécutée par une audiologiste préalablement à une évaluation.

En ce qui concerne l'ajout de l'ajustement des aides auditives, cette demande ayant été présentée postérieurement à la rencontre du Groupe de travail, celui-ci n'a pu la traiter mais elle sera considérée dans une étape ultérieure.

Le libellé proposé est donc maintenu.

7.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Le Groupe de travail a également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

Après avoir examiné les nouvelles demandes présentées par l'Ordre et s'être assuré de la cohérence, de la justesse, de la pertinence et de la conformité aux critères, le Groupe de travail a apporté les modifications suivantes au champ de pratique et aux activités réservées :

7.3.3.1. Le champ de pratique

Le Groupe de travail :

- a tenu compte des arguments de l'Ordre et a retenu l'expression « déterminer le plan de traitement et d'intervention »;
- a remplacé l'expression « évaluer les troubles de l'audition et du langage » pour « évaluer les fonctions de l'audition et du langage ». L'évaluation de la fonction apparaît plus repré-

Chapitre 8

sentative de la pratique des audiologistes et des orthophonistes, elle inclut l'évaluation des troubles.

7.3.3.2. *Les activités réservées*

Le Groupe de travail a ajouté :

- l'expression « plan de traitement et d'intervention » à l'activité d'évaluation, en concordance avec le champ;
- l'ajustement d'une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolinguistique. En effet, dans un souci d'efficacité, il y a lieu de doter l'audiologiste des moyens requis pour lui permettre de procéder à une évaluation adéquate; si un ajustement de prothèse est nécessaire, il doit pouvoir être effectué par celui-ci afin de lui permettre de compléter son intervention.

8. L'Ordre professionnel des pharmaciens du Québec

8.1. Le résultat final

8.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la pharmacie consiste à donner des conseils sur un usage efficace et approprié des médicaments afin notamment de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

8.1.2. *Les activités réservées*

- Émettre une opinion pharmaceutique.
- Préparer des médicaments.
- Vendre des médicaments conformément aux dispositions du *Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*.
- Surveiller la thérapie médicamenteuse.
- Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance.

Sous réserve que le professionnel ait reçu une formation particulière et se soit vu délivrer une attestation à cet effet par l'Ordre des pharmaciens :

- Prescrire la contraception orale d'urgence.²⁹

8.2. La conformité aux critères retenus

8.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de la pharmacie qui :

- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels de la pharmacie;

- tient compte du rôle accru du pharmacien;
- permet l'évolution de la profession;
- place au premier plan l'acte pharmaceutique qui consiste à conseiller le patient.

8.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Les activités que le Groupe de travail a décidé de réserver au pharmacien s'inscrivent généralement dans la continuité de la loi actuelle. En outre, elles comportent plusieurs des caractéristiques contenues dans la grille d'analyse des risques de préjudice :

- elles font appel à de la médication;
- elles présentent un caractère irrémédiable;
- elles sont complexes (émettre une opinion pharmaceutique, surveiller la thérapie médicamenteuse, préparer des médicaments);
- elles sont contre-indiquées dans certaines situations (prescrire la contraception orale d'urgence);
- elles sont susceptibles de causer le décès.

8.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Le Groupe de travail a procédé à une analyse de la formation offerte aux pharmaciens, notamment en regard des activités réservées qu'il entend ajouter à celles qu'exerce déjà le pharmacien en vertu de la loi actuelle. Il en est venu à la conclusion que les pharmaciens possèdent la formation requise pour exercer avec compétence les activités de surveillance et d'ajustement de la thérapie médicamenteuse.

Par ailleurs, en ce qui concerne la prescription de certains médicaments, il y a lieu de mentionner qu'il existe présentement un règlement à l'effet que les pharmaciens peuvent prescrire un médicament aux fins de contraception orale d'urgence. Actuellement, il n'existe pas de cours traitant de la prescription de médicaments au niveau du baccalauréat en pharmacie. Le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins* indique clairement que ceux qui voudront prescrire la contraception orale d'urgence devront être titulaires d'une attestation délivrée par l'Ordre des pharmaciens à l'effet qu'ils ont réussi les activités de formation déterminées par un règlement

²⁹ La prescription de la contraception orale d'urgence a récemment été autorisée aux pharmaciens.

du Bureau de l'Ordre. Étant donné que le Groupe de travail entend faire de la prescription de la contraception orale d'urgence, une activité professionnelle réservée aux pharmaciens, il introduit les mêmes conditions que celles prévues au règlement ci-haut mentionné soit :

- la formation continue obligatoire pour la prescription de médicaments aux fins de la contraception orale d'urgence;
- et
- l'attestation émise par l'Ordre à l'effet que le programme de formation a été suivi et réussi.

8.2.4. *La profession hors Québec*

Toutes les provinces et territoires canadiens ont une loi encadrant la profession de pharmacien et partout, il s'agit d'une profession d'exercice exclusif. Les activités réservées aux pharmaciens sont harmonisées avec la législation des autres provinces canadiennes. Toutefois, les recommandations du Groupe de travail reconnaissent un rôle accru au pharmacien en matière de conseils, de suivi et de thérapie médicamenteuse, volet qui n'apparaît pas dans les autres législations.

8.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et la détermination des activités réservées

8.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (6 juin 2001)*

8.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la pharmacie consiste à préparer, à conserver et à remettre des médicaments, à conseiller sur un usage efficace et approprié, notamment afin de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques dans le but de maintenir et de rétablir la santé. »

8.3.1.2. *Les activités réservées*

- Préparer des médicaments.
- Remettre, contre rémunération ou non, les médicaments conformément aux dispositions du *Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*.
- Transmettre les renseignements sur l'usage des médicaments inscrits au Règlement.
- Surveiller la thérapie médicamenteuse.
- Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance ou un protocole.
- Prescrire des médicaments, selon une liste établie.³⁰

8.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 6 et 18 juin 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation³¹ que celui-ci lui a remise et des réactions suscitées par la proposition initiale.

8.3.2.1. *Le champ de pratique*

Dans le document³² déposé lors de la rencontre du 6 juin devant le Groupe de travail, l'Ordre a présenté sa vision de la profession de pharmacien. Ce dernier aura à jouer un rôle accru auprès

³⁰ La prescription de la contraception orale d'urgence a été récemment autorisée aux pharmaciens.

³¹ « *L'exercice de la pharmacie au Québec – La nécessaire adaptation aux nouvelles réalités du XXI^e siècle* », mémoire présenté par l'Ordre des pharmaciens du Québec, juin 2001, 40 p.

³² *Op. cit.*

Chapitre 8

du client et l'acte pharmaceutique sera davantage centré sur le patient, le médicament étant l'outil du pharmacien et non plus le centre de sa pratique.

Le Groupe de travail a tenu compte de la vision de l'Ordre dans l'exercice de définition du champ de pratique. Par conséquent, il a jugé utile d'inverser l'énoncé du champ pour le faire débiter par le rôle conseil du pharmacien et de réviser en conséquence la définition initiale.

Le Groupe de travail a donc retenu le libellé suivant et l'a soumis lors de la deuxième rencontre :

« L'exercice de la pharmacie consiste à conseiller sur un usage efficace et approprié des médicaments, notamment afin de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir et de rétablir la santé. »

L'Ordre s'est alors dit en accord avec la proposition et indique qu'il considère que le Groupe de travail a bien cerné la contribution que peut apporter la profession.

8.3.2.2. Les activités réservées

À la suite de la première présentation, l'Ordre a tenu à obtenir certaines précisions ou à faire part de préoccupations. L'activité qui consiste à transmettre les renseignements sur l'usage des médicaments inscrits au Règlement comprend-elle également les médicaments visés à l'annexe II et III du *Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments* ? En ce qui concerne la surveillance de la thérapie médicamenteuse, l'Ordre considère que pour assumer pleinement cette activité, le pharmacien doit avoir accès aux résultats ou à la réquisition d'examen de biologie médicale et avoir la possibilité de procéder à certains éléments de l'examen physique. Il s'est également interrogé sur l'absence de la notion de vente des médicaments dans le champ et dans les activités. Il veut s'assurer que l'on a évalué les impacts de cette modification par rapport au libellé du champ de pratique dans la *Loi sur la pharmacie* présentement en vigueur.

Le Groupe de travail entend reconduire les responsabilités que le législateur a confiées au pharmacien en vertu du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, particulièrement ceux visés à l'annexe I de ce règlement. Le pharmacien a la responsabilité de

transmettre des renseignements à l'égard de tous les médicaments visés au Règlement, que ceux-ci soient sous ordonnance ou non.

En ce qui concerne le recours à des examens de biologie médicale, le Groupe de travail ne peut acquiescer que partiellement à la demande de l'Ordre. Dans un souci d'efficacité et de limitation des coûts liés à la réalisation de tels tests, il ne peut permettre aux pharmaciens de les prescrire. Toutefois, le Groupe de travail croit qu'il est important que le pharmacien ait accès aux résultats des examens diagnostiques. L'accès aux résultats des examens de biologie médicale constitue un bel exemple de collaboration interdisciplinaire. Au-delà des considérations reliées à la réglementation professionnelle, il s'agit donc d'une question d'attitude. À cet effet, il souhaite que s'instaure une dynamique d'interdisciplinarité qui fasse en sorte que chacun mette à la disposition des autres professionnels d'une équipe soignante, non seulement ses connaissances et ses compétences, mais aussi l'information dont il dispose à l'égard d'une personne lorsque les renseignements sont susceptibles d'être utiles à cet autre intervenant.

En outre, pour le Groupe de travail, la contribution accrue du pharmacien aux activités thérapeutiques auprès de certaines clientèles devrait faire l'objet d'une discussion avec le Collège des médecins de manière à bien cerner le contexte et les conditions de cette pratique. On s'intéresse ici tant à l'accès ou au recours aux examens de biologie médicale qu'aux examens physiques, dans le cadre de l'utilisation des médicaments et des fenêtres thérapeutiques.

Concernant la vente de médicaments, le Groupe de travail a demandé une analyse juridique sur cet aspect particulier. Il a d'abord opté pour une formulation qui, tout en faisant référence à une transaction financière, ne stipule pas qu'il s'agit d'une vente. Le Groupe pourrait toutefois réviser sa proposition si cela s'avère pertinent.

Le Groupe de travail a jugé bon d'ajouter une activité réservée, soit l'émission d'une opinion pharmaceutique. Cette activité apparaît à l'article 60 c) du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*. Elle est décrite comme étant un avis motivé d'un pharmacien portant sur l'historique pharmacothérapeutique d'un bénéficiaire, dressé sous l'autorité d'un pharmacien ou portant sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur.

Le Groupe de travail a donc retenu les activités réservées suivantes :

- Émettre une opinion pharmaceutique.
- Préparer des médicaments.
- Remettre, contre rémunération ou non, les médicaments conformément aux dispositions du *Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*.
- Transmettre les renseignements sur l'usage des médicaments inscrits au *Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*.
- Surveiller la thérapie médicamenteuse.
- Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance ou un protocole.
- Prescrire des médicaments, selon une liste établie.³³

8.3.3. *Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble*

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

8.3.3.1. *Le champ de pratique*

Le Groupe de travail n'a pas apporté de changements significatifs au champ de pratique. Des modifications mineures visent à en harmoniser la forme avec celle qui est utilisée dans la définition des autres champs et à en améliorer le libellé.

³³ La prescription de la contraception orale d'urgence a été récemment autorisée aux pharmaciens.

8.3.3.2. Les activités réservées

Le Groupe de travail :

- a retiré le protocole comme condition d'exercice des activités réservées;³⁴
- a réintroduit l'expression « vendre des médicaments ». En effet, l'analyse juridique révèle qu'il est préférable de conserver cette expression. La *Loi sur la pharmacie* et la législation l'ayant précédée interdisent la vente de médicaments par d'autres personnes que des pharmaciens. Cette politique apparaît comme une mesure de protection du public qui garantit que cette activité tombe sous le contrôle de professionnels compétents. Dans toutes les provinces canadiennes, sauf l'Île-du-Prince-Edouard, la vente de médicaments fait expressément partie de l'exercice de la profession de pharmacien. Le règlement auquel est associée l'activité de remettre des médicaments porte sur les conditions et modalités de vente des médicaments, il réfère notamment à la *Loi sur les aliments et drogues* qui régit la vente d'aliments et de drogues. Un changement de vocabulaire pourrait rendre plus difficile la concordance avec la législation fédérale et avec le règlement susmentionné;
- a retiré l'activité qui consiste à transmettre les renseignements sur l'usage des médicaments. Cette activité fait partie du rôle de conseiller apparaissant en tête de liste dans la définition du champ de pratique du pharmacien.

De plus, le paragraphe 4° de l'article 9 et l'article 10 du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments* prévoient l'obligation du pharmacien de donner les renseignements appropriés concernant l'usage des médicaments;

- a réservé la prescription de la contraception orale d'urgence, afin de conserver les acquis permis par de récentes modifications réglementaires, à la condition d'avoir suivi la formation pertinente et obtenu l'attestation émise à cet effet par l'Ordre;
- a prévu un volet de pratique avancée de la pharmacie qui consiste à procéder aux ajustements posologiques.

³⁴ Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique.

8.4. La pratique avancée en pharmacie, en établissement ou en clinique spécialisée : l'ajustement posologique en fonction du monitoring pharmacothérapeutique

Le Groupe de travail considère la pratique avancée d'une profession comme un élément qui répond à des besoins émergents des milieux, qui donne lieu au partage d'activités habituellement attribuées à une autre profession, qui fait l'objet d'une entente interordres concernant les conditions reliées à la pratique avancée. C'est dans ce contexte que le Groupe de travail reconnaît aux pharmaciens la pratique de l'ajustement posologique en fonction du monitoring pharmacothérapeutique.

8.4.1. Le partage d'activités habituellement attribuées à une autre profession et une entente interordres concernant les conditions reliées à la pratique avancée

L'ajustement posologique en fonction du monitoring pharmacothérapeutique devra faire l'objet de discussions entre l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins afin de bien cerner les conditions d'exercice de cette activité par les pharmaciens. L'Ordre des pharmaciens définit le monitoring pharmacothérapeutique ainsi :

« Le monitoring pharmaceutique est l'ensemble des actions prises par le pharmacien afin de s'assurer que l'évolution du patient est compatible avec les objectifs thérapeutiques élaborés par le médecin traitant ou l'équipe de soins, que le patient tire le maximum du traitement médicamenteux et qu'il n'est victime d'aucune réaction indésirable. Le monitoring s'effectue par le biais d'une approche structurée incluant la mesure de certains paramètres biologiques et une communication étroite avec le patient. »³⁵

³⁵ « L'exercice de la pharmacie au Québec », *op. cit.*, p. 16.

9. L'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec

9.1. Le résultat final

9.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. »

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

9.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.
- Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique.
- Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus, à des fins thérapeutiques.
- Introduire un instrument dans le corps humain au-delà du larynx ou du point de rétrécissement normal des fosses nasales, pour procéder à des aspirations.
- Utiliser les formes d'énergie invasives à des fins d'évaluation et de traitement.
- Contribuer aux traitements reliés aux plaies.

Sous réserve que le professionnel ait reçu une formation particulière et se soit vu délivrer une attestation à cet effet par l'Ordre des physiothérapeutes :

- Utiliser des aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation, en complément avec l'utilisation d'autres moyens.
- Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires.

9.1.3. *Recommandations additionnelles*

Concernant la manipulation des aiguilles à insérer sous le derme pour atténuer l'inflammation, le Groupe de travail recommande :

- que la formation sur l'insertion d'aiguilles pour atténuer l'inflammation soit intégrée au programme de formation universitaire;
- que l'Ordre professionnel des physiothérapeutes élabore un programme de formation continue à l'intention des membres en conformité avec les dispositions du *Code des professions* notamment l'article 94 o);
- que cette formation continue obligatoire soit offerte aux membres actuellement en exercice ainsi qu'à ceux qui n'ont pas bénéficié de cette formation dans le cadre d'un programme de formation de base ou de formation continue.

Concernant les manipulations vertébrales et articulaires, le Groupe de travail recommande :

- que la formation sur les manipulations vertébrales et articulaires soit intégrée au programme de formation universitaire, après le baccalauréat.
- que les membres qui souhaitent utiliser cette méthode thérapeutique soient tenus de participer à des activités de formation continue et qu'ils se voient délivrer une attestation à cet effet;
- que l'Ordre utilise les dispositions du *Code des professions*, notamment l'article 94 o), pour rendre cette formation continue obligatoire.

9.2. La conformité aux critères reconnus

9.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de la physiothérapie qui :

- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est similaire aux définitions retenues dans les autres provinces canadiennes.

9.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail a retenu sept activités réservées à confier aux physiothérapeutes. Ces activités comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont complexes (l'évaluation implique une mise en relation de plusieurs éléments et un jugement clinique);
- elles sont invasives (introduction d'un instrument à des fins thérapeutiques);
- elles sont parfois contre-indiquées;
- elles comportent un potentiel d'abus physique ou sexuel;
- elles impliquent un haut degré de technicité (les manipulations vertébrales et articulaires);
- elles sont susceptibles d'entraîner une perte sur le plan financier (la prescription permet à la personne d'obtenir le remboursement d'appareils via un programme gouvernemental, l'évaluation du besoin et la pertinence de la prescription comportent un enjeu financier tant pour la personne que pour l'État);
- elles sont susceptibles de causer un dommage (l'insertion d'un corps étranger, l'utilisation des formes d'énergie invasives, les manipulations vertébrales et articulaires).

9.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Après avoir pris connaissance de la formation dispensée aux physiothérapeutes, les membres du Groupe de travail ont observé que, de manière générale, la formation théorique des physiothérapeutes est fortement axée sur l'anatomie descriptive et fonctionnelle des systèmes musculo-squelettique, neurologique et cardiorespiratoire de même que sur la physiologie et la pathologie. De plus, les trois programmes donnent abondamment l'occasion aux physiothérapeutes d'ajouter l'acquisition d'habiletés professionnelles grâce aux stages cliniques qui occupent une large place dans les trois cursus d'études.

De cet examen, ils ont conclu que ces professionnels étaient formés pour exercer la majorité des activités réservées. Ils ont toutefois constaté qu'à la fin de leurs études universitaires, les physiothérapeutes ne possèdent pas toute la compétence nécessaire à l'exercice de deux des activités professionnelles qui font l'objet d'une recommandation de réserve, soit « utiliser des aiguilles sous le derme » et « procéder à des manipulations vertébrales et articulaires ».

À l'égard de l'insertion d'aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation, les experts conviennent que les cours en anatomie et en physiologie des différents programme de physiothérapie constituent une base de connaissances pour acquérir les habiletés requises pour exercer une telle activité. Cependant, ils ont besoin de faire l'apprentissage de la modalité thérapeutique elle-même, à savoir la manipulation des aiguilles.

En ce qui concerne les manipulations vertébrales et articulaires, le Groupe de travail considère qu'il y a lieu de permettre aux physiothérapeutes, en lien avec la finalité de leur champ, d'utiliser ces méthodes thérapeutiques. Ceci afin de répondre aux besoins émergents, dus entre autres à la population vieillissante qui augmente le pourcentage des problèmes locomoteurs. Afin de rendre davantage accessible ce service à la population, les physiothérapeutes doivent pouvoir réaliser cette activité en partage avec les chiropraticiens et les médecins, chacun selon la finalité de leur champ respectif. Toutefois, le baccalauréat en physiothérapie ne prépare pas suffisamment ces professionnels à réaliser ce type d'intervention, elle devra donc faire l'objet d'une formation supplémentaire au baccalauréat.

9.2.4. La profession hors Québec

La profession de physiothérapeute est reconnue partout au Canada et la définition de la pratique de la physiothérapie ne varie pas énormément d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de l'évaluation, l'identification, le soulagement et la prévention de la douleur ou de dysfonctions physiques par certains traitements. Le Groupe de travail s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Les provinces canadiennes qui ont procédé à une révision de l'encadrement législatif des professions de la santé fondée sur un champ et des activités réservées ont confié (Ontario) ou envisagent de confier (Colombie-Britannique) des activités réservées aux physiothérapeutes. Parmi celles-ci, on retrouve principalement les manipulations, l'introduction d'un corps étranger, l'insertion d'aiguilles sous le derme pour le contrôle de la douleur et l'obtention du rendement fonctionnel optimal.

9.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et la détermination des activités réservées

9.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre* (4 avril 2001)

9.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les désordres, les déficiences de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculaire et squelettique, à identifier les incapacités, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. »

9.3.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer la fonction musculosquelettique d'une personne symptomatique.
- Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires.
- Introduire un corps étranger :
 - à des fins thérapeutiques
 - au-delà des grandes lèvres;
 - au-delà de la marge de l'an.
 - pour procéder à des aspirations
 - au-delà du larynx;
 - au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales.

9.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 4 et 19 avril 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation que celui-ci lui a fait parvenir et des réactions suscitées par la proposition initiale.

9.3.2.1. *Le champ de pratique*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a souligné l'absence du volet cardiorespiratoire dans la description du champ de la physiothérapie. Selon lui, il s'agit là d'une omission importante puisque de nombreux physiothérapeutes interviennent à ce niveau.

Chapitre 8

Dans un document qu'il a fait parvenir par la suite, l'Ordre a proposé un nouveau libellé pour le champ :

« L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardio-respiratoire, à élaborer le diagnostic en physiothérapie, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. »

Ainsi, quatre changements au champ de pratique seraient introduits :

- remplacer l'expression « désordres » par « incapacités », notamment en raison du fait que le terme désordres n'est généralement pas associé au secteur de la réadaptation;
- regrouper les termes « musculaire » et « squelettique » sous l'expression « musculosquelettique »;
- ajouter à la liste des systèmes le système cardiorespiratoire, notamment parce qu'il s'agit d'un secteur dans lequel les physiothérapeutes sont formés et qu'ils y pratiquent en grand nombre (20% des membres);
- remplacer l'expression « identifier les incapacités » par « élaborer un diagnostic » en raison du fait que le diagnostic en physiothérapie constitue l'aboutissement de l'évaluation et que, sans se substituer au diagnostic médical, il vient le préciser.

Le Groupe de travail a donné son accord à trois des quatre modifications demandées :

- il a remplacé le mot « désordres » par « incapacités »;
- il a regroupé musculaire et squelettique sous l'expression musculosquelettique;
- il a inclus le système cardiorespiratoire.

Cependant, il n'a pas donné suite à la demande de remplacer l'expression « identifier les incapacités » par le diagnostic en physiothérapie. Au contraire, il a éliminé toute référence à cet aspect de l'intervention car, selon lui, l'identification des incapacités est effectivement une des dimensions de l'évaluation et elle apparaît déjà dans le libellé retenu. De plus, le Groupe de travail a choisi de réserver le terme diagnostic aux seuls médecins pour les motifs exposés précédemment et a opté pour l'utilisation du terme évaluation pour les autres groupes. L'évaluation constitue une des catégories d'activités réservées, à savoir « l'évaluation de la condition des personnes dans différentes sphères biopsychosociales en vue d'une intervention ».

Lors de la deuxième rencontre, le Groupe de travail a donc proposé l'énoncé suivant :

« L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardio-respiratoire, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. »

Lors de cette rencontre, l'Ordre s'est dit satisfait du libellé proposé. Il a accepté les explications concernant le diagnostic. Selon l'Ordre, l'uniformité dans la terminologie est importante car elle permet d'éviter les interprétations fondées sur l'utilisation d'un vocabulaire différent pour rendre compte d'une même réalité.

En effet, le terme « évaluation » a été privilégié par le Groupe de travail pour l'ensemble des professionnels qui œuvrent dans le domaine clinique et l'expression « diagnostic » a été réservée aux seuls médecins. Il est implicite qu'une évaluation se traduit par l'établissement d'une opinion ou une impression clinique ou professionnelle.

9.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la première rencontre, à la suite de la présentation du Groupe de travail, l'Ordre s'est questionné sur l'utilisation de l'expression « d'une personne symptomatique » dans l'activité d'évaluation. Il a aussi demandé que celle-ci soit étendue à la fonction neurologique, en concordance avec le champ qui fait référence au système neurologique.

Le volet de la pratique qui consiste à utiliser des aiguilles pour diminuer la douleur ou pour la stimulation intramusculaire pourrait faire partie, selon l'Ordre, des activités présentant un caractère préjudiciable.

La prescription d'aides techniques au déplacement fait également partie des activités qui pourraient être réservées à ses membres.

Dans le document qu'il a fait parvenir par la suite, l'Ordre a proposé des modifications aux activités réservées. Concernant l'activité d'évaluation, il suggère :

Chapitre 8

- d'ajouter le volet neurologique au musculosquelettique, en conformité avec sa demande précédente relative au champ;
- de remplacer l'expression « d'une personne symptomatique » par « d'une personne présentant des déficiences ou des incapacités de sa fonction physique » en concordance avec le champ et en raison du caractère limitatif du mot symptomatique.

Il recommande également que la prescription d'appareils suppléant à une déficience physique fasse partie des activités réservées aux physiothérapeutes. Il s'agit d'une activité prévue dans la réglementation qui accompagne la *Loi sur l'assurance maladie*.

Finalement, il recommande d'ajouter aux activités réservées l'utilisation d'aiguilles sous le derme. Il s'agirait d'un moyen thérapeutique courant, utilisé par les physiothérapeutes hors Québec pour traiter la douleur ou les troubles neuromusculaires, sans toutefois s'inspirer de la philosophie chinoise, ce qui le distinguerait de l'activité exercée par les acupuncteurs. Cette technique serait enseignée dans le cadre de la formation continue et correspondrait à la réalité scientifique de la pratique en physiothérapie, notamment lorsqu'elle est utilisée à des fins de désensibilisation myofaciale ou de stimulation intramusculaire.

Le Groupe de travail a introduit la prescription d'appareils suppléant à une déficience physique dans la liste des activités réservées aux physiothérapeutes. Il a pris en considération les informations apportées par l'Ordre à cet effet.

Cependant, il s'est longuement interrogé concernant l'utilisation d'aiguilles sous le derme. S'il reconnaît que dans leur pratique les physiothérapeutes font de l'électrostimulation et que ce type d'intervention doit normalement être enseignée dans le cadre de la formation de base, il s'interroge quant au soulagement de la douleur et de l'inflammation par l'insertion d'aiguilles sous le derme.

Jusqu'à plus ample information, il retient l'introduction d'aiguilles sous le derme pour des fins d'électrostimulation comme étant une activité présentant des risques de préjudice et devant apparaître à la liste des activités réservées aux physiothérapeutes. Par contre, en ce qui concerne l'utilisation d'aiguilles sous le derme pour le soulagement de la douleur ou la réduction de l'inflammation, il souhaite obtenir des précisions sur les compétences qu'acquièrent les physiothérapeutes à cet égard. En effet, le Groupe de travail se fonde sur des critères précis

Chapitre 8

pour confier à un ordre professionnel une activité considérée comme à risque élevé de préjudice : les connaissances requises pour exercer l'activité doivent être acquises dans le cadre du programme de formation de base et l'activité doit faire partie de la pratique courante de la majorité des membres de l'Ordre.

Il a donc proposé la liste suivante d'activités réservées lors de la deuxième rencontre :

- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.
- Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique.
- Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires.
- Introduire un corps étranger
 - à des fins thérapeutiques :
 - au-delà des grandes lèvres;
 - au-delà de la marge de l'an.
 - pour procéder à des aspirations :
 - au-delà du larynx;
 - au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales.
- Utiliser des aiguilles sous le derme pour des fins d'électrostimulation.

Lors de cette rencontre, les représentants de l'Ordre ont reconnu la pertinence des activités réservées. À l'exclusion de l'insertion d'aiguilles sous le derme, elles correspondent aux demandes formulées au fil des années et reflètent bien la réalité de l'intervention en physiothérapie.

L'Ordre s'est montré surpris de la recommandation concernant l'insertion d'aiguille sous le derme et de son caractère limitatif ainsi que des critères qui ont fondé la recommandation des experts. En effet, selon lui, les physiothérapeutes bénéficient d'une solide formation de base sur les « points gâchette » ou « trigger points ». Ce sont ces points qui sont stimulés par les aiguilles. En outre, une formation postgraduée est dispensée aux physiothérapeutes qui ont recours à cette méthode thérapeutique. De plus, lorsque le physiothérapeute utilise les aiguilles, il n'intervient pas dans le traitement des organes comme le fait l'acupuncteur, mais vise le soula-

gement de la douleur et la réduction de l'inflammation. La position de l'association³⁶ canadienne est d'ailleurs très claire à cet égard.

Dans un document³⁷ acheminé au Groupe de travail le 28 mai, l'Ordre indique que les aiguilles sont utilisées sous le derme avec ou sans électrostimulation, dans la perspective de la recherche du rendement fonctionnel optimal des personnes et en conformité avec les plans de traitement physiothérapeutique. L'Ordre précise également qu'il n'est aucunement dans l'intention des physiothérapeutes d'exercer l'acupuncture dans sa tradition chinoise. En ce sens, il opte pour l'emploi du vocable « utilisation des aiguilles sous le derme » afin de souligner qu'il ne s'agit pas de l'exercice de la médecine traditionnelle chinoise par l'acupuncture.

En regard de la formation de base offerte aux physiothérapeutes, l'Ordre indique qu'elle ne contient pas de cours sur les aspects techniques reliés à la manipulation des aiguilles. Par contre, il soutient que les gradués possèdent, à leur admission à la pratique, les éléments requis pour faire l'apprentissage de la technicité reliée à la manipulation des aiguilles sans risque de préjudice pour la population. Plus particulièrement, ils acquièrent des notions sur l'anatomie descriptive et fonctionnelle des systèmes musculosquelettique, neurologique et cardiorespiratoire, la physiologie et la physiopathologie ce qui leur confère les compétences nécessaires pour juger de l'effet des modalités thérapeutiques. » Selon les directeurs de programme de physiothérapie, cette modalité thérapeutique peut être acquise par la formation continue. Il existe d'ailleurs au Canada des programmes de formation reconnus qui répondent aux critères de qualité adoptés par l'Association canadienne de physiothérapie en regard des compétences à acquérir pour utiliser efficacement et avec sécurité les aiguilles sous le derme.

9.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

³⁶ Site Internet de l'Association canadienne de physiothérapie, WWW.physiotherapy.ca/si.htm.

³⁷ Lettre adressée au Docteur Roch Bernier, président, Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, « Suivi des rencontres des 4 et 19 avril 2001 », 28 mai 2001, 4 p.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

9.3.3.1. Les activités réservées

Le Groupe de travail considère important de compléter le libellé de l'activité qui consiste à utiliser des aiguilles sous le derme, en ajoutant un objectif qui caractérise la pratique de la physiothérapie soit, atténuer l'inflammation. Cette activité a fait l'objet d'un examen attentif, notamment en relation avec la formation reçue par les physiothérapeutes. Le Groupe de travail a opté pour l'inclusion de cette activité à la liste des activités réservées aux physiothérapeutes mais entend recommander qu'une formation particulière soit requise pour l'exercer.

De plus, le Groupe de travail a décidé de l'ajout de deux activités soit : « utiliser les formes d'énergie invasives à des fins d'évaluation et de traitement » et « contribuer aux traitements reliés aux plaies ». La première activité permet aux physiothérapeutes de continuer d'utiliser entre autres la diathermie à onde courte, les appareils à ultrason; la seconde vise à permettre aux physiothérapeutes de continuer d'intervenir entre autres, auprès des grands brûlés et des amputés, de traiter les plaies de pression sévères, dans la perspective d'obtenir un rendement fonctionnel.

Il a également examiné attentivement la question des manipulations vertébrales et articulaires, notamment en prenant connaissance du jugement rendu par la Cour d'appel du Québec dans l'affaire *Thomas c. Ordre des chiropraticiens*,³⁸ qui a reconnu que les physiothérapeutes peuvent pratiquer des manipulations vertébrales afin d'obtenir le rendement fonctionnel maximum d'une personne. Pour le Groupe de travail, il s'agit d'une activité qui présente un risque de préjudice sérieux. Il a donc tenu compte du fait que la formation offerte aux physiothérapeutes offre une base de connaissances et d'habiletés dans le domaine des manipulations vertébrales

³⁸ *Thomas c. Ordre des chiropraticiens*, [2000] R.J.Q. 625. La requête pour autorisation de pourvoi à la Cour suprême du Canada a été rejetée.

Chapitre 8

et articulaires. Il a également pris en considération le fait que des activités de formation continue sont dispensées par l'Ordre sur une base régulière.

10.L'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec

10.1. Le résultat final

10.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la profession de sage-femme consiste, lorsque la situation évolue normalement, à prodiguer à la femme et à son enfant les conseils, les soins et les services professionnels requis durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

10.1.2. *Les activités réservées*

- Évaluer la grossesse et le travail.
- Dépister les conditions anormales chez la mère, le nouveau-né et l'enfant jusqu'à six semaines.
- Prescrire des médicaments, selon une liste établie.
- Prescrire des tests ou des examens, selon une liste établie.
- Effectuer le suivi de la grossesse normale et du travail.
- Administrer des médicaments selon une liste établie.
- Introduire un instrument :
 - dans le corps humain, au-delà du méat urinaire;
 - dans une veine périphérique.
- Introduire un instrument, un doigt ou une main dans le corps humain, au-delà des grandes lèvres.
- Effectuer des prélèvements.
- Pratiquer des accouchements spontanés.
- Pratiquer des accouchements en cas d'urgence, dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci.
- Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une laceration ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

10.2. La conformité aux critères retenus

10.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de la sage-femme qui :

- permet aux sages-femmes de conserver les acquis obtenus lors de l'adoption de la *Loi sur les sages-femmes*;
- décrit les activités réalisées par la majorité des membres de l'Ordre et pour lesquelles elles détiennent la formation;
- est en harmonie avec la législation des autres provinces canadiennes.

10.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Les activités réservées aux sages-femmes sont conformes au champ exclusif qui définit cette profession actuellement. En se prononçant récemment sur la constitution d'un ordre professionnel d'exercice exclusif pour encadrer la pratique des sages-femmes, le législateur québécois a reconnu l'importance et la gravité des préjudices qui peuvent survenir. Le Groupe de travail a donc transposé dans le cadre de son approche sectorielle les activités réservées aux sages-femmes dans la loi actuelle. Il considère également que celles-ci comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudice :

- elles présentent un caractère irrémédiable;
- elles sont complexes, invasives;
- elles sont susceptibles d'entraîner une atteinte à l'intégrité physique, voire même le décès.

10.2.3. *Les activités réservées et la formation*

Un programme de formation universitaire de premier cycle a été mis en place par l'Université du Québec à Trois-Rivières de manière à offrir une formation adéquate aux candidates à l'exercice de la profession en conformité avec le champ défini dans la loi actuelle. Dès lors, le Groupe de travail a considéré que ces professionnelles disposeront des compétences requises pour exercer l'ensemble des activités réservées. Les sages-femmes actuellement membres de l'Ordre, pour les fins de leur participation aux projets pilotes ont passé à travers des étapes d'évaluation qui garantissent leurs compétences.

10.2.4. La profession hors Québec

Outre le Québec, il y a actuellement cinq provinces qui réglementent la profession de sage-femme, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve. En Saskatchewan, un projet de loi à cet égard a été approuvé et doit entrer en vigueur bientôt. Les activités réservées aux sages-femmes dans les provinces canadiennes sont les suivantes : pratiquer des accouchements normaux et spontanés par voie vaginale, pratiquer des épisiotomies et des amniotomies, administrer par voie d'injection ou d'inhalation certaines substances, pratiquer et interpréter des tests de dépistage et des tests diagnostiques, prescrire ou administrer certains médicaments et effectuer certains actes chirurgicaux mineurs.

10.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et la détermination des activités réservées

10.3.1. *Libellé initial soumis à l'Ordre (6 juin 2001)*

10.3.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la profession de sage-femme consiste, lorsque la situation évolue normalement, à évaluer, à surveiller la grossesse et le travail, à prodiguer à la femme et au nouveau-né les soins et les conseils requis durant la grossesse et la période postnatale et à pratiquer l'accouchement spontané dans le but de permettre une naissance normale par voie vaginale. »

10.3.1.2. *Les activités réservées*

- Effectuer les suivis de grossesse normale.
- Dépister les conditions anormales chez la mère ou le nouveau-né, référer au besoin.
- Prescrire des médicaments, selon une liste établie.
- Prescrire des tests ou des examens diagnostiques selon une liste établie.
- Administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, ou d'autres substances*, selon une liste établie.
- Introduire un corps étranger au-delà du méat urinaire.
- Introduire un instrument, un doigt ou une main au-delà des grandes lèvres.
- Effectuer des prélèvements.
- Pratiquer des accouchements spontanés.
- Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

10.3.2. *Résultat des échanges avec l'Ordre*

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 6 et 18 juin 2001. Entre-temps, il a pris connaissance de la documentation³⁹ et des commentaires écrits acheminés par l'Ordre au Groupe de travail à la suite de la proposition initiale.

³⁹ « Consultation du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines », mémoire de l'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec, juin 2001, 30 p.

10.3.2.1. *Le champ de pratique*

À la suite de la présentation de la première proposition, l'Ordre a émis divers commentaires. En ce qui concerne le suivi de l'enfant pendant la période postnatale, l'utilisation du mot « nouveau-né » limite le suivi de l'enfant durant toute la période physiologique que constitue le postnatal. Il a également remis en question la finalité de la pratique sage-femme telle que libellée, et demandé que la notion de services professionnels soit reprise explicitement dans la définition du champ. L'Ordre a fait également remarquer que la prévention et la promotion n'apparaissent pas dans la liste d'activités réservées aux sages-femmes. Or, il considère qu'elles figurent parmi les caractéristiques principales de la profession.

Le Groupe de travail a tenu compte des explications fournies par l'Ordre. L'expression « enfant » est privilégiée afin de permettre le suivi sur une période plus longue.

Après discussion, le Groupe de travail considère que le texte du champ de pratique de la sage-femme est suffisamment explicite sans qu'il soit nécessaire d'indiquer une finalité. De plus, de manière à respecter le champ actuel de la profession, le Groupe de travail introduit la notion de services professionnels dans le champ de pratique.

En ce qui concerne la prévention et la promotion, il s'agit d'activités qui, selon le Groupe de travail, concernent tous les professionnels de la santé, à divers degrés. Le Groupe de travail continue de réfléchir afin de trouver la meilleure façon d'illustrer l'apport de chacun, à ce niveau, soit en introduisant cette dimension dans tous les champs d'exercice ou dans le cadre d'une zone commune à toutes les professions.

À la suite de cette première rencontre, le Groupe de travail a donc retenu le libellé suivant :

« L'exercice de la profession de sage-femme consiste, lorsque la situation évolue normalement, à prodiguer à la femme et à son enfant les conseils, les soins et les services professionnels requis durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. »

Cette proposition a été présentée à l'Ordre lors de la deuxième rencontre. L'Ordre s'est dit satisfait du nouveau libellé qui reprend les éléments essentiels du champ d'exercice actuel. À la demande du Groupe de travail, il réfléchira à une finalité qui pourrait être ajoutée, comme c'est

le cas pour les autres ordres du secteur. Cependant, tous conviennent que le texte du champ est suffisamment explicite en lui-même et que l'ajout d'une finalité n'apparaît pas essentiel.

10.3.2.2. Les activités réservées

À la suite de la présentation initiale et par le biais de commentaires écrits, l'Ordre :

- a demandé qu'il soit fait mention dans les activités réservées de prescrire, effectuer et interpréter des tests et des analyses;
- a fait remarquer que dans le cadre de la pratique sage-femme, des instruments sont introduits dans le corps humain : spéculum, amniotome ou perce-membrane, pincés, ventouse;
- a émis un commentaire relatif à l'omission de mentionner le travail dans le cadre des activités réservées;
- s'est questionné sur les limites de l'administration de médicaments par la sage-femme;
- a réitéré l'importance de pouvoir agir en cas d'urgence, tel que stipulé dans la loi actuelle;
- a indiqué qu'il aurait souhaité que le Groupe de travail élimine les listes en tant que condition d'exercice de certaines activités;
- a fait remarquer que la sage-femme doit diagnostiquer les conditions nécessitant une consultation et un transfert vers les services médicaux spécialisés.

Dans sa proposition initiale, le Groupe de travail a réservé deux activités qui consistent à prescrire des tests ou des examens et à effectuer des prélèvements. Quant à l'interprétation des tests et des analyses, après discussion avec l'Ordre sur la nature de l'interprétation qu'effectue la sage-femme, il apparaît qu'elle prend connaissance des résultats pour ajuster sa conduite thérapeutique en conséquence. Le Groupe de travail considère donc que prendre connaissance des résultats et en tenir compte constitue un des éléments essentiels de l'évaluation professionnelle des sages-femmes, activité qu'il propose de leur réserver.

En ce qui concerne l'introduction d'un instrument, d'un doigt ou d'une main dans le corps humain, le Groupe de travail a tenu compte des commentaires de différents groupes professionnels et modifié le libellé de cette activité. Il croit que cette nouvelle formulation reflète l'ensemble des interventions invasives que nécessite la pratique de la sage-femme, tant en situation normale qu'en situation d'urgence.

Chapitre 8

Quant à l'omission de mentionner le travail dans le cadre des activités réservées, le Groupe de travail propose qu'il en soit fait mention à deux endroits, en relation avec l'activité d'évaluation et avec le suivi.

En réponse aux préoccupations relatives à l'administration des médicaments, le Groupe de travail juge important de préciser que les sages-femmes se voient réserver non seulement la prescription, mais aussi l'administration des médicaments sans limites quant aux voies d'administration, selon une liste établie et en fonction de la finalité de leur champ de pratique.

Le Groupe de travail a finalement décidé de préciser que la sage-femme peut agir en cas d'urgence, tel que prévu dans la loi actuelle. Il a donc inclus une activité réservée qui permet à la sage-femme d'agir en cas d'urgence, dans l'attente d'une intervention médicale ou en l'absence de celle-ci. Cependant, il n'entend pas énumérer les actes que la loi actuelle lui permet d'accomplir dans ces circonstances soit, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation de siège et de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle. Le Groupe de travail reflète, par ce choix, l'objectif d'autonomie professionnelle qu'il vise à mettre de l'avant dans le développement d'une nouvelle approche de la réglementation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines. Plus précisément, le Groupe de travail mise sur l'autonomie professionnelle des sages-femmes pour accomplir les actes nécessaires en situation d'urgence, dans les limites de leurs compétences et en conformité avec leur Code de déontologie.

À l'égard de la demande d'ajouter aux activités réservées le diagnostic des conditions nécessitant une consultation et un transfert vers les services médicaux spécialisés, le Groupe de travail a choisi de réserver aux sages-femmes l'activité de dépister les conditions anormales chez la mère ou le nouveau-né et de référer au besoin. Dans l'approche développée par le Groupe de travail, le diagnostic demeure exclusivement réservé aux médecins, pour les raisons énumérées précédemment.

Finalement, le Groupe de travail n'entend pas éliminer les listes en tant que conditions d'exercice de certaines activités et ce malgré la demande de l'Ordre. Le recours à une liste pour baliser l'exercice de certaines activités est une pratique usitée dans le secteur de la santé. Elle permet de donner un accès limité à des activités professionnelles réservées aux médecins, comme la prescription de médicaments ou l'utilisation de tests et d'analyses, tout en s'assurant

Chapitre 8

que l'intérêt du public est bien servi. De plus, la liste, en tant que condition d'exercice d'une activité, tient compte de la finalité du champ de pratique de la profession à qui elle s'adresse.

Le Groupe de travail a donc proposé à l'Ordre, lors de la deuxième rencontre, les activités réservées suivantes :

- Évaluer la grossesse et le travail.
- Effectuer le suivi de la grossesse normale et du travail.
- Dépister les conditions anormales chez la mère ou le nouveau-né, référer au besoin.
- Prescrire des médicaments, selon une liste établie.
- Prescrire des tests ou des examens, selon une liste établie.
- Administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, ou d'autres substances*, selon une liste établie.
- Introduire un instrument dans le corps humain au-delà du méat urinaire.
- Introduire un instrument, un doigt ou une main dans le corps humain au-delà des grandes lèvres.
- Effectuer des prélèvements.
- Pratiquer des accouchements spontanés.
- Pratiquer des accouchements en cas d'urgence, dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci.
- Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

L'Ordre se dit satisfait de la formulation proposée, laquelle reflète adéquatement la réalité de la profession. Il aurait néanmoins souhaité que le Groupe de travail élimine les listes comme condition d'exercice de certaines activités, mais comprend que cette condition n'est pas spécifique à sa profession. Il s'interroge cependant sur l'omission d'indiquer que les sages-femmes interprètent des tests ainsi que sur la possibilité, pour la sage-femme, d'examiner la mère et le nouveau-né.

En réponse aux préoccupations de l'Ordre, le Groupe de travail indique s'être penché sur cette question et avoir convenu de demander à l'Ordre à quelles interprétations il faisait référence. De l'avis des membres du Groupe, il s'agit davantage de prendre connaissance d'un résultat d'analyse pour ajuster sa conduite thérapeutique en conséquence. L'analyse elle-même constitue une activité en soi généralement réalisée par un autre intervenant que celui qui prescrit les

tests. À prime abord, les représentantes de l'Ordre semblent indiquer que c'est effectivement le cas. Par conséquent, l'interprétation des résultats, selon l'avis du Groupe de travail, constitue un des éléments constitutifs de l'évaluation professionnelle, activité réservée aux sages-femmes. L'Ordre est néanmoins invité à réfléchir sur cette question et à indiquer au Groupe de travail des exemples de situation où une sage-femme est appelée à interpréter techniquement un test.

Finalement, concernant l'examen de la mère et du nouveau-né, s'il s'agit d'un examen physique et visuel, sans recours à des méthodes invasives, cela ne constitue pas une activité réservée et fait partie des moyens qu'utilisent les sages-femmes pour dispenser les soins et les services professionnels requis durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale.

La proposition d'activités réservées est donc maintenue sans modifications.

10.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

Chapitre 8

10.3.3.1. Les activités réservées

Le Groupe de travail :

- est venu préciser que le dépistage des conditions anormales s'effectue également sur l'enfant, jusqu'à six semaines, tel que le prévoit la *Loi sur les sages-femmes*. L'activité de dépistage des conditions anormales implique une référence dans le cadre d'une consultation et un transfert vers les services médicaux spécialisés lorsque des conditions anormales sont dépistées;
- a ajouté la possibilité d'introduire un instrument, dans une veine périphérique, afin de permettre aux sages-femmes d'administrer des médicaments par voie intraveineuse, tel que le prévoit la liste établie pour cette profession.

11.L'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec

11.1. Le résultat final

11.1.1. Le champ de pratique

« L'exercice de la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer sur le corps humain ou à partir de spécimens, des analyses et des examens prescrits dans le domaine de la biologie médicale et à assurer la validité des résultats à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique. »

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

11.1.2. Les activités réservées

- Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.* **
- Introduire un instrument dans le corps humain selon une ordonnance:
 - dans une veine périphérique;
 - au-delà du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'an.
- Effectuer des prélèvements.
- Procéder à des phlébotomies selon une ordonnance.

* Le technologiste médical sera habilité à administrer des médicaments sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation émise à cet effet par l'Ordre des technologistes médicaux.

** L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.

11.1.3. *Recommandations additionnelles*

Concernant l'activité d'administrer des médicaments visés à l'annexe I du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, à des fins d'analyse ou de réactions adverses, le Groupe de travail recommande :

- que le programme de formation collégiale soit modifié pour inclure l'injection de médicaments;
- que l'Ordre professionnel des technologistes médicaux élabore un programme de formation continue à l'intention des membres en conformité avec les dispositions du *Code des professions* notamment l'article 94 o);
- que cette formation continue obligatoire soit offerte aux membres actuellement en exercice ainsi qu'à ceux qui auront obtenu leur permis préalablement à l'entrée en vigueur des modifications demandées au programme de formation collégiale.

11.2. La conformité aux critères retenus

11.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de la technologie de laboratoire médical qui :

- reconnaît la juste contribution de cette profession au processus diagnostic et de suivi thérapeutique;
- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession en fonction des changements technologiques;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est similaire aux définitions retenues dans les autres provinces canadiennes, notamment celles qui ont procédé récemment à des révisions législatives (Ontario, Alberta, Colombie Britannique).

11.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail a retenu cinq activités réservées à confier aux technologistes médicaux. Celles-ci sont en continuité avec les actes qui leur sont actuellement délégués en vertu du *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*. En effet, les technologistes médicaux se sont

vus déléguer un certain nombre d'actes en vue d'examens ou d'analyses de biologie médicale prescrits par le médecin, notamment l'injection de substances par voies sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse.

Ces activités comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont complexes et parfois invasives (introduction d'instruments pour fins de prélèvements);
- elles impliquent un haut degré de technicité (utilisation d'appareils complexes);
- elles font parfois appel à l'usage de médicaments (substances administrées pour fins d'analyse);
- elles sont susceptibles de causer un dommage (erreurs de diagnostic, réactions à certaines substances).

Le Groupe de travail a jugé bon d'encadrer l'exercice de trois des activités réservées au moyen d'une condition, soit l'ordonnance. Certains professionnels, dont les médecins, les sages-femmes et les infirmières, seront habilités à prescrire le recours aux analyses biomédicales à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique.

11.2.3. Les activités réservées et la formation

Le Groupe de travail a pris en compte la formation actuellement dispensée aux technologistes médicaux. À cet égard, il considère que le programme de Technologie de laboratoire médical, tel qu'il existe présentement, forme des professionnels habilités à faire différents types de prélèvements.

Par contre, le programme actuel n'a pas pour objectif de former les étudiants à injecter ne serait-ce que des substances. Aucun cours théorique ou pratique, ni stage n'enseigne une telle technique. Le technologiste acquiert cette formation en milieu de travail. Cependant, le nouveau programme prévoit spécifiquement l'apprentissage d'injection de substances. Aucune mention n'est cependant faite à l'égard de l'injection de médicaments. Ainsi, la compétence intitulée « Faire des prélèvements » comprend l'atteinte de l'objectif suivant : « Effectuer l'injection de substances si nécessaire ». L'étudiant doit donc être en mesure de faire l'injection de substances (par voies sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse) en vue

d'examens ou d'analyses prescrits par le médecin. Celle-ci ne peut cependant pas être faite dans la veine fémorale ou la veine jugulaire. Étant donné que le Groupe de travail recommande de réserver l'acte « d'administrer des médicaments » aux technologistes médicaux et compte tenu que le nouveau programme ne semble pas contenir d'enseignement particulier à cet égard, il y aurait lieu de demander aux autorités concernées d'y inclure un tel apprentissage avant l'entrée en vigueur du nouveau programme prévue en 2002. Entre-temps, l'Ordre des technologistes médicaux devrait offrir à ses membres un cours de perfectionnement concernant l'administration de médicaments, activité offerte dans le cadre de la formation continue obligatoire.

11.2.4. La profession hors Québec

Six provinces canadiennes réglementent la profession de technologistes médicaux et la définissent de manière presque identique. Il s'agit essentiellement de procéder à des examens sur des prélèvements humains et d'en évaluer la valeur technique. Le Groupe de travail s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Lorsqu'il y a des actes réservés, ceux-ci ne varient pas beaucoup d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de procéder à la collecte d'échantillons humains (ex. : sang) et de les analyser. Les textes législatifs des autres provinces ne mentionnent pas qu'il est permis aux technologistes médicaux d'administrer des substances et des médicaments.

11.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

11.3.1. Libellé initial soumis à l'Ordre (7 mars 2001)

11.3.1.1. Le champ de pratique

« L'exercice de la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer des analyses et des examens dans le domaine de la biologie médicale, à des fins diagnostiques à partir de spécimens prélevés du corps humain et à en assurer la validité technique. »

11.3.1.2. Les activités réservées

- Administrer des substances par voie sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, intraveineuse.
- Introduire un corps étranger à des fins de prélèvements au-delà du méat urinaire et du larynx.
- Effectuer des prélèvements.

Ces activités sont effectuées sous ordonnance et selon un protocole.

11.3.2. Résultat des échanges avec l'Ordre

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 7 et 21 mars 2001. Entre-temps, il a pris connaissance des réactions suscitées par la proposition initiale.

11.3.2.1. Le champ de pratique

À la suite de la première proposition du Groupe de travail, l'Ordre a suggéré des changements au champ et soumis à l'attention des experts un libellé modifié :

« L'exercice de la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer des analyses et des examens dans le domaine de la biologie médicale à des fins diagnostiques sur le corps humain ou à partir de spécimens prélevés du corps humain et à assurer la validité technoscientifique de ces analyses, ces examens et des résultats. »

Chapitre 8

Le Groupe de travail a tenu compte des commentaires de l'Ordre pour revoir la formulation du champ. Il s'est cependant interrogé sur les motifs qui ont guidé l'ajout de l'expression « sur le corps humain » à la suite de « à des fins diagnostiques ». En effet, il apparaît opportun d'éliminer la référence au corps humain, donnant ainsi aux technologistes médicaux la possibilité d'effectuer des analyses et des examens de tout type de prélèvement dans le domaine de la biologie médicale.

Il a donc proposé la formulation suivante lors de la deuxième rencontre avec l'Ordre :

« L'exercice de la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer des analyses et des examens dans le domaine de la biologie médicale, à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à partir de spécimens et à en assurer la validité technoscientifique, incluant celle des résultats. »

En prenant connaissance du nouveau libellé, l'Ordre a réitéré sa suggestion d'ajouter l'expression « sur le corps humain » pour rendre compte de la nature du travail réalisé par les techniciens directement sur des individus et non seulement à partir de spécimens. En effet, le terme « spécimen » est trop restrictif, il renvoie à la définition suivante : « unité ou partie d'un ensemble qui donne une idée du tout » qui fait davantage référence à des éléments prélevés sur le corps.

Les corrections seront apportées au champ puisqu'il n'était pas dans l'intention du Groupe de restreindre, de quelque façon que ce soit, la possibilité pour un technologiste de contribuer à des analyses biomédicales, que celles-ci s'effectuent directement sur le corps humain ou à partir de spécimens. Au contraire, les membres du Groupe souhaitent que la contribution des technologistes médicaux soit possible dans tous les contextes, quelle que soit la provenance du spécimen.

11.3.2.2. Les activités réservées

La proposition initiale du Groupe de travail en regard des activités réservées aux technologistes médicaux a suscité des commentaires de la part de l'Ordre :

- il a demandé d'ajouter l'administration de médicaments pour des fins d'analyse et en cas de réaction adverse, à la condition que ce soit selon un protocole;

Chapitre 8

- il a suggéré le maintien de la phlébotomie thérapeutique ainsi que chez les donateurs volontaires;
- il a fait remarquer que l'ordonnance médicale pour réaliser des prélèvements constitue un ajout.

Il a indiqué qu'il comprenait que des aménagements permettront de participer sans ordonnance, aux activités de prévention, d'information et d'agir en interdisciplinarité, notamment en raison de l'introduction d'une zone commune à l'ensemble des professions de la santé et des relations humaines.

En ce qui a trait aux activités réservées, le Groupe de travail :

- a tenu compte des explications de l'Ordre;
- a ajouté l'administration de médicaments;
- a ajouté la phlébotomie thérapeutique;
- a retiré la référence à l'ordonnance pour ce qui est des prélèvements;
- entend définir ultérieurement les activités qui feront partie de la zone commune.

Il a donc soumis à l'attention de l'Ordre un nouveau libellé :

- Administrer des médicaments ou des substances qui ne sont disponibles que sur ordonnance par voie sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, intraveineuse.
- Introduire un corps étranger, à des fins de prélèvements, au-delà du méat urinaire et du larynx.
- Procéder à des phlébotomies thérapeutiques.
- Effectuer des prélèvements.

Lors de la deuxième rencontre, l'Ordre s'est interrogé sur la référence aux seules phlébotomies thérapeutiques puisque des phlébotomies peuvent être effectuées dans un contexte de don autologue. En outre, après examen, il est suggéré de modifier l'activité relative à l'introduction d'un corps étranger pour ajouter certaines voies ainsi que l'installation de cathéter dans une veine.

En ce qui concerne les phlébotomies, le Groupe de travail a modifié l'énoncé du libellé et retiré le mot thérapeutique. Une telle formulation n'inclut pas les dons effectués dans le cadre des banques de sang puisque ces dons peuvent s'effectuer sans ordonnance. Le Groupe de travail

reconnaît par là, la réalité particulière aux banques de sang. Cette activité est réalisée par des bénévoles professionnels ou non ayant reçu une formation particulière à cet effet. Des corrections ont également été apportées à l'activité d'introduire un corps étranger pour des fins de prélèvement.

11.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

11.3.3.1. Le champ de pratique

Le Groupe de travail :

- a choisi, afin d'assurer le caractère concis de la définition du champ de pratique, de ne pas qualifier la validité des résultats; présentement les technologistes médicaux, dans le cadre de leur pratique doivent assurer la validité des résultats sur le plan technique et scientifique; le choix de ce libellé ajoute à la clarté de la définition du champ;
- a ajouté le terme « prescrit » en ce qui concerne les analyses et les examens effectués par le technologiste médical, ce qui reflète davantage la réalité de cette pratique.

11.3.3.2. *Les activités réservées*

Le Groupe de travail :

- a retiré la condition relative au protocole;⁴⁰
- considère que l'administration des médicaments et d'autres substances, lorsqu'une ordonnance existe à cet effet, est réservée aux technologistes médicaux à des fins d'analyse et en cas de réactions adverses. De plus, il précise que cette activité inclut la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique;
- a précisé que l'introduction d'un instrument dans une veine s'effectue par les voies périphériques.

⁴⁰ Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique.

12. L'Ordre professionnel des technologues en radiologie du Québec

12.1. Le résultat final

12.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie consiste à utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

12.1.2. *Les activités réservées*

- Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.*
- Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance:
 - dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle;
 - au-delà du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres ou de la marge de l'anus.
- Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie selon une ordonnance.
- Surveiller les réactions aux médicaments et aux substances.

* L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.

12.1.3. *Recommandation additionnelle*

Le Groupe de travail recommande que la désignation et le titre professionnel soient revus et ajustés en fonction du libellé du champ descriptif tel que redéfini. La désignation et le titre professionnels devraient tenir compte de la résonance magnétique, de l'ultrasonographie ainsi que de l'aspect de l'intervention thérapeutique de la pratique, alors que l'expression technologue en

radiologie réfère uniquement à la radiation. Le Groupe de travail suggère que l'expression « technologue de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie » soit retenue comme proposition de libellé du titre.

12.2. La conformité aux critères retenus

12.2.1. La définition du champ de pratique

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie qui :

- reconnaît la juste contribution de cette profession au processus diagnostic et thérapeutique;
- décrit adéquatement les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession en fonction des changements technologiques;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts;
- est similaire aux définitions retenues dans les autres provinces canadiennes, notamment celles qui ont procédé récemment à des révisions législatives (Ontario et Alberta).

12.2.2. Les activités réservées et les risques de préjudice

Le Groupe de travail a retenu quatre activités réservées à confier aux technologues en radiologie. Celles-ci sont en continuité avec le champ exclusif qui leur est actuellement attribué par la *Loi sur les technologues en radiologie* :

« Constitue l'exercice de la profession de technologue en radiologie tout acte qui a pour objet d'exécuter un travail technique comportant l'utilisation de rayons X ou de radioéléments sur un être vivant à des fins thérapeutiques ou diagnostiques. »

Parmi celles-ci, l'activité qui concerne plus particulièrement cette profession est l'utilisation des radiations ionisantes, de radioéléments et autres formes d'énergie. L'utilisation des radiations ionisantes et des radioéléments constitue déjà une activité réservée au sens de la loi actuelle. L'ajout de l'utilisation des autres formes d'énergie comme activité réservée apparaît nécessaire en raison, notamment, des risques de préjudices associés au recours à l'échographie, à l'ultrasonographie, à la résonance magnétique, à la scanographie et aux autres formes d'imagerie médicale.

Ces activités comportent plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

- elles sont complexes et parfois invasives (examen rectal, vaginal, stomacal);
- elles impliquent un haut degré de technicité (utilisation d'appareils complexes);
- elles font parfois appel à de la médication (produits radiopharmaceutiques, les produits de contraste, les radioéléments et les produits de rehaussement);
- elles sont susceptibles de causer un dommage (erreurs de diagnostic, réactions à certaines substances).

Par conséquent, le Groupe de travail a jugé bon d'encadrer l'exercice de certaines activités réservées au moyen d'une ordonnance. Certains professionnels sont habilités à prescrire l'utilisation des formes d'énergie en question. Il s'agit du médecin, de la sage-femme, du chiropraticien, du dentiste, du médecin vétérinaire et du podiatre.

12.2.3. Les activités réservées et la formation

Les membres du Groupe de travail ont également pris en compte la formation actuellement dispensée aux technologues en radiologie. Selon leur analyse, les diplômés des programmes d'études en radiodiagnostic, en radio-oncologie et en médecine nucléaire sont formés pour effectuer avec compétence l'ensemble des activités décrites.

12.2.4. La profession hors Québec

Sept provinces réglementent la profession de technologue en radiologie. La définition de la profession varie peu d'une province à l'autre. Le Groupe de travail s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Parmi les provinces qui ont une liste d'actes réservés, il y a unanimité concernant l'emploi des rayonnements ionisants et des autres formes d'énergie en vue de réaliser des images diagnostiques ainsi que l'administration de médicaments ou de substances radioactives thérapeutiques.

12.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

***12.3.1. Libellé initial soumis à l'Ordre
(7 mars 2001)***

12.3.1.1. Le champ de pratique

« L'exercice de la technologie radiologique consiste à utiliser les radiations ionisantes et d'autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. »

12.3.1.2. Les activités réservées

- Utiliser des radiations ionisantes, des ultrasons et d'autres formes d'énergie comportant des risques pour la santé humaine.
- Administrer des médicaments, des substances par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée, intradermique, intraveineuse, parentérale et entérale :
 - au-delà de la marge de l'anus, du larynx;
 - dans une ouverture artificielle du corps humain.
- Installer un cathéter veineux.
- Surveiller les réactions aux médicaments et aux substances.

Les trois premières activités sont effectuées sous ordonnance ou selon un protocole.

12.3.2. Résultat des échanges avec l'Ordre

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 7 et 21 mars 2001. Entre-temps, il a tenu compte des réactions suscitées par sa proposition initiale.

12.3.2.1. *Le champ de pratique*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a proposé d'utiliser l'expression « technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie » qui inclut la résonance magnétique, l'ultrasonographie, ainsi que l'aspect d'intervention thérapeutique de la pratique au lieu de « technologie radiologique » qui réfère uniquement à la radiation.

De plus, les radioéléments devraient être inclus dans la définition du champ pour tenir compte des membres qui exercent en médecine nucléaire. Ceux-ci font d'ailleurs partie du champ d'exercice actuel.

Le Groupe de travail tient compte de ces précisions qui lui semblent refléter davantage la réalité actuelle et future. Il a donc fait une nouvelle proposition et l'a présentée à l'Ordre lors de la deuxième rencontre :

« L'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie consiste à utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. »

Lors de cette rencontre, l'Ordre s'est dit satisfait du libellé proposé. Il s'est interrogé cependant sur la pertinence d'ajouter la mention « sur un être vivant » à l'instar du libellé actuel de la loi.

Le Groupe de travail n'a généralement pas inclus ce type de précision dans les champs proposés, à moins qu'elle n'apporte une information jugée essentielle. Dans le cas des technologues, il va de soi que l'activité se déroule sur un être vivant en raison des finalités qui lui sont associées. Si toutefois des difficultés particulières survenaient, cette mention pourrait être ajoutée. Le Groupe de travail maintient donc sa recommandation.

12.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a proposé :

- de retirer le mot « ultrason »;
- d'utiliser l'expression « autres formes d'énergie »;
- d'ajouter les radioéléments;
- d'ajouter la caractéristique « périphérique » à la suite de « cathéter veineux ».

Chapitre 8

Il s'est questionné sur la portée de l'expression « risque pour la santé humaine » en ce qui concerne l'utilisation des radiations ionisantes et autres formes d'énergie.

Le Groupe de travail modifie le libellé de l'activité réservée pour l'harmoniser avec celui prévu au champ proposé. Il a tenu compte des explications fournies par l'Ordre. Il reconnaît l'importance pour les technologues en radiologie de pouvoir utiliser les nouvelles technologies d'imagerie médicale, dont l'ultrasonographie et la résonance magnétique, de pouvoir administrer des substances et de la médication afin de répondre aux besoins émergents qui surgissent sur le terrain.

Il a jugé utile d'expliquer sa vision du « risque pour la santé humaine » qui ne se limite pas aux risques immédiats, mais s'étend également aux situations d'utilisation erronée qui peuvent conduire à des erreurs de diagnostic. Il consent néanmoins à retirer cette expression qui n'apporte rien d'additionnel à la définition.

C'est ainsi que lors de la deuxième rencontre, les activités réservées suivantes ont été présentées à l'Ordre :

- Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie selon une ordonnance ou un protocole.
- Administrer des médicaments ou des substances par quelque moyen que ce soit, selon une ordonnance ou un protocole.
- Introduire un corps étranger (incluant tube, sonde, cathéter, canule, doigt ou main) au-delà :
 - du larynx;
 - du méat urinaire;
 - des grandes lèvres;
 - de la marge de l'anus;
 - et dans une ouverture artificielle du corps humain selon une ordonnance ou un protocole.
- Surveiller les réactions aux médicaments et aux substances.

Lors de cette rencontre, l'Ordre s'est dit en accord :

- avec la modification introduite qui a pour effet de leur permettre d'introduire divers « corps étrangers » dans certaines ouvertures du corps humain;

Chapitre 8

- avec la terminologie « administrer des substances » en autant qu'il soit clairement établi que cela regroupe les produits radiopharmaceutiques, de contraste et de rehaussement ainsi que les radioéléments;
- avec les conditions associées à l'exercice des trois premières activités réservées, soit l'ordonnance ou le protocole; de telles conditions ont pour effet d'éliminer le concept de surveillance lequel donne prise à diverses interprétations. Il s'est cependant interrogé sur la provenance de l'ordonnance.

Dans l'esprit du Groupe de travail, les substances comme les produits radiopharmaceutiques, de contraste et de rehaussement ainsi que les radioéléments étaient effectivement celles visées. D'ailleurs, la formulation de l'activité « administrer des médicaments et des substances », sera révisée pour s'assurer que la terminologie utilisée décrit bien la réalité que l'on entend couvrir.

En ce qui concerne la provenance de l'ordonnance, dans l'esprit du Groupe de travail, les professionnels concernés seront habilités à émettre une telle ordonnance. On peut déjà penser aux médecins, dentistes, chiropraticiens, médecins vétérinaires ou podiatres. Certaines catégories d'infirmières pourraient également recevoir une telle habilitation.

Le Groupe de travail maintient donc sa proposition quant aux activités réservées aux technologues en radiologie.

12.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance, les membres du Groupe de travail ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces

activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

12.3.3.1. Les activités réservées

Le Groupe de travail :

- a retiré la condition relative au protocole;⁴¹
- considère que l'administration de médicaments et de substances s'effectue à des fins d'examen, de traitement ou en cas de réactions adverses;
- a vérifié la pertinence de l'utilisation des termes « médicaments et substances », ces vocables couvrent l'ensemble des produits administrés par les technologues en radiologie et ci-après énumérés;
- considère que l'activité de surveillance réservée aux technologues en radiologie s'effectue dans le cadre de la finalité de leur champ de pratique. Ces professionnels administrent des substances (incluant des médicaments contrôlés) dont les réactions peuvent être sévères; il s'agit, plus particulièrement, d'opacifiants iodés, de radiopharmaceutiques, de substances de contraste non iodées (ex : gadolinium) et de persantine;
- a précisé que l'administration de médicaments et de substances inclut la voie intraveineuse périphérique et que l'introduction d'un instrument dans une veine s'effectue par les voies périphériques.

⁴¹ Le Groupe de travail a décidé d'utiliser le protocole non pas comme condition d'exercice d'une activité réservée, mais plutôt en tant que mesure de modulation à mettre à la disposition des établissements et des divers milieux de pratique.

13. L'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

13.1. Le résultat final

13.1.1. *Le champ de pratique*

« L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux et communautaires, à déterminer les stratégies et les plans d'intervention, à en assurer la mise en œuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

13.1.2. *Les activités réservées*

- Procéder à l'évaluation psychosociale :
 - d'une personne mineure dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis;⁴²
 - d'une personne majeure en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection;⁴³
 - en application d'une loi.⁴⁴
- Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.

13.1.3. *Proposition relative à de la formation continue*

Concernant le recours à des mesures exceptionnelles comme la contention et l'isolement, le Groupe de travail recommande :

- que les professionnels qui sont appelés à décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement soient tenus de participer à des activités de formation continue.

⁴² Loi sur la Protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38, 38.1 et 49.

⁴³ Code civil du Québec, art. 270, 278 et 279.

⁴⁴ À titre d'exemple : la Loi sur la protection de la jeunesse, *op. cit.*, art. 72.3.

13.2. La conformité aux critères retenus

13.2.1. *La définition du champ de pratique*

Le Groupe de travail a retenu une description du champ d'activité du travail social qui :

- décrit adéquatement la nature des interventions ainsi que les activités réalisées par les professionnels en cause;
- permet une évolution de la profession;
- se fonde sur la formation dispensée dans les programmes actuellement offerts.

13.2.2. *Les activités réservées et les risques de préjudice*

Le Groupe de travail a retenu deux activités réservées à confier aux travailleurs sociaux. La première a trait à l'évaluation psychosociale faite par un travailleur social, dans un contexte précis, soit dans le cas de personnes mineures ou majeures en besoin de protection ou encore en application d'une loi. La seconde concerne l'utilisation et le maintien de mesures exceptionnelles.

En effet, le Groupe de travail a été sensibilisé aux préjudices que peuvent subir les personnes hébergées lorsqu'il y a utilisation et maintien de mesures exceptionnelles comme la force et l'isolement et a pris en compte les remarques qui lui ont été faites à cet égard par les représentants des organismes. Malgré le fait que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)⁴⁵ balise l'utilisation de ces moyens dans les établissements qu'elle régit et que ceux-ci soient considérés comme étant des mesures exceptionnelles, le Groupe de travail a décidé de recommander que cette activité soit réservée dans le cadre du système professionnel aux travailleurs sociaux, aux médecins et aux infirmières.

Les activités réservées comportent également plusieurs des caractéristiques retenues par le Groupe de travail dans la grille d'analyse des risques de préjudices :

⁴⁵ « La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. » (art. 118.1 LSSSS)

- elles sont complexes (l'évaluation implique une mise en relation de plusieurs éléments et un jugement clinique);
- elles sont susceptibles d'entraîner la perte d'un droit (l'exercice de l'autorité parentale dans les situations de protection de la jeunesse, la libre gestion de ses biens ou l'aptitude à rendre compte de ses actes dans le cas des personnes jugées inaptes);
- elles comportent un potentiel d'abus émotif ou sexuel (vulnérabilité de la clientèle constituée de personnes inaptes);
- elles sont susceptibles d'entraîner une atteinte à l'intégrité physique (l'isolement ou la contention).

13.2.3. Les activités réservées et la formation

Après avoir pris connaissance de la formation dispensée aux travailleurs sociaux, les membres du Groupe de travail ont observé que dans le tronc commun aux programmes de formation universitaire, se retrouvent des cours permettant aux diplômés de développer des méthodes et des compétences essentielles pour effectuer, de façon judicieuse, toute forme d'évaluation psychosociale. Ces cours sont complétés par des stages de formation et des cours à option qui permettent aux étudiants d'approfondir leurs connaissances en matière de protection d'enfants, d'ouverture d'un régime de protection pour les majeurs inaptes ou encore sur la pratique du travail social devant un tribunal.

Concernant la décision d'utiliser et de maintenir des mesures de contention et d'isolement, l'examen des programmes de formation a démontré que les travailleurs sociaux possèdent les connaissances et les compétences pour évaluer une situation complexe et déterminer l'intervention la plus appropriée pour le client, incluant, s'il y a lieu le recours à de telles mesures. Toutefois, le Groupe de travail considère important d'adapter les programmes de formation pour permettre l'exercice, par des professionnels compétents, de cette activité sur le terrain. De plus, puisqu'il s'agit d'une responsabilité nouvelle confiée à ces professionnels, il souhaite qu'une formation continue soit suivie par les membres qui sont susceptibles de l'exercer.

13.2.4. La profession hors Québec

Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de travailleur social. Les provinces qui donnent une définition de la pratique font essentiellement référence à l'évaluation, la correction et la prévention de problèmes sociaux par le biais de certaines activités ainsi qu'à l'amélioration du fonctionnement social des individus, des familles, des groupes et des collectivités. Le Groupe de travail a examiné ces différentes définitions et s'en est inspiré pour sa propre rédaction.

Parmi les provinces qui ont procédé à une révision de leur système professionnel et retenu une approche fondée sur des activités réservées, aucune n'a prévu, à ce jour, d'activité réservée spécifique aux travailleurs sociaux.

En Ontario et en Colombie-Britannique, les travailleurs sociaux ne font pas partie des professions de la santé réglementées et sont régis par d'autres dispositions législatives. En Alberta, dans le cadre de la récente réforme, la profession a été reconnue comme faisant partie du secteur de la santé. Il est envisageable que l'activité réservée suivante soit totalement ou partiellement confiée aux travailleurs sociaux lorsqu'elle sera attribuée aux professions reconnues : « pratiquer une intervention psychosociale dans le but de traiter un désordre important de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation, de la mémoire qui altère significativement : le jugement, le comportement, la capacité de reconnaître la réalité, la capacité de s'acquitter des activités de la vie courante ». La recommandation du Groupe de travail, tout en s'inscrivant dans la même perspective que celle de l'Alberta, n'en constitue pas moins un précédent. En effectuant une telle recommandation, les membres du Groupe de travail ont pris en compte le fait que certaines dispositions législatives attribuent une fonction particulière aux travailleurs sociaux qui se voient confier notamment des responsabilités concernant l'évaluation de clientèles en adoption internationale. L'activité d'évaluation fait partie du noyau d'activités réservées et le Groupe de travail accorde une grande importance aux compétences nécessaires pour les exercer, notamment auprès de clientèles vulnérables ou dans le cadre de l'exercice d'un droit. De plus, les groupes et les experts consultés ont souligné l'importance de resserrer les critères de réalisation de l'évaluation psychosociale en prévoyant que cette activité soit effectuée par des professionnels reconnus, dont les travailleurs sociaux.

13.3. La chronologie des travaux portant sur la définition du champ et sur la détermination des activités réservées

13.3.1. Libellé initial soumis à l'Ordre (4 avril 2001)

13.3.1.1. Le champ de pratique

« L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux, à déterminer les stratégies et les plans d'intervention, à en assurer la mise en œuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités. »

13.3.1.2. Les activités réservées

Procéder à une évaluation psychosociale des personnes dont la condition est perturbée en vue d'une orientation ou pour procéder à une intervention auprès de clientèles à risque.

13.3.2. Résultat des échanges avec l'Ordre

Le Groupe de travail a rencontré l'Ordre à deux reprises, les 4 et 19 avril 2001. Entre-temps, il a tenu compte des réactions suscitées par la proposition initiale.

13.3.2.1. Le champ de pratique

Lors de la première rencontre, l'Ordre a questionné l'utilisation de l'expression « besoins psychosociaux » et sa concordance avec l'activité réservée qui mentionne l'évaluation psychosociale. Il a aussi demandé des explications concernant la terminologie « stratégie d'intervention ».

Il a, à la suite de cette rencontre, émis un certain nombre de commentaires. Plus particulièrement, il a souligné que l'expression « évaluer les besoins psychosociaux » ne rendait pas compte de l'activité exercée auprès des collectivités. Il a dès lors suggéré au Groupe de travail de revoir la formulation.

Le Groupe de travail a confirmé la concordance entre le champ et l'activité réservée. Ce sont des considérations sémantiques qui lui ont fait choisir l'expression « besoins psychosociaux »

Chapitre 8

dans le champ plutôt que « évaluation psychosociale ». Par ailleurs, il a ajouté le terme « communautaires » à la suite de « besoins psychosociaux », confirmant ainsi l'exercice du travail social auprès des collectivités, ce qu'il avait déjà reconnu au moment de l'énumération des clientèles.

Quant à l'expression « stratégie d'intervention », elle est utilisée pour décrire les situations où un professionnel doit faire appel à une diversité de moyens et de ressources pour mener à bien son intervention.

Il a donc soumis à l'Ordre le libellé suivant lors de la deuxième rencontre :

« L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux et communautaires, à déterminer les stratégies et les plans d'interventions, à en assurer la mise en œuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités. »

Lors de cette rencontre, l'Ordre s'est dit satisfait du libellé proposé considérant le fait que le Groupe de travail a inclus dans la définition l'évaluation des besoins communautaires, reconnaissant ainsi la contribution des travailleurs sociaux auprès des collectivités.

13.3.2.2. *Les activités réservées*

Lors de la première rencontre, l'Ordre a mentionné qu'il comprenait que l'octroi d'activités réservées aux travailleurs sociaux aurait comme effet d'empêcher les personnes non-membres d'exercer les activités prévues et il entrevoyait un impact majeur sur les Centres jeunesse. Dans cette perspective, il jugeait important de voir préciser la notion de clientèle à risque.

Par des commentaires transmis par la suite, l'Ordre a réitéré l'importance de préciser la notion de clientèle à risque. Il apparaît essentiel de bien identifier les situations où l'intervenant, un travailleur social ou un autre professionnel reconnu, est susceptible de prendre une décision qui aura des conséquences décisives sur la personne, que ce soit au niveau de ses droits ou de son vécu. À titre d'exemple, il cite les décisions d'hébergement, de placement d'enfants, la *Loi sur les jeunes contrevenants*, la recherche d'antécédents biologiques, les situations de violence conjugale.

Chapitre 8

Le Groupe de travail a tenu compte des commentaires de l'Ordre et juge pertinent de préciser la notion de clientèle à risque. D'une part, il trouve important d'indiquer qu'il s'agit d'une clientèle particulière en besoin de protection, que celle-ci soit un mineur ou un majeur inapte. D'autre part, il n'entend pas faire de liste ou énumérer des lois. Il privilégie plutôt une approche de concordance qui permet de faire de l'évaluation psychosociale une activité réservée lorsqu'elle est prévue en vertu d'une loi ou exigée par un tribunal.

Finalement, lorsque les lois particulières ne prévoient pas le recours à un travailleur social et que le Groupe de travail juge, en fonction des critères qu'il s'est donné, que l'évaluation doit être faite par ce professionnel, il envisage de recommander que les modifications soient apportées aux lois concernées.

Tenant compte de ce qui précède, il a révisé l'activité réservée et l'a scindée selon la formulation suivante :

- Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne qui a besoin de protection, notamment un mineur ou un majeur inapte, préalablement à une orientation ou à une intervention.
- Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne lorsque cette évaluation doit être effectuée en application d'une loi ou d'une ordonnance d'un tribunal.

Lors de la deuxième rencontre, l'Ordre a questionné le Groupe de travail sur la définition de l'expression « besoin de protection ». Doit-elle être vue dans son sens restrictif ou plus englobant? Sous réserve des précisions futures concernant le concept de protection, les représentants de l'Ordre se disent en accord avec les activités proposées.

Le Groupe de travail ayant un souci de précision dans le libellé des activités réservées, il a tenu à se limiter à ce qui est essentiel pour la protection du public. Compte tenu du fait qu'actuellement aucune activité n'est réservée aux travailleurs sociaux, il y a lieu d'agir avec prudence et de s'assurer que les activités retenues font l'objet d'un large consensus quant à leur caractère préjudiciable et à l'importance de les confier à des professionnels reconnus, en l'occurrence les travailleurs sociaux.

13.3.3. Modifications apportées à la suite de la révision d'ensemble

Après avoir terminé la série de rencontres de validation auprès des ordres concernés, le Groupe de travail s'est imposé un exercice de révision de la définition des champs d'exercice et de la détermination des activités réservées à chacune des professions. Cet exercice avait comme objectif de jeter un regard d'ensemble sur le résultat obtenu, afin de juger de la cohérence des différents éléments entre eux, de la justesse et de la conformité des champs et des activités réservées.

Lors de cette séance de travail, les experts ont également choisi d'intégrer les activités d'information, de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités, dans chacun des champs d'exercice. Ces activités sont communes à toutes les professions de la santé et des relations humaines, mais chacun des champs d'exercice vient préciser que ces activités font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.

13.3.3.1. Les activités réservées

Le Groupe de travail a apporté des modifications au libellé de l'activité qui consiste à procéder à une évaluation psychosociale afin de préciser le moment et le type de clientèle. Cette activité doit être réalisée par un travailleur social lorsqu'il s'agit :

- d'une personne mineure dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis;
- d'une personne majeure, en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection;
- en application d'une loi.

Il y a lieu de préciser que d'autres professionnels du secteur de la santé mentale seront également appelés à réaliser cette activité, le Groupe de travail procédera à la désignation de ces professions lors de la quatrième phase des travaux.

14.Recommandations du Groupe de travail en ce qui concerne les champs de pratique et les activités réservées

14.1. Les diététistes

Le Groupe de travail recommande :

(R23) *Que le champ de pratique des diététistes soit défini ainsi :*

« L'exercice de la diététique et de la nutrition chez l'être humain consiste à évaluer l'état nutritionnel, à déterminer et à assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R24) *Que les activités réservées aux diététistes soient définies ainsi :*

- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie.*
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.*

14.2. Les ergothérapeutes

Le Groupe de travail recommande :

(R25) *Que le champ de pratique des ergothérapeutes soit défini ainsi :*

« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, à déterminer une stratégie d'intervention, à développer ses aptitudes, à compenser ses incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter son environnement, dans le but de rétablir son autonomie.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R26) *Que les activités réservées aux ergothérapeutes soient définies ainsi :*

- *Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne lorsque cette évaluation est requise afin de lui permettre d'exercer un droit.*
- *Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle.*

14.3. Les infirmières et infirmiers

Le Groupe de travail recommande :

(R27) *Que le champ de pratique des infirmières soit défini ainsi :*

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé de la personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R28) *Que les activités réservées aux infirmières soient définies ainsi :*

- *Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation.*
- *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.*
- *Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon une ordonnance.⁴⁶*
- *Effectuer des examens et des tests diagnostiques selon une ordonnance.*
- *Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance.*
- *Déterminer le plan de traitement et prodiguer les soins et les traitements, reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.*
- *Appliquer des techniques invasives comprenant les mesures d'entretien liées à leur utilisation.*
- *Effectuer le suivi de grossesse et contribuer à la pratique des accouchements.*
- *Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.*
- *Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet.*
- *Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.*
- *Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.*

⁴⁶ Il s'agit d'une ordonnance permanente établie par un protocole.

Le Groupe de travail recommande :

- (R29) *Que soit reconnu et autorisé, en application des principes énoncés par le Groupe de travail, un volet de pratique avancée au sein de la profession d'Infirmière. Il s'agit de l'infirmière de pratique avancée en spécialité médicale et de l'infirmière de pratique avancée en soins de santé primaires en région isolée.*
- (R30) *Que l'exercice de l'infirmière de pratique avancée en soins de première ligne soit initié dans le cadre de projets-pilotes, selon les principes énoncés par le Groupe de travail.*

14.4. Les infirmières et infirmiers auxiliaires

Le Groupe de travail recommande :

(R31) *Que le champ de pratique des infirmières et infirmiers auxiliaires soit défini ainsi :*

« L'exercice infirmier auxiliaire consiste à contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne, à la réalisation du plan de soins, à prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités.»

(R32) *Que les activités réservées aux infirmières et infirmiers auxiliaires soient définies ainsi :*

- *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant, sous la supervision⁴⁷ d'une infirmière ou d'un médecin, la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.***
- *Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle du corps humain.**
- *Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain, selon une ordonnance, au-delà des grandes lèvres, du méat urinaire ou de la marge de l'anus.*
- *Appliquer des mesures d'entretien du matériel thérapeutique.*
- *Assurer l'assistance technique en dialyse.*
- *Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.*
- *Prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.*
- *Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.*
- *Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.*

* *L'infirmière auxiliaire sera habilitée à administrer des vaccins, des médicaments par voie intraveineuse, à installer un soluté par voie intraveineuse et à réaliser des prélèvements sanguins par ponction veineuse sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation à cet effet émise par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires.*

** *L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

⁴⁷ Il s'agit de la supervision telle que définie par le Groupe de travail et apparaissant au chapitre 7 du présent rapport, point 7.3.

14.5. Les inhalothérapeutes

Le Groupe de travail recommande :

(R33) *Que le champ de pratique des inhalothérapeutes soit défini ainsi :*

« L'exercice de l'inhalothérapie consiste à contribuer à l'évaluation de la fonction cardio-respiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et à traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R34) *Que les activités réservées aux inhalothérapeutes soient définies ainsi :*

- *Effectuer l'assistance ventilatoire selon une ordonnance.*
- *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.**
- *Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance :*
 - *dans une veine périphérique;*
 - *à des fins d'intubation ou pour des aspirations :*
 - *au-delà du larynx ou du point de rétrécissement normal des fosses nasales;*
 - *et*
 - *dans une ouverture artificielle.*
- *Faire des prélèvements selon une ordonnance.*
- *Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire selon une ordonnance.*
- *Surveiller la condition des personnes :*
 - *sous anesthésie;*
 - *sous sédation-analgésie;*
 - *sous assistance ventilatoire.*

* *L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

Le Groupe de travail recommande :

(R35) *Que soit reconnu et autorisé, en application des principes énoncés par le Groupe de travail, un volet de pratique avancée au sein de la profession d'inhalothérapeute. Il s'agit de l'assistance anesthésique.*

14.6. Les médecins

Le Groupe de travail recommande :

(R36) *Que le champ de pratique des médecins soit défini ainsi :*

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R37) *Que les activités réservées aux médecins soient définies ainsi :*

- *Diagnostiquer les maladies.*
- *Prescrire les examens diagnostiques.*
- *Déterminer le traitement médical.*
- *Prescrire les médicaments et les autres substances.*
- *Prescrire les traitements.*
- *Prescrire les appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle*
- *Utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques.*
- *Pratiquer les accouchements.*
- *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques.*
- *Effectuer les suivis de grossesse à risque.*
- *Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.*

14.7. Les orthophonistes et audiologistes

Le Groupe de travail recommande :

(R38) *Que le champ de pratique des orthophonistes et audiologistes soit défini ainsi :*

« L'exercice de l'audiologie et de l'orthophonie consiste à évaluer les fonctions de l'audition et du langage, incluant la voix et la parole, à déterminer un plan de traitement et d'intervention, à en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R39) *Que les activités réservées aux orthophonistes et audiologistes soient définies ainsi :*

- À l'audiologiste :

- Évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audiolinguistique.*
- Prescrire une aide auditive.*
- Ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolinguistique.*

- À l'orthophoniste :

- Évaluer les troubles du langage, incluant ceux de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique.*
- Prescrire un système alternatif et compensatoire à la communication.*

14.8. Les pharmaciens

Le Groupe de travail recommande :

(R40) *Que le champ de pratique des pharmaciens soit défini ainsi :*

« L'exercice de la pharmacie consiste à donner des conseils sur un usage efficace et approprié des médicaments afin notamment de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R41) *Que les activités réservées aux pharmaciens soient définies ainsi :*

- *Émettre une opinion pharmaceutique.*
- *Préparer des médicaments.*
- *Vendre des médicaments conformément aux dispositions du Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments.*
- *Surveiller la thérapie médicamenteuse.*
- *Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance.*

Sous réserve que le professionnel ait reçu une formation particulière et se soit vu délivrer une attestation à cet effet par l'Ordre des pharmaciens :

- *Prescrire la contraception orale d'urgence.*

Le Groupe de travail recommande :

(R42) *Que soit reconnu et autorisé, en application des principes énoncés par le Groupe de travail, un volet de pratique avancée au sein de la profession de pharmacien. Il s'agit de l'ajustement posologique en fonction du monitoring pharmacothérapeutique.*

14.9. Les physiothérapeutes

Le Groupe de travail recommande :

(R43) *Que le champ de pratique des physiothérapeutes soit défini ainsi :*

« L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardio-respiratoire, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. »

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R44) *Que les activités réservées aux physiothérapeutes soient définies ainsi :*

- *Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.*
- *Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique.*
- *Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus, à des fins thérapeutiques.*
- *Introduire un instrument dans le corps humain au-delà du larynx ou du point de rétrécissement normal des fosses nasales, pour procéder à des aspirations.*
- *Utiliser les formes d'énergie invasives à des fins d'évaluation et de traitement.*
- *Contribuer aux traitements reliés aux plaies.*

Sous réserve que le professionnel ait reçu une formation particulière et se soit vu délivrer une attestation à cet effet par l'Ordre des physiothérapeutes :

- *Utiliser des aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation, en complément avec l'utilisation d'autres moyens.*
- *Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires.*

14.10. Les sages-femmes

Le Groupe de travail recommande :

(R45) *Que le champ de pratique des sages-femmes soit défini ainsi :*

« L'exercice de la profession de sage-femme consiste, lorsque la situation évolue normalement, à prodiguer à la femme et à son enfant les conseils, les soins et les services professionnels requis durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R46) *Que les activités réservées aux sages-femmes soient définies ainsi :*

- *Évaluer la grossesse et le travail.*
- *Dépister les conditions anormales chez la mère, le nouveau-né et l'enfant jusqu'à six semaines.*
- *Prescrire des médicaments, selon une liste établie.*
- *Prescrire des tests ou des examens, selon une liste établie.*
- *Effectuer le suivi de la grossesse normale et du travail.*
- *Administrer des médicaments selon une liste établie.*
- *Introduire un instrument :*
 - *dans le corps humain, au-delà du méat urinaire;*
 - *dans une veine périphérique.*
- *Introduire un instrument, un doigt ou une main dans le corps humain, au-delà des grandes lèvres.*
- *Effectuer des prélèvements.*
- *Pratiquer des accouchements spontanés.*
- *Pratiquer des accouchements en cas d'urgence, dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci.*
- *Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.*

14.11. Les technologistes médicaux

Le Groupe de travail recommande :

(R47) *Que le champ de pratique des technologistes médicaux soit défini ainsi :*

« L'exercice de la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer sur le corps humain ou à partir de spécimens, des analyses et des examens prescrits dans le domaine de la biologie médicale et à assurer la validité des résultats à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R48) *Que les activités réservées aux technologistes médicaux soient définies ainsi :*

- *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.* ***
- *Introduire un instrument dans le corps humain selon une ordonnance:*
 - *dans une veine périphérique;*
 - *au-delà du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'anus.*
- *Effectuer des prélèvements.*
- *Procéder à des phlébotomies selon une ordonnance.*

* *Le technologiste médical sera habilité à administrer des médicaments sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation émise à cet effet par l'Ordre des technologistes médicaux.*

** *L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

14.12. Les technologues en radiologie

Le Groupe de travail recommande :

(R49) *Que le champ de pratique des technologues en radiologie soit défini ainsi :*

« L'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie consiste à utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R50) *Que les activités réservées aux technologues en radiologie soient définies ainsi :*

- *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet, incluant la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique.**
- *Introduire un instrument dans le corps humain, selon une ordonnance:*
 - *dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle;*
 - *au-delà du larynx, du méat urinaire, des grandes lèvres ou de la marge de l'anus.*
- *Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie selon une ordonnance.*
- *Surveiller les réactions aux médicaments et aux substances.*

** L'administration de médicaments par voie intraveineuse à partir d'un site périphérique est encadrée par un protocole ou une règle de soins infirmiers qui en précise les modalités d'exécution.*

Le Groupe de travail recommande :

(R51) *Que le titre réservé à la profession de technologue en radiologie soit modifié afin de refléter davantage l'évolution de la pratique.*

Que l'expression « technologue de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie » soit retenue en tant que titre réservé.

14.13. Les travailleurs sociaux

Le Groupe de travail recommande :

(R52) *Que le champ de pratique des travailleurs sociaux soit défini ainsi :*

« L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux et communautaires, à déterminer les stratégies et les plans d'intervention, à en assurer la mise en œuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités.

L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. »

(R53) *Que les activités réservées aux travailleurs sociaux soient définies ainsi :*

- *Procéder à l'évaluation psychosociale :*
 - *d'une personne mineure dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis;⁴⁸*
 - *d'une personne majeure en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection;⁴⁹*
 - *en application d'une loi.⁵⁰*
- *Décider de l'utilisation et du maintien des mesures de contention et d'isolement.*

¹ *Loi sur la Protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38, 38.1 et 49.*

² *Code civil du Québec, art. 270, 278 et 279.*

³ À titre d'exemple : la *Loi sur la protection de la jeunesse, op. cit.*, art. 72.3.

⁴⁸ *Loi sur la Protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38, 38.1 et 49.*

⁴⁹ *Code civil du Québec, art. 270, 278 et 279.*

⁵⁰ À titre d'exemple : la *Loi sur la protection de la jeunesse, op. cit.*, art. 72.3.