



CONSEIL
INTERPROFESSIONNEL
DU QUÉBEC



**AGIR MAINTENANT POUR AMÉLIORER
L'ACCÈS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX**

TABLE DES MATIÈRES

Présentation du Conseil interprofessionnel du Québec.....	1
Les ordres professionnels.....	2
INTRODUCTION.....	3
LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES DANS LE CONTEXTE DES SERVICES ET DES SOINS	4
AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX À COURT TERME – TROIS PRIORITÉS	10
1. Utiliser les professionnels en SRH à leur plein potentiel.....	11
A. Favoriser l'autonomie et l'intégration des professionnels.....	11
B. Pouvoir émettre un diagnostic.....	13
C. Ajouter des professionnels supplémentaires à l'offre du réseau public	14
2. Adapter la réglementation et les lois professionnelles au contexte actuel.....	15
A. Prévoir de nouvelles activités	15
B. Pouvoir prescrire des examens, médicaments et traitements	16
3. Favoriser des partenariats pour soutenir le réseau public.....	17
A. Élargir la couverture du panier de services assurés	17
B. Revoir le contexte et les contours financiers.....	18
4. CONDITIONS À LA RÉUSSITE DU CHANTIER.....	18
5. AVANTAGES ATTENDUS	19
6. CONCLUSION.....	20

Présentation du Conseil interprofessionnel du Québec

Le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) (ci-après le « Conseil ») regroupe les 46 ordres professionnels du Québec. Il a pour mission d'être leur voix collective sur des dossiers d'intérêt public.

En vertu du *Code des professions* (ci-après le « Code »), il agit également à titre d'organisme-conseil auprès du gouvernement du Québec et plus spécifiquement auprès du ministre responsable de l'application des lois professionnelles.

À ce titre, il peut notamment :

« Fournir au public, à la demande du ou de la ministre ou de l'un ou de plusieurs ordres, de l'information concernant le système professionnel, les professionnels et professionnelles, ainsi que les devoirs et les pouvoirs des ordres »;

« Effectuer des recherches et formuler des avis sur toute question relative à la protection du public que doivent assurer les ordres ».

Au Québec, plus de 410 000 personnes exercent une profession réglementée par le *Code des professions*. Ils représentent plus de 6 % du PIB, dont 62 % sont des femmes. Les ordres professionnels peuvent être regroupés en trois secteurs :

- Droit, administration et affaires;
- Génie, aménagement et sciences;
- Santé et relations humaines.

Les 46 ordres professionnels du Québec réglementent 55 professions. Le *Code des professions* détermine notamment les obligations des ordres professionnels. Le cadre juridique du système comprend également 25 lois particulières à certaines professions et plus de 800 règlements.

Pour s'acquitter de sa mission, le Conseil procure aux ordres professionnels des occasions de partager leurs pratiques innovantes et leur offre un espace pour développer des outils communs qui permettent d'améliorer leur efficacité. Il offre également des activités de formation, tout en agissant comme agent mobilisateur sur les dossiers qui concernent et affectent le système professionnel.

L'assemblée des membres est la plus haute instance du Conseil. Elle est composée des 46 ordres professionnels, chacun représenté par leur présidence ou par une personne nommée par leur conseil d'administration.

Finalement, le Conseil diffuse, tant auprès des médias que du grand public, de l'information sur le système professionnel et sa valeur ajoutée pour la population du Québec. Il met à la disposition du public divers documents et études concernant les professions réglementées ou tout autre sujet qui relève de la protection du public.

Les ordres professionnels

Les premiers regroupements professionnels sont apparus vers le milieu du XIX^e siècle et furent constitués en vertu de lois particulières. Au cours des années 1960-1970, le Québec a traversé une période d'évolution sociale accélérée et de nouveaux secteurs d'activités sont apparus. De nombreux regroupements de personnes qui travaillent dans un même domaine ont alors demandé au gouvernement leur constitution en corporations professionnelles.

En 1973, à la suite du dépôt des recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu, l'Assemblée nationale a adopté le *Code des professions* en même temps qu'elle a adopté ou modifié 21 lois professionnelles. C'est dans ce contexte que :

L'activité professionnelle, la notion de « profession », la fonction de l'organisme professionnel et l'organisation professionnelle dans son ensemble ont été revues et étudiées en profondeur autant sur le plan de leur pertinence que de leur utilité sociale. C'est ce qui a permis une nouvelle redéfinition du cadre juridique de l'ensemble de l'organisation professionnelle et de ses fonctions.

Cette réforme du droit professionnel avait pour but de revoir l'organisation professionnelle et de créer un système plus cohérent et rigoureux, tout en permettant des exceptions enchâssées dans des lois particulières.

Depuis, le *Code des professions* assure une cohérence législative et réglementaire en soumettant l'ensemble des ordres à des principes communs d'organisation. Il définit les structures organisationnelles du système professionnel de même que la mission des principaux agents de ce système, notamment les ordres, l'Office des professions et le Conseil interprofessionnel du Québec.

En vertu de ce *Code*, l'État confie aux ordres le mandat de protéger le public à l'égard de certaines activités qui comportent des risques de préjudice à l'intégrité physique, psychologique et patrimoniale. Pour accomplir leur fonction principale, à titre de mandataire de l'État, les ordres se sont fait déléguer des prérogatives étatiques, dont un pouvoir de réglementation.

Le gouvernement du Québec a délégué aux professionnels et aux professionnelles la capacité d'encadrer leurs professions respectives en adoptant des règlements et en les faisant respecter. Dans la grande majorité des cas, c'est l'ordre qui instaure une norme relative au contrôle de l'exercice de sa profession, conformément aux pouvoirs réglementaires prévus au *Code des professions*. Toutefois, la plupart des règlements proposés par un ordre doivent faire l'objet d'une ratification par le Conseil des ministres et, dans certains cas, par l'Office des professions.

INTRODUCTION

Le 29 mars 2022, le ministre de la Santé et des Services sociaux a dévoilé le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* (ci-après le « *Plan santé* »). Parmi les mesures proposées se trouve le «*décloisonnement des champs de pratique des travailleurs et des professionnels de la santé et des services sociaux pour favoriser un accès plus rapide aux soins pertinents, prodigués par les ressources compétentes*». Soucieux d'apporter un éclairage constructif à un projet de modernisation du système de santé et de services sociaux, le Conseil interprofessionnel du Québec a formé le *Forum sectoriel des présidences des ordres en santé et relations humaines* (SRH) (ci-après le « *Forum sectoriel* »). Celui-ci rassemble les vingt-neuf ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines¹. Ces professionnels et professionnelles œuvrent dans différents milieux de pratique et offrent des services de santé et des services sociaux à la population québécoise.

Ce document suggère des pistes de solutions précises, émanant des ordres, pour favoriser l'accessibilité aux soins de santé et aux services sociaux dans le cadre d'une modernisation du système de santé québécois. Cette compilation non exhaustive du Conseil tient compte des pouvoirs actuels détenus par les ordres en SRH, des freins identifiés par ceux-ci ainsi que les nouvelles activités professionnelles. Il s'agit de la première fois depuis quelques décennies que pareil portrait est réalisé pour l'ensemble des ordres du secteur de la santé et des relations humaines. À cet égard, le Conseil réitère l'importance d'inclure les professions rattachées aux services sociaux ainsi qu'aux relations humaines comme partie intégrante de ce processus de modernisation.

L'objectif de ce document est de bonifier la création et le partage d'activités professionnelles afin d'améliorer l'accès aux soins pour les Québécoises et Québécois, dans un esprit de protection du public et de collaboration interprofessionnelle. Il propose trois pistes de solutions détaillées. Ce document s'inscrit dans la démarche globale du Conseil relative à son Chantier de *modernisation du système professionnel*. Au cours des derniers mois, le Conseil a produit, pour l'ensemble des ordres professionnels, un document-phare sur la modernisation des lois professionnelles et des champs d'exercice ainsi qu'un document sur les mécanismes de réserve et de partage d'activités.

¹ Consulter l'annexe I pour obtenir la liste des ordres professionnels concernés.

LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES DANS LE CONTEXTE DES SERVICES ET DES SOINS

L'Office des professions identifie trois grands secteurs d'activités dans lesquels sont classifiés les ordres professionnels² : 1) Droit, administration et affaires, 2) Génie, aménagement et sciences, et 3) Santé et relations humaines. Le Forum sectoriel comporte vingt-neuf ordres professionnels en santé et en relations humaines. Ces secteurs diffèrent du vocabulaire utilisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour désigner ces champs d'action. Celui-ci fait plutôt référence de façon plus englobante aux « services sociaux », ainsi définis : « Ensemble des services de prévention, de réadaptation et de protection sociale dispensés par la société aux personnes, familles, groupes et collectivités pour assurer leur bien-être et favoriser leur autonomie. (Source : GDT, 1999) Ensemble de programmes publics, de services communautaires bénévoles et d'actions solidaires venant en aide aux personnes éprouvant des difficultés de façon temporaire ou chronique.³ » Pour les besoins de ce document, nous ferons référence aux services sociaux.

L'accès aux services et aux soins

En 2020, le Fonds du Commonwealth a classé le Canada au dernier rang des 11 systèmes de santé internationaux évalués au chapitre de la rapidité d'accès aux soins⁴. Le Québec est l'une des sociétés où le vieillissement de la population est le plus prononcé. La part des personnes âgées de 70 ans et plus est passée de 4,2 % de la population québécoise en 1971 à 13,6 % en 2020. Selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec, cette proportion grimpera à 20,5 % de la population en 2035.⁵ En cinq ans, de 2015-2016 à 2020-2021, les budgets de dépenses du gouvernement dans ce secteur sont passés de près de 33 milliards de dollars à plus de 42,8 milliards de dollars, excluant les effets non récurrents de la pandémie en 2020-2021⁶.

Les problèmes d'accès aux soins sont pressants. En octobre 2020, le Vérificateur général notait que, selon les données de décembre 2019, « les délais d'attente pour l'inscription auprès d'un médecin de famille s'allongent, atteignant en moyenne 367 jours pour les personnes vulnérables et 477 jours pour les autres. »⁷ L'inscription seule ne donne aucune garantie de la disponibilité du médecin de famille lorsqu'une consultation est nécessaire, obligeant le patient à recourir à d'autres options telles la clinique ou l'urgence. L'urgence ne doit pas systématiquement constituer un point d'entrée pour accéder aux soins de santé au Québec. Sur environ 2,5 millions de visites ambulatoires enregistrées en 2018-2019, 71 % étaient des cas jugés moins urgents ou non urgents (codes P4 et P5). Près de 72 % des visites ambulatoires ayant été classées P4 ou P5 au premier triage étaient celles de patients ayant un médecin de famille. Cela signifie que, en 2018-2019, environ 1 278 000 patients bénéficiant déjà d'un accès à un médecin de famille ont fréquenté l'urgence sans connaissance des trajectoires de soins ou par faute d'autres options à leur disposition immédiate. Des questions demeurent quant à savoir si les citoyens sont au fait des ressources disponibles. Par exemple, un citoyen souffrant d'une abrasion de la cornée sait-il qu'il peut consulter une clinique d'urgence en optométrie? Si oui, pourquoi décide-t-il néanmoins de se rendre directement à l'urgence?

² Voir : Liste des professions selon le secteur d'activité - Office des professions du Québec (gouv.qc.ca)

³ Informations tirées du Portail Québec [en ligne], « Thésaurus de l'activité gouvernementale - Fiche du terme - Services sociaux » [en ligne], <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=11713>

⁴ Labrie, Y., « Délais d'attente en chirurgie-préparons l'après-pandémie », *La Presse*, 9 janvier 2022, <https://www.fraserinstitute.org/fr/article/d-lais-d-attente-en-chirurgie-pr-parons-l-apr-s-pand-mie>

⁵ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022, p.4, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf?1649257312

⁶ *Ibid.*

⁷ <https://journalmetro.com/actualites/national/2533575/logement-quebec-assume-pas-responsabilites-selon-vg/>

Les problèmes d'accès ne sont pas seulement liés à l'engorgement des urgences et à des problèmes de santé aigus. Ils prennent aussi racine dans des situations de santé mentale ainsi que dans les services sociaux. Dernièrement, la Commission Laurent a fait enquête sur un grand nombre de problématiques à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). D'autres situations sont tout aussi présentes dans d'autres secteurs d'activités couverts par les services sociaux, dont les centres locaux de services communautaires (CLSC), les milieux scolaires, les milieux communautaires, les centres jeunesse, etc.

Les stratégies d'accès aux soins et aux services sociaux ne sont pas optimales depuis longtemps. Il en résulte des centaines de milliers de visites à l'urgence et d'hospitalisations qui auraient pu être évitées, sans compter les délais considérables de diagnostic et de traitement ainsi que des milliers d'autres qui se sont vu refuser l'accès aux soins. En plus de cette dynamique, la pandémie de la COVID-19, combinée à une pénurie de la main-d'œuvre, a exercé une forte pression additionnelle sur la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. L'utilisation de l'ensemble des expertises professionnelles est plus importante que jamais. Les ordres professionnels sont pleinement conscients de cette réalité, d'autant plus que le contexte de réflexion est marqué par la 7^e vague de la COVID-19 et la saturation des urgences qui ont eu lieu pendant une grande partie de l'été 2022.

La télépratique

Dans le contexte de la pandémie, on a beaucoup insisté sur l'apprentissage des bienfaits de la télépratique. Des millions de citoyens ont pu consulter des professionnels de la santé et des relations humaines sans se déplacer. Les opportunités et les défis de la télépratique ont été bien documentés par le Conseil dans des travaux antérieurs. Ceux-ci recommandent que les acteurs du système professionnel et les autorités gouvernementales, de même que leurs homologues hors Québec, utilisent sept principes afin d'élaborer des solutions durables quant à l'encadrement de la télépratique en contexte interjuridictionnel, et dans une optique de protection du public : l'information, les normes, la compétence, la qualité, l'accessibilité, les recours et la collaboration.

Il y a lieu de croire que la télépratique, pratiquée dans un cadre respectant la protection du public, aurait le potentiel d'améliorer la productivité des professionnels et de mieux répondre aux besoins du patient (et à sa capacité d'accéder aux services).

La prévention

La prévention a graduellement pris une place prépondérante dans la protection du public. Dans sa conception originale, l'interprétation de la protection du public était orientée autour de la relation professionnel-client. Aujourd'hui, telle que perçue par les ordres, elle couvre un spectre de dimensions beaucoup plus complexes et diversifiées qu'en 1973. Pour les ordres, la protection du public doit perpétuellement s'adapter à l'évolution des pratiques professionnelles, aux avancées technologiques, aux transformations systémiques, aux normes internationales, à la santé publique, etc. Un exemple serait la biosécurité pour les médecins vétérinaires.

Le MSSS définit ainsi la prévention primaire, secondaire et tertiaire : « Pour appliquer une intervention préventive, il importe de connaître les facteurs de risque, les facteurs de protection et les phases de développement de la maladie. La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire. [...] la prévention primaire consiste à faire la promotion de la santé, l'éducation et le counselling, et à offrir une protection (vaccination ou chimioprophylaxie) si le patient est exposé à un facteur de risque modifiable. La prévention secondaire vise à dépister la maladie à un stade où le patient est asymptomatique. La prévention tertiaire vise à freiner l'évolution d'une maladie chez un patient diagnostiqué afin d'en éviter les complications ».⁸

Les ordres professionnels s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé globale. Les caractéristiques sociales comme les conditions socio-économiques, la pauvreté, le logement, l'emploi, la consommation, la famille, le développement de l'enfance, le niveau de scolarité font partie de ces déterminants. Dans le contexte de la fermeture de plusieurs CLSC au cours des dernières années, un accès plus limité aux services sociaux peut entraîner d'autres problématiques pour le citoyen. La santé globale du citoyen doit reposer sur une trajectoire de soins qui inclut la prévention. Il est raisonnable de croire que la prévention peut éviter des troubles plus aigus et réduire le recours aux services curatifs, tout en coûtant moins cher.

Les ordres sont sensibles au fait que les préjudices potentiels causés au client se complexifient avec le temps. Conséquence : les ordres considèrent maintenant d'autres dimensions que la relation professionnel-client, notamment le contexte de l'environnement dans lequel l'activité professionnelle est réalisée⁹ ainsi que les changements structurels qui marquent la société¹⁰.

Les stratégies de prévention permettent de réduire significativement l'utilisation des services de santé et de services sociaux¹¹. Il est inscrit dans le *Code des professions* que la prévention fait partie du champ d'exercice de presque toutes les professions. Certains ordres voudraient jouer un plus grand rôle dans la prévention, primaire ou secondaire, par exemple :

- L'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec aimerait optimiser l'état nutritionnel des patients dès l'admission ainsi que systématiser le dépistage de malnutrition.
- L'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec aimerait apporter une contribution importante aux centres de réadaptation et instituts pour malvoyants afin d'aider les bénéficiaires à demeurer autonomes.
- L'Ordre des podiatres du Québec souhaiterait jouer un plus grand rôle de prévention dans les soins des pieds en lien avec le diabète.

⁸ Bélanger, H., *Guide d'implantation d'un système de soins appliqués au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique Fascicule 1*, Mise à jour, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, p. 7, (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives), <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-272-04.pdf>

⁹ Un ordre prend position sur l'environnement direct chapeautant les pratiques professionnelles sous sa responsabilité ainsi que sur les facteurs pouvant l'influencer : par exemple, l'organisation du travail, l'organisation des soins, l'introduction de nouveaux modèles d'affaires, la mise en place de nouvelles politiques gouvernementales.

¹⁰ Les ordres professionnels considèrent aussi la prévention rattachée aux changements structurels importants ayant cours dans la société, par exemple les changements climatiques, le vieillissement de la population ou le développement de l'intelligence artificielle.

¹¹ Selon le *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, les investissements en prévention permettent de réaliser des économies substantielles. Ainsi, pour chaque dollar investi en santé publique, des économies moyennes entre 6 \$ et 14 \$ sont réalisées.

Le 9 juin 2022, le gouvernement dévoilait le Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé, dans lequel 120 millions \$ sont dédiés au système de santé soit 40 millions \$ par année, jusqu'en 2024-2025. Il s'agit du double des investissements précédents. Le budget de la santé et des services sociaux est d'environ 50 milliards \$ par an.

Le « décloisonnement » des activités professionnelles

Tel qu'elle est présentée dans le Plan santé ou dans les médias depuis avril dernier, la notion de décloisonnement des activités professionnelles est marquée par son absence de définition et de caractéristiques, ce qui peut ouvrir la voie à diverses interprétations. Selon le dictionnaire Larousse, décloisonner signifie : « enlever les cloisons qui empêchent les relations entre les disciplines, les administrations, etc. »¹². Le Conseil est préoccupé par le fait que ce décloisonnement constitue en fait un renforcement de pratiques déjà en cours dans le secteur de la santé :

- Plusieurs ordres à titre réservé avec activité réservée constatent que la mise en œuvre de leur activité réservée dans les milieux de soins pose problème, car elle est exercée par une personne non-membre d'un ordre professionnel.
- Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, et par méconnaissance du rôle du professionnel, certains gestionnaires de l'organisation du travail en profitent pour cantonner le professionnel à son activité réservée, plutôt que de lui permettre d'exercer tout son champ d'exercice, permettant ainsi à d'autres travailleurs ne possédant pas les connaissances et les compétences nécessaires d'exercer une partie du champ d'exercice du professionnel.
- Des ordres rapportent que, dans le réseau public, des agents de ressources humaines préparent des documents administratifs et demandent à des professionnels de les signer. Des situations similaires se produisent sur le terrain, par exemple l'ajout de techniciens de classe B dans les laboratoires qui font signer leurs travaux par le professionnel.
- Des gestionnaires de l'organisation du travail imposent à des professionnels d'aller au-delà de leur champ de pratique, selon les grilles ministérielles de compétences plutôt que celles des ordres professionnels.
- Les ordres ont comme mandat la protection du public et ces pratiques peuvent causer un risque de préjudice au patient. Un « décloisonnement » des activités professionnelles aurait le potentiel d'exacerber ces pratiques ou de créer de nouvelles façons d'amenuiser la protection du public. Dans les faits, les ordres professionnels ont démontré depuis de nombreuses années leur ouverture face à la collaboration interprofessionnelle et au partage d'activités entre professionnels pour accroître l'accès du patient aux soins.

Le partage et la réserve d'activités professionnelles

Dans le contexte actuel de modernisation du système de santé, le Québec profite d'un atout de taille : les champs d'exercice professionnels. Le Québec dispose d'un encadrement légal qui définit le champ d'exercice des professionnels en SRH et les activités réservées à chacune des professions ou partagées entre différents professionnels. Le *Code des professions* prévoit deux types de professions, celles à exercice exclusif et celles à titre réservé :

« Dans le cas d'une profession à exercice exclusif, seuls les membres des ordres reconnus peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la loi.

Dans le cas d'une profession à titre réservé, bien que les membres d'un tel ordre n'aient pas le droit exclusif d'accomplir des activités professionnelles, l'utilisation du titre est limitée à eux seuls. »¹³

¹² Informations tirées du *Dictionnaire en ligne Larousse*, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9cloisonner/22260>

¹³ Informations tirées du *Portail Québec – Services Québec*, « Thésaurus de l'activité gouvernementale, Fiche du terme - Profession à exercice exclusif » [en ligne], <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=10149>

Sur vingt-neuf ordres en santé et relations humaines, onze ordres ont des professions à titre réservé. Le titre réservé est aussi un signe de compétence, car il permet au public de distinguer les praticiens susceptibles de répondre adéquatement à ces mêmes besoins de ceux qui affirment l'être. Il est nécessaire d'être membre de l'ordre professionnel concerné pour pouvoir utiliser le titre professionnel. Cela dit, il convient également de noter qu'un droit d'exercice exclusif sous la forme d'activités réservées ou partagées a été attribué à certaines professions de la santé, qui sont à titre réservé. Certaines de ces activités réservées sont partagées par plusieurs professions. Elles portent sur les risques préjudiciables au client ou au patient. En interne, les ordres disposent de mécanismes pour assurer la protection du public : les exigences de la formation initiale, les conditions d'admission, le champ de pratique, le code de déontologie, les standards de pratique, la délivrance des permis, l'inspection professionnelle. Les ordres offrent aussi au public des mécanismes de recours (discipline, contrôle de l'exercice illégal).

La collaboration interprofessionnelle

Les champs d'exercice professionnels constituent de vastes secteurs d'expertise commune et de connaissances spécifiques qui, au fil des ans, ont inspiré les ordres professionnels à bâtir une riche histoire de collaboration professionnelle. Sa valeur ajoutée peut être un moyen éprouvé d'améliorer l'accès aux soins de santé. En 2010, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) définissait ainsi la collaboration professionnelle : «Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux¹⁴.»

La collaboration interprofessionnelle peut prendre diverses formes et s'exercer de multiples façons. En 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens ont signé un énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle.

Cet énoncé, portant sur la qualité et la sécurité des soins dans l'ensemble du continuum, a une portée plus grande que la principale considération de ce document du Conseil (l'accès aux soins).

L'énoncé met l'accent sur les collaborations interprofessionnelles qui permettent aux professionnels de partager et d'utiliser pleinement leurs compétences dans leurs champs d'exercice respectifs, dans l'intérêt du patient. Il reconnaît la contribution d'autres professionnels de la santé pouvant s'ajouter, selon les problèmes de santé et les niveaux de soins requis. Il encourage les démarches auprès du MSSS pour accroître le déploiement des équipes interprofessionnelles dans les divers milieux de soins.

En 2016, quinze ordres professionnels concernés par les soins et les services aux personnes hébergées en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont pris position sur l'accès à des soins et à des services de qualité et sécuritaires. Ainsi, ils ont émis un énoncé quant à la mise en place d'une offre de soins et de services basée sur la collaboration interprofessionnelle et articulée autour du continuum de vie des personnes hébergées en CHSLD.

L'énoncé s'inscrit dans une approche interdisciplinaire pour assurer le recours à des expertises professionnelles en lien avec des besoins spécifiques, la coordination efficace des contributions particulières de chacun et la prestation des soins et des services requis en temps opportun¹⁵.

¹⁴ En mai 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont signé un «Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins».

¹⁵ https://odnq.org/wp-content/uploads/2021/09/Enonce_position_soins_services_personnes_hebergees_CHSLD_fevrier_2016.pdf

Au plus fort de la pandémie de la COVID-19, le travail collaboratif initié par certains ordres professionnels a permis à de nouveaux professionnels d'épauler le système de santé, notamment grâce au partage de nouvelles activités professionnelles, comme le dépistage du virus ou l'injection dans le cadre de la vaccination. À grande échelle, la collaboration interprofessionnelle a été instantanée et les bénéfices immédiats. À plus petite échelle, le gouvernement a octroyé de nouvelles activités aux infirmières praticiennes spécialisées ainsi qu'aux pharmaciens. En cas de nouvelles crises sanitaires, le gouvernement sait qu'il peut compter sur une collaboration professionnelle dynamique et de qualité. Dans le contexte de la modernisation du système de santé, la collaboration interprofessionnelle est une voie à privilégier pour améliorer l'accès des Québécoises et Québécois aux soins.

Sur le terrain, en santé mentale, la Clinique psychiatrique de rue de Val-d'Or a reçu le prix Hommage Jean-Paul Marsan pour l'innovation en interdisciplinarité du gala Hippocrate 2021. « Il est très difficile de joindre une clientèle itinérante, souvent aux prises avec des enjeux de santé mentale et de criminalité. Soucieux de répondre aux besoins concrets d'usagers qui n'iraient jamais consulter, le CISSS Abitibi-Témiscamingue remanie complètement son approche en ralliant psychiatres, infirmières, travailleuses sociales, policiers, pharmaciens et intervenants. Ils sortent des sentiers battus au bénéfice des patients et de leurs environnements en offrant un service spécialisé, sans rendez-vous et dans leur milieu. Ce projet est une percée significative dans l'organisation des soins et services aux clientèles vulnérables. »¹⁶



¹⁶ Prix Hippocrate, « Clinique communautaire psychiatrique Val-D'Or: Repenser les soins », article en ligne, <http://www.cmq.org/pdf/divers/communique-hippocrate-gala-2021.pdf>

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX À COURT TERME – TROIS PRIORITÉS

La consultation du Conseil auprès des ordres professionnels en SRH a permis d'identifier des approches novatrices, considérant l'offre et la demande de soins, afin d'améliorer l'accessibilité des services tout en optimisant l'utilisation des professionnels en fonction de leurs champs de pratique respectifs. L'ouverture des ordres professionnels à créer, partager ou déléguer certaines activités permettrait, pour le patient, des bassins plus grands de professionnels réalisant davantage d'activités de prévention, de diagnostic et de traitement dans un système offrant plus d'accès et de proximité aux patients, sans compromettre la qualité des soins ou la protection du public.

L'analyse du Conseil tient compte des nombreuses professions, de leurs champs de pratique et des contextes multidimensionnels qui constituent les réalités des vingt-neuf ordres professionnels de la santé et des relations humaines. Le secteur des services professionnels en SRH est formé de composantes distinctes, complémentaires ou intégrées. Certains ordres ont des membres qui exercent principalement dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Certains ordres ont des membres qui travaillent majoritairement dans le secteur privé. D'autres ont des membres issus des deux secteurs. La coexistence des deux secteurs apporte son lot de défis, mais aussi de possibilités. Les trois priorités identifiées par le Conseil sont :

1. Utiliser les professionnels en SRH à leur plein potentiel

- A. Favoriser l'autonomie et l'intégration des professionnels
- B. Pouvoir émettre un diagnostic
- C. Ajouter des professionnels supplémentaires à l'offre du réseau public

2. Adapter la réglementation et les lois professionnelles au contexte actuel

- A. Prévoir de nouvelles activités
- B. Pouvoir prescrire des examens, des médicaments et des traitements

3. Favoriser des partenariats pour soutenir le réseau public

- A. Élargir la couverture du panier de services assurés
- B. Revoir le contexte financier

1. UTILISER LES PROFESSIONNELS EN SRH À LEUR PLEIN POTENTIEL

Les ordres professionnels en SRH estiment que les professionnels ne sont pas toujours appelés à utiliser leur plein potentiel dans les divers milieux de soins. Les champs d'exercice professionnels représentent des zones d'opportunité pour favoriser l'accès qui ne sont pas valorisés de façon optimale par les lois et les règlements encadrant l'organisation des soins de santé et du travail au Québec. D'un point de vue général, les ordres constatent que de nombreux freins sont liés à des barrières administratives et encore plus à l'organisation des soins et des services qui ne tiennent pas compte de manière optimale de l'étendue des champs d'exercice, et ce, souvent en raison d'une méconnaissance de l'étendue des activités professionnelles (p. ex. : infirmières, criminologues, podiatres, psychoéducateurs, ergothérapeutes, conseillers en orientation). Cette réalité fut soulignée notamment par la Coroner dans son rapport d'enquête¹⁷.

« Autre constat, les nutritionnistes, déjà en nombre insuffisant avant la pandémie, n'ont pas pu contribuer à la hauteur de leur formation pour évaluer les plans nutritionnels des résidents lors de la pandémie. Nous avons d'ailleurs été étonnés qu'aucun cadre normatif n'ait existé quant au volet nutrition clinique et que, de ce fait, plusieurs résidents n'aient eu aucun plan à leurs dossiers. »

A. Favoriser l'autonomie et l'intégration des professionnels

En 2021, le temps d'attente moyen entre le rendez-vous avec un médecin de famille et le traitement médical requis était plus de 29 semaines au Québec, bien au-delà de ce que les médecins considèrent comme cliniquement raisonnable¹⁸. Plusieurs ordres en SRH rapportent une situation où le personnel de santé n'est toujours pas utilisé à sa pleine capacité, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, en raison d'une mauvaise organisation des soins ou du travail. Dans le réseau, des catégories d'emplois prévues aux conventions collectives ou des fonctions et des définitions de poste ne reconnaissant pas pleinement le champ d'exercice des professionnels font en sorte que l'organisation du travail ne peut être optimisée en misant sur la contribution maximale de chaque professionnel, ce qui rend les professions concernées potentiellement moins productives.

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux serait amélioré par le travail et l'autonomie accrue des professionnels concernés, eux-mêmes soutenus par la pleine occupation du champ d'exercice. Les ordres ont la légitimité pour placer la protection du public au cœur du débat, dans une perspective de prévention et d'adaptation. La pleine autonomie des professionnels suggère qu'ils puissent individuellement exercer les activités qui constituent l'ensemble de leur champ d'exercice. L'ouverture des activités professionnelles et la mise à jour des champs d'exercice rendraient le système de santé et des services sociaux plus accessible et plus efficace. Il existe de nombreux moyens de renforcer l'autonomie professionnelle notamment la réserve et le partage d'activités, l'exercice d'une activité sans devoir passer par un autre professionnel qualifié, et l'établissement de liens entre le champ d'exercice et les titres d'emploi.

¹⁷ Rapport d'enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00265-9.pdf

¹⁸ Labrie, Y., *op. cit.*, <https://www.fraserinstitute.org/fr/article/d-lais-d-attente-en-chirurgie-pr-parons-l-apr-s-pand-mie>

Pour le patient, un effet bénéfique d'une autonomie professionnelle accrue serait de pouvoir être référé directement au bon professionnel. Plusieurs ordres estiment que les patients doivent passer par le médecin pour des activités que d'autres professionnels effectuent déjà ou pour lesquelles ils ont la compétence. Une utilisation plus optimale des professionnels signifie que l'individu reçoit le bon service au bon moment. Lors de la consultation du Conseil, plusieurs ordres l'ont précisé, par exemple : les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les podiatres, les psychologues, les psychoéducateurs. Pour le système de santé, le fait de ne pas avoir l'obligation de référer à un médecin signifie qu'un professionnel peut traiter l'ensemble du cas et orienter vers un autre professionnel au besoin ce qui présenterait des avantages, entre autres :

- Limiter les dédoublements d'intermédiaires pour l'évaluation ou le diagnostic;
- Alléger la charge des médecins en première ligne afin qu'ils puissent traiter davantage de cas complexes;
- Donner une plus grande marge de manœuvre aux responsables de l'organisation du travail;
- Pouvoir référer directement à un médecin spécialiste, sans devoir passer par un médecin de famille.

Le Collège des médecins du Québec a fait de la question de l'accès aux soins une de ses priorités. Il se dit favorable à une approche de révision des activités professionnelles propres à chaque ordre, axée sur l'accessibilité aux soins de santé. La majorité des ordres en SRH aspirent à accroître l'autonomie de leurs professionnels ainsi que leur intégration dans les milieux de soins. Des exemples :

- Audiologistes (abolir l'exigence administrative d'une référence médicale dans les CISSS et les CUISSS pour consulter);
- Orthophonistes, ergothérapeutes (dysphagie);
- Optométristes (suivi et traitement du glaucome);
- Diététistes-nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes (présence accrue en première ligne);
- Infirmières (ordonnance collective);
- Technologues en imagerie médicale (l'échographie);
- Sages-femmes (santé sexuelle et reproductive et allaitement sur continuum de vie des femmes, suivi du diabète de grossesse en interdisciplinarité);
- Hygiénistes dentaires (changement au cadre du programme ministériel);
- Acupuncteurs (intégration aux équipes de soins en réadaptation physique).

B. Pouvoir émettre un diagnostic

Le dictionnaire Larousse explique le sens du diagnostic comme l'identification d'une maladie à partir de ses symptômes; par extension, analyse des causes d'une situation, jugement porté sur elle (le diagnostic porte sur le présent).¹⁹ En 2011, le Tribunal administratif du travail a établi des distinctions :

Le diagnostic intégral comporte notamment, selon les règles de l'art en médecine, le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique. «Le diagnostic positif se bâtit à partir des renseignements, aussi nombreux et précis que possible, qui sont tirés de l'étude des faits commémoratifs, de l'histoire du cas et de l'examen clinique. Le diagnostic différentiel permet de diagnostiquer la nature de la maladie et d'éliminer les autres maladies présentant en partie des symptômes analogues. Le diagnostic étiologique permet de reconnaître la ou les causes de la maladie constatée afin de la traiter de façon adéquate. [...]»²⁰

Le diagnostic est au cœur du processus d'accès aux soins. Il est également fréquemment requis pour obtenir des services. Le diagnostic est en lien direct avec l'évaluation de la condition du patient. Il est raisonnable de croire qu'un plus grand nombre de professionnels capables d'émettre un diagnostic, selon leurs compétences, permettrait une prise en charge plus rapide du patient tout en lui évitant de subir un processus fastidieux nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels pour des questions purement administratives. Ces considérations purement administratives ou organisationnelles obligent le patient à obtenir un diagnostic afin d'avoir accès aux soins de santé et aux services sociaux, ce qui allonge indûment sa trajectoire et contribue à engorger les bureaux des professionnels habilités à poser un diagnostic. Cette obligation administrative et organisationnelle devrait donc être revue afin de faciliter l'accès aux soins et aux services sociaux.

Parallèlement, il convient de réfléchir à la possibilité pour certains professionnels de poser des diagnostics, ce qui permettrait également de raccourcir la trajectoire d'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Au sein des ordres en SRH, il existe deux courants de pensée sur le diagnostic par rapport à l'évaluation, concernant la rédaction législative pertinente dans le *Code des professions* :

- L'évaluation conduit à des conclusions qui mènent à un diagnostic. Cette interprétation est surtout privilégiée par les ordres en santé. Selon cette interprétation, les ordres qui possèdent la possibilité d'évaluer un patient devraient aussi pouvoir poser un diagnostic. Les ordres ayant le terme évaluation dans leurs champs d'exercice souhaiteraient donc que le terme diagnostic soit ajouté en plus du terme évaluation.
- L'évaluation est incluse dans le terme diagnostic. Cette interprétation est mise de l'avant par certains ordres en santé mentale. Ils souhaitent que le diagnostic soit intégré dans le *Code des professions* en remplacement du terme évaluation.

Ce qui subsiste de ces deux courants de pensée est une volonté commune : la capacité de poser un diagnostic dans son champ d'exercice. Plusieurs ordres espèrent que davantage de professions puissent effectuer des diagnostics, par exemple : infirmières, diététistes-nutritionnistes, orthophonistes, audiologistes, ergothérapeutes, sexologues, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, conseillers d'orientation. Certains ordres souhaiteraient une prise en charge directe par des professionnels autres que les médecins ou les infirmières de patients qui se présentent à l'urgence ou en Groupe de médecine de famille avec des troubles divers. En plus de l'évaluation, ces ordres aimeraient qu'elle soit accompagnée du pouvoir de diagnostiquer, dans leur domaine d'expertise, en lien avec des compétences déjà bien ciblées dans leurs champs d'exercice, que ce soit la nutrition, la vision, la surdité, l'espace de vie, le neuro-musculosquelettique ou la santé mentale.

¹⁹ Informations tirées du Dictionnaire en ligne Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154>

²⁰ Tribunal administratif du travail, « Mémento », 2011, <https://services.tat.gouv.qc.ca/SJ/mementofeb8.nsf/852562dd006ae370852562760073c65a/a3d2a2f7f0a1a3b0852578cc006f8fd1?OpenDocument>

L'Ordre des optométristes du Québec et l'Ordre des chiropraticiens du Québec préconisent la mise à jour de leur loi pour reconnaître le diagnostic, qui est déjà une réalité factuelle et juridique. Certains ordres, dont l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre professionnel des sexologues du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec aspirent à éliminer l'obligation pour la clientèle d'avoir un diagnostic et/ou une référence d'un médecin pour obtenir certains soins de santé mentale ou physique. Selon eux, une bonne évaluation des capacités adaptatives serait suffisante pour identifier les besoins de services. En santé mentale, certains ordres souhaiteraient que les évaluations qui consistent à statuer sur la présence d'un trouble mental, neuropsychologique, sexuel ou une déficience intellectuelle soient liées à un pouvoir de diagnostic.

Le Collège des médecins n'est pas contre l'idée de partager le droit de poser des diagnostics avec d'autres professionnels. Si l'on veut voir des professions partager la fonction de diagnostic avec le médecin, il faudra établir de bonnes balises déontologiques en lien avec les compétences, surtout pour les cas de santé plus complexes. Dans de tels cas, le professionnel devrait énoncer clairement les limites de son champ d'exercice, auquel cas il devra renvoyer le patient au médecin. Dans certains cas, le diagnostic d'un médecin spécialiste restera inévitable.

L'Office des professions a débuté des travaux en 2020, en concertation avec des ordres professionnels, sur le diagnostic en santé physique et en santé mentale. Il était espéré que ces travaux génèrent de meilleures pistes de solutions selon la spécificité des professions. Il était également souhaité que ces travaux soient connus du public. Cette initiative n'a pas encore donné de résultat. Les travaux ainsi entamés devraient être achevés et rendus publics sur ces questions.

C. Ajouter des professionnels supplémentaires à l'offre du réseau public

Parallèlement, plusieurs ordres soutiennent que leurs professions ne remplissent que partiellement les champs d'exercice qui leur sont conférés par la loi, faute d'une organisation optimale du travail, de ressources ou d'un cadre syndical restreignant les possibilités. Certains ordres souhaitent ajouter des nouveautés à l'offre de services professionnels, intégrer de nouvelles expertises à l'offre du réseau ou élargir l'offre de services par l'ajout de nouvelles catégories d'emploi. Trois exemples :

- La formation des phlébotomistes pour les centres de prélèvement et le service à domicile. Les activités autorisées seraient les mêmes que pour le technologiste médical, à l'exception de l'activité prévue au paragraphe 6 de l'article 371, du Code ce qui doit être limité à introduire un instrument, selon une ordonnance, dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.
- La création du titre de psychothérapeute au sein du réseau de la santé et des services sociaux afin que les membres des ordres professionnels, qui détiennent l'agrément de l'Ordre des psychologues du Québec et sont embauchés à ce titre pour intervenir auprès des patients, soient officiellement reconnus comme tels.
- La création du titre d'emploi de thérapeute conjugal et familial (T.C.F.) dans le réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser l'accès de clientèles vulnérabilisées à des services spécialisés en thérapie conjugale et familiale.

2. ADAPTER LA RÉGLEMENTATION ET LES LOIS PROFESSIONNELLES AU CONTEXTE ACTUEL

Selon un sondage effectué par le Conseil en 2020, la difficulté de mettre à jour et/ou d'optimiser le champ d'exercice et les activités réservées est la plus importante menace identifiée par les ordres en ce qui a trait à l'évolution de leur profession. Si la pandémie a démontré que les professions peuvent aider le gouvernement à accomplir certaines tâches (telle l'injection lors de la vaccination) lorsqu'une volonté politique existe, force est de constater que le processus actuel de traitement législatif et réglementaire, par son inertie systémique, ne favorise pas la création, le partage ou la délégation d'activités professionnelles. D'ailleurs, l'actuel chantier du MSSS, en collaboration avec l'Office des professions, mise avant tout sur le décloisonnement des activités plutôt que sur une collaboration interprofessionnelle. Le leadership du ministre de la Santé et des Services sociaux sera nécessaire pour corriger cette situation. Le Conseil s'est également prononcé en faveur de la nomination d'un ministre délégué au système professionnel²¹, qui aurait toute son importance dans la révision des lois et règlements afin de faciliter un meilleur accès aux soins.

A. Prévoir de nouvelles activités

Plusieurs professions cherchent à ajouter de nouvelles activités à leur offre de services pour accélérer l'accès aux soins et pour mieux répondre aux besoins de la population québécoise. Des exemples :

- L'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec souhaite le soutien de l'opticien à l'ophtalmologiste (Prétests, mesures, dépistage d'indices de pathologie et entretien de besoins des patients);
- L'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec souhaite proposer que son champ d'exercice lui permette d'évaluer d'une clientèle stable et à évolution prévisible pour améliorer l'efficacité et l'efficacéité du réseau. La qualité et la sécurité des soins en bénéficieraient, grâce à une équipe interdisciplinaire compétente, dans laquelle chacun peut jouer pleinement son rôle. L'évaluation d'une clientèle stable permettrait notamment aux infirmières auxiliaires de prendre la décision de vacciner ce type de clientèle.
- L'Ordre des sages-femmes du Québec souhaite optimiser les compétences de ses membres en santé sexuelle et reproductive dans un continuum de vie des femmes et des filles, particulièrement dans les communautés autochtones. Il ne s'agit pas de nouvelles activités en soi, mais bien d'un élargissement du champ.
- L'Ordre des dentistes du Québec aimerait que ses membres puissent effectuer des radiographies à l'aide d'un appareil portable en résidence privée.
- De façon consensuelle, l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes souhaitent prescrire et réaliser l'examen de la vidéofluoroscopie et de la naso-endoscopie de la déglutition dans le cadre de l'évaluation des patients dysphagiques ou à risque de l'être.
- L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec désire optimiser la prise en charge directe par des physiothérapeutes de patients qui se présentent à l'urgence ou en GMF avec des troubles musculosquelettiques ou neuro-musculosquelettiques, en l'étendant à l'urgence telle que c'est actuellement le cas en clinique privée.
- Des travaux ont été entamés avec l'Office des professions, mais qui n'ont pas été complétés en raison de leur complexité, pour de nouvelles activités réservées dans le secteur oculo-visuel (notamment pour les opticiens d'ordonnances et les optométristes). Il est anticipé que ces travaux devraient suivre le même cheminement que ceux ayant conduit au projet de loi 29 pour le secteur buccodentaire.

Ces nouvelles activités devront être discutées entre les professionnels concernés.

²¹ Conseil interprofessionnel du Québec, *La modernisation des lois et des champs d'exercice professionnels*, Montréal, 26 mai 2022, page 18, https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYY3Q7Y2h7Qix1Qmll4X3Rf/asset/files/9341_ModernisationLoisChampExp_V4.pdf



B. Pouvoir prescrire des examens, médicaments et traitements

Le traitement des maladies implique le médecin dans la majorité des processus de traitement, ce qui peut potentiellement entraîner le recours à un plus grand nombre de professionnels ainsi que des délais de traitement. De nombreux ordres – entre autres psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, audiologistes, optométristes, chiropraticiens, conseillers d'orientation – estiment pouvoir jouer un rôle accru pour améliorer la trajectoire de traitement. D'autres exemples :

- Le déploiement d'ordonnances collectives ainsi que l'initiation de certains traitements pour des affections courantes où le traitement est balisé par des guides d'usage optimal et sous ordonnance collective (infirmières);
- Les infirmières aimeraient déployer des ordonnances collectives plus largement. Celles-ci sont actuellement très variables selon les établissements;
- La prescription de médicaments (p. ex. les physiothérapeutes pour des conditions musculosquelettiques);
- L'Ordre des dentistes du Québec souhaite que ses membres qui ont la formation puissent prescrire les tests de polysomnographie pour interprétation par le pneumologue;
- La permission d'avoir des classes évolutives de médicaments;
- L'élimination des « listes fermées » de médicaments et de soins, trop limitatives en fonction de l'évolution des pratiques et des produits disponibles, etc.» (optométristes);
- La prescription d'un examen (physiothérapeutes);
- La prescription d'analyse (chiropraticiens) ou d'imagerie médicale (technologue en imagerie médicale – ordonnance collective);
- La prescription d'un arrêt de travail/retour au travail – santé mentale (psychologues, conseillers d'orientation, physiothérapeutes, chiropraticiens);
- L'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance (inhalothérapeutes);
- La révision des règles de soins et les ordonnances collectives des établissements de la *Loi sur la santé et les services sociaux* afin d'y inclure l'infirmière auxiliaire lorsqu'aucune évaluation préalable n'est pas nécessaire;
- Les obligations de références systématiques dans certaines situations qui génèrent des visites inutiles à l'urgence ou en spécialité. Par exemple, le billet pour un arrêt de travail ou le billet pour les exigences administratives de la CNESST et de la SAAQ.

Certaines de ces propositions, ainsi que d'autres, similaires, ont fait l'objet d'une demande de changement législatif auprès de l'Office des professions. La majorité d'entre elles sont restées sans réponse ou ont été refusées.

3. FAVORISER DES PARTENARIATS POUR SOUTENIR LE RÉSEAU PUBLIC

Un grand nombre d'ordres en SRH ont des membres qui travaillent en dehors du réseau public de la santé et des services sociaux. Ils estiment qu'une plus grande contribution des professionnels œuvrant en dehors du réseau public pourrait contribuer à le désengorger, à diminuer les listes d'attente et à accroître l'offre et la fluidité des soins.

A. Élargir la couverture du panier de services assurés²²

Pour 2021-2022, les prévisions des comptes de la santé concernant les dépenses en santé et services sociaux s'élevaient à environ 58 milliards \$²³. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime à environ 15,3 milliards \$ les dépenses en santé effectuées par le secteur privé. Par dépenses du secteur privé, on entend les dépenses qui sont directement assumées par les ménages québécois ou leurs assureurs privés, et les dépenses qui sont effectuées par le gouvernement pour les soins dispensés dans des établissements privés ou par des travailleurs ne faisant pas partie d'un organisme public²⁴.

Le Conseil reconnaît que les soins de santé et de services sociaux sont fournis par des professionnels œuvrant dans le réseau public ainsi que dans le secteur privé. Le Conseil et ses membres souhaitent éviter de laisser entendre que la suggestion d'élargir le panier de services assurés serait potentiellement perçue comme un parti pris « philosophique » en faveur du secteur privé. Sans diminuer la contribution du réseau public, cette analyse considère le panier disponible de services assurés par rapport à la capacité actuelle du réseau public de répondre à la demande totale de soins requise par la population en 2022. L'objectif est de renforcer l'accès aux soins de santé et de services sociaux à court terme, dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre.

La majorité des ordres en SRH estime qu'un moyen rapide de favoriser l'accès des Québécoises et Québécois aux soins de santé – et de diminuer l'attente de la population – serait d'inclure de nouveaux services professionnels dans le panier des services assurés et d'élargir la couverture de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), par exemple, aux services et soins offerts par les diététistes-nutritionnistes, les physiothérapeutes, les acupuncteurs, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les podiatres, les opticiens d'ordonnance, les optométristes, les psychoéducateurs, les conseillers d'orientation, et les sexologues. Il existe d'autres exemples d'activités professionnelles qui bénéficieraient d'un élargissement du panier assuré, par exemple :

- La couverture des soins dentaires médicalement requis (cœur, poumons, cancer, etc.);
- L'élargissement des programmes préventifs pour les enfants (p. ex. : hygiénistes dentaires);
- Le remboursement de certaines consultations en cabinet privé ou en Groupes de médecine de famille (ergothérapeutes, physiothérapeutes, technologue en physiothérapie, chiropraticiens);
- Le remboursement des frais d'imagerie médicale;
- Le remboursement des services de psychothérapie;
- La couverture de l'apnée du sommeil (inhalothérapeutes);
- L'ouverture de nouveaux corridors d'accès en dehors du réseau public (diagnostic, traitement, chirurgies – p. ex. podiatres, conseillers d'orientation).
- L'ouverture des services d'évaluation en audiologie en dehors des centres hospitaliers et couverts par le régime public, pour les enfants, les personnes âgées, et les personnes ayant une déficience auditive.
- Les services de nutrition.

²² L'OTSTCFQ a tenu à exprimer son désaccord à propos de cette section du document.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Comptes de la santé 2019-2020 2020-2021 2021-2022, Québec, 2022*, ; <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-614-01W.pdf>

²⁴ Girard, M., « Le privé prendra encore plus de place en santé », *Journal de Québec*, 19 mars 2022, <https://www.journaldequebec.com/2022/03/19/le-privé-prendra-encore-plus-de-place-en-santé>

B. Revoir le contexte et les contours financiers

Cet élargissement du panier de services assurés permettrait d'éviter que des patients choisissent de se rendre dans les urgences hospitalières ou dans des cliniques médicales sans rendez-vous uniquement pour des raisons financières. Cela améliorerait le flux des soins pour l'ensemble de la population. Pour le patient, il importe d'être vu par un professionnel. Les ordres recommandent les mesures suivantes pour examiner les considérations financières liées à l'élargissement du panier de services assurés :

- Certains ordres ont fait valoir que les frais pourraient être remboursés par la RAMQ, mais aussi par les assurances collectives. Pour ce faire, il faudrait qu'il y ait une reconnaissance du service professionnel par les compagnies d'assurance, qui sont de grands consommateurs de services professionnels en SRH (ergothérapeutes, physiothérapeutes, technologues en physiothérapie, criminologues, diététistes-nutritionnistes). Globalement, les protocoles d'entente déjà signés devraient être mis à jour.
- Des ordres ont plaidé en faveur d'une actualisation des taux des traitements pour la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (physiothérapeutes, technologues en physiothérapie, podiatres, ergothérapeutes, diététistes-nutritionnistes).
- Une révision des partenariats avec la CNESST, l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), pour les élargir à d'autres secteurs.
- Une révision des pratiques actuelles s'impose pour la CNESST, l'IVAC et la SAAQ, ainsi que pour les grandes compagnies d'assurances. Elles considèrent et réfèrent au médecin plutôt qu'à un autre professionnel attiré au patient. Selon les changements apportés, ils devront être légalement reconnus par le gouvernement.
- Des ordres ont suggéré une exemption de taxe pour les services professionnels (par exemple, les conseillers d'orientation et les thérapeutes conjugaux et familiaux en pratique privée, les sexologues, les criminologues et les psychoéducateurs)²⁵.
- Harmoniser les ententes avec les GMF afin que les services professionnels soient uniformisés. Par exemple des GMF exigent des frais pour les services qui devraient être fournis par un établissement public²⁶.

4. CONDITIONS À LA RÉUSSITE DU CHANTIER

Les propositions avancées dans le cadre des trois priorités de l'amélioration de l'accès aux soins ne fonctionneront que si des conditions gagnantes soutiennent leur mise en œuvre :

- Une meilleure organisation des soins de santé et des services sociaux;
- La formation des parties prenantes dans les champs d'exercice professionnels;
- Une plus grande contribution du secteur privé;
- Des indicateurs précis pour mesurer la performance du système;
- Une plus grande flexibilité réglementaire pour les ordres professionnels.

5. AVANTAGES ATTENDUS

Le Conseil a demandé aux ordres en SRH d'identifier les bénéfices anticipés de leurs propositions pour l'accès aux soins, pour le patient et pour le système de santé. Les bénéfices attendus sont les suivants :

Améliorer l'accès et la cohérence de la trajectoire de soins	Bénéfices pour le patient	Bénéfices pour le système de santé
<p>Bon professionnel au bon endroit : prise en charge plus rapide du patient;</p> <p>Éviter de passer par le médecin de famille;</p> <p>Éviter de consulter plusieurs professionnels pour un même problème;</p> <p>Réduire les listes d'attente pour l'accès aux divers services ainsi que les retards de soins;</p> <p>Optimiser l'accessibilité aux services en santé mentale et la contribution de chaque professionnel;</p> <p>Une meilleure gestion du temps au bloc opératoire en diminuant le report de chirurgie.²⁷</p>	<p>Meilleure prise en charge du patient;</p> <p>Améliorer la trajectoire du patient;</p> <p>Diminuer le délai de prise en charge et du séjour, notamment en Groupes de médecine de famille, en Centre hospitalier et en Centre d'hébergement de soins de longue durée;</p> <p>Améliorer la protection du public; éviter les préjudices;</p> <p>Diminuer les complications;</p> <p>Réduire le temps de récupération et optimiser le potentiel de rendement fonctionnel;</p> <p>Dépistage et diagnostic plus rapide;</p> <p>Prévenir des consultations non nécessaires vers les médecins-psychiatres pour obtenir un diagnostic;</p> <p>Réduire la progression des maladies chroniques.</p>	<p>Désengorger les urgences et GMF;</p> <p>Combattre la pénurie de personnel;</p> <p>Libérer les médecins et les infirmières et infirmiers en première ligne pour d'autres activités professionnelles;</p> <p>Libérer des médecins pour les soins plus complexes;</p> <p>Alléger le fardeau administratif;</p> <p>Meilleure utilisation des ressources;</p> <p>Baisse des coûts.</p>

Les moyens proposés par les ordres pour moderniser l'accès aux soins de santé et aux services sociaux touchent l'ensemble du corps humain. L'accès aux soins de santé comprend la santé physique et mentale, mais également un accès à des services sociaux. Dans l'ensemble, les recommandations des ordres professionnels pour améliorer l'accès aux soins de santé et de services sociaux comportent des bénéfices socio-économiques. Elles ont un impact transversal puisqu'elles permettent un meilleur accès aux soins, garantissent que les citoyens demeurent en bonne santé le plus longtemps possible, contribuant ainsi à la société, tout en minimisant leur utilisation du réseau de la santé et des services sociaux.

L'ouverture du panier de soins assurés aurait évidemment un coût initial. Toutefois, elle réduirait significativement le recours ultérieur à l'urgence et aux soins hospitaliers plus coûteux et plus invasifs. Elle encouragerait davantage de personnes – notamment celles qui craignent les coûts du système privé – à se faire soigner. Un recours accru à la chirurgie en milieu privé allégerait la pression sur les chirurgies dans le réseau public. Le dépistage plus rapide, créé par une meilleure collaboration interprofessionnelle et par la révision du panier de services assurés, freinerait le développement de milliers de cas de maladies. Rappelons que les coûts varient en fonction de la lourdeur des cas, qui requièrent davantage de soins et de professionnels par patient. En 2021, un séjour à l'hôpital était de 3 776 \$ par jour aux soins intensifs et de 1 369 \$ en salle commune²⁸.

Outre l'état de santé de la personne, l'accès optimal aux soins par l'approche du « bon professionnel au bon endroit et au bon moment » minimiserait certaines externalités économiques, comme la pénurie de main-d'œuvre, la baisse de la productivité de la main-d'œuvre (jours d'absences au travail) et la nécessité d'investir massivement dans des infrastructures hospitalières alors que d'autres solutions sont à portée de main. Le Conseil estime que les mesures proposées par les ordres entraîneraient une baisse du coût unitaire moyen pour soigner un patient – dans un délai plus court – ce qui permettrait de traiter un plus grand nombre de patients annuellement, avec le même nombre d'effectifs professionnels et le même budget.

²⁷ Avec près de 160 000 personnes en attente d'une chirurgie non urgente au Québec, le délai d'attente est une information importante pour les patients. Labrie, Y., *op. cit.*, <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2022-01-08/delais-d-attente-en-chirurgie/preparons-l-apres-pandemie.php>

²⁸ Vaillès, F., « Se faire soigner coûte combien au Québec ? » *La Presse*, 23 juillet 2021, <https://www.lapresse.ca/affaires/chroniques/2021-07-23/se-faire-soigner-coute-combien-au-quebec.php>

CONCLUSION

Ce document exprime ce que les ordres et le Conseil avaient anticipé au début des travaux du Forum sectoriel des présidences des ordres en SRH : les activités professionnelles (actuelles, nouvelles, à déléguer ou à partager) constituent une assise fondamentale pour accroître l'accès aux soins dans le réseau public ainsi qu'en cabinet privé. Toutes ces activités doivent avoir comme assises les connaissances et les compétences de la personne qui rend le service. Leur champ d'action est large, mais leurs fonctions sont spécifiques. Les domaines d'intervention potentiels sont nombreux. Certaines des suggestions formulées par les ordres ont été, à plusieurs reprises et depuis longtemps, présentées au gouvernement. Dans l'ensemble, la compilation du Conseil révèle un désir durable des ordres de parvenir à une plus grande collaboration interprofessionnelle dans l'intérêt du patient.

Selon plusieurs ordres, la révision du panier des services assurables reconnus et financés par le MSSS s'avérerait un moyen rapide d'ouvrir l'accès aux soins. Sans faire d'analyse coût-bénéfice, il est raisonnable de croire que les recommandations des ordres en SRH constitueraient un solide contrepois à la situation qui prévaut depuis de trop nombreuses années dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit la difficulté d'accéder à un professionnel et l'engorgement des urgences, ce qui crée des distorsions pernicieuses dans toutes les trajectoires de soins.

Le système québécois de la santé et des services sociaux est à la croisée des chemins. L'entonnoir que constitue l'accès aux soins de santé ne peut plus être maintenu. Les moyens de contrer les effets anticipés du vieillissement sur le réseau ne peuvent plus être reportés. Il n'y a plus de raccourcis possibles. L'expertise des professionnels doit être au cœur du processus de modernisation du système de santé. Vingt-neuf ordres professionnels québécois proposent des solutions simples et innovantes. Ces recommandations ne sont pas le fruit de caprices corporatistes. Elles reflètent une volonté de moderniser les professions, la valeur des champs de pratique professionnelle et la prise en compte des développements novateurs en matière de collaboration interprofessionnelle et de modèles de soins dans les systèmes de santé internationaux.

Ce document, une première pour l'ensemble des ordres en SRH, contient des dizaines de suggestions à l'intention du ministre de la Santé et des services sociaux. Mais il doit aussi être considéré comme une étape vers la modernisation du système professionnel dans son ensemble. Entre-temps, le Conseil et les ordres professionnels seront munis de solutions porteuses d'avenir pour collaborer avec les parties prenantes du système de la santé afin d'améliorer l'accès des Québécoises et Québécois aux soins de santé et aux services sociaux.

ANNEXE I :

Liste des ordres professionnels en santé et relations humaines

Ordre des acupuncteurs du Québec
Ordre des audioprothésistes du Québec
Ordre des chiropraticiens du Québec
Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec
Ordre professionnel des criminologues du Québec
Ordre des dentistes du Québec
Ordre des denturologistes du Québec
Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des médecins vétérinaires du Québec
Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec
Ordre des optométristes du Québec
Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
Ordre des podiatres du Québec
Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des sages-femmes du Québec
Ordre professionnel des sexologues du Québec
Ordre des technologues en prothèses et appareils dentaires du Québec
Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec
Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec



CONSEIL
INTERPROFESSIONNEL
DU QUÉBEC

550, rue Sherbrooke Ouest, Tour ouest
bureau 2050, Montréal (Québec) H3A 1B9

Tél. : 514 288-3574 • Tél. : 514 288-3580

www.professions-quebec.org