

Chapitre 1

Le contexte québécois actuel

**À la suite des audiences tenues auprès des experts,
des groupes, des organismes et des associations**

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.

En ce qui concerne, les professions qui exercent au plan de la santé mentale et des relations humaines dans les secteurs public et privé, et celles qui pratiquent au plan de la santé physique dans le secteur privé le Groupe de travail a invité des experts,¹ des groupes, des organismes et des associations représentatifs à lui présenter leur point de vue sur les problèmes qui affectent l'organisation des services professionnels et à porter à son attention des expériences novatrices issues des milieux de pratique.

Par ailleurs, en ce qui concerne les professions qui œuvrent en santé physique, dans le secteur privé, les commentaires reçus proviennent des associations professionnelles lesquelles représentent leurs membres et se sont exprimées essentiellement sur les problématiques reliées à la pratique professionnelle de ces derniers.

L'ensemble des 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 domaine de la santé mentale et des relations humaines des secteurs public et privé et dans celui de la santé physique en pratique privée.

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. Elles ont été regroupées et elles constituent 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.

¹ Les experts sont des personnes invitées par les membres du Groupe de travail parce qu'elles ont su influencer le milieu 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.

Liste des experts, des groupes, des organismes et des associations consultés

Au plan de la santé mentale et des relations humaines dans les secteurs public et privé

Les experts consultés en audience²

- Hugues Cormier, psychiatre communautaire, professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université de Montréal
- Marcel Courtemanche, psychologue, chef du Service de psychologie, CHUM et Paul Veilleux, psychologue, équipe SIDA du CHUM
- Fabie Duhamel, infirmière, professeure à l'Université de Montréal et Hélène Racine, infirmière clinicienne en santé mentale
- Claude Larivière, professeur et chercheur au Département de service social de l'Université de Montréal
- Pierre Ritchie, directeur général du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé

Les groupes, les organismes et les associations rencontrés en audience³

- Association des médecins psychiatres du Québec; représentant : Jean-Pierre Bernatchez, psychiatre
- Association des psychologues des centres jeunesse du Québec; représentants : Louisiane Gauthier et Gilles Richelieu, psychologues
- Association des sexologues du Québec; représentants : François Blanchet, président, Sylviane Larose, directrice générale et Normande Couture, secrétaire exécutive
- Centre hospitalier Pierre-Janet; représentants : Pierre Gagnon, directeur général et pédopsychiatre, André Gagnon, pédopsychiatre et Jean-Bernard Trudeau, omnipraticien
- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle; représentant : Jacques Boivin, directeur général
- Institut de réadaptation en déficience physique du Québec; représentantes : Louise Baril, Julie Dionne et Marie Leblanc, psychologues, Sonia Tremblay, neuropsychologue, Céline Gosselin et Lise Potvin, travailleuses sociales, Luc Duval, conseiller d'orientation
- Regroupement des directrices de soins infirmiers en psychiatrie; représentantes : Roselyne K. Belmare, Diane Benoît, Louise Bérubé et Nicole Ricard

² La présentation en audience était également accompagnée d'un document pour certains.

³ Ces groupes ont également déposé soit un mémoire, soit un document de présentation.

Chapitre 1

en collaboration avec le Regroupement des Conseils des infirmières et infirmiers des hôpitaux psychiatriques; représentante : Christine Lamarre , présidente

Une association rencontrée, en dehors du cadre des audiences

- Association des psychologues en CLSC; représentant : Charles Roy, président

Au plan de la santé physique dans le secteur privé

Les associations rencontrées en audience⁴

- Association des chirurgiens dentistes du Québec; représentants : Chantal Charest, présidente et Daniel Pelland, directeur général
- Association des denturologistes du Québec; représentants : Martin Damphousse, président et Diane Bélanger, avocate
- Association des médecins ophtalmologistes du Québec; représentants : François Codère, président, Côme Fortin, président sortant
- Association des opticiens du Québec; représentants : Darquise Tardif, présidente, Jacques Roy et Mme Bergeron
- Association des optométristes du Québec; représentants : Langis Michaud, président et Daniel Lord, directeur général
- Association professionnelle des audioprothésistes du Québec; représentants : Christian Milot, président et Claude Chartier, adjoint administratif

Les groupes et les organismes rencontrés en audience lors de la phase 2 des travaux portant sur les ordres professionnels qui travaillent dans les établissements du réseau de la santé

Il s'agit de groupes et d'organismes dont les commentaires concernaient également les professions œuvrant en santé mentale et en relations humaines des secteurs public et privé. Bien qu'ils aient été rencontrés une fois, au début des travaux, le Groupe de travail a tenu compte de leurs propos pour compléter la réalisation de la dernière phase du mandat qui lui a été confié.

- Association des Centres jeunesse du Québec; représentants : Jean Boudreau et Pierre Morin
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec; représentants : Lucille Rocheleau et Ginette Taillon
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec; représentants : Jacques Drolet, Paul Lachapelle et Anne Lauzon

⁴ Ces associations ont également déposé soit un mémoire, soit un document de présentation.

Chapitre 1

- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse; représentants : Marc Bélanger et Céline Giroux
- Conseil de la santé et du bien-être; représentants : Éric Laplante, Hélène Morais et Lionel Robert
- Curateur public du Québec; représentants : Monique Daigle et Normand Laroche

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

A) Les problèmes et les solutions vus par les experts, les groupes, les organismes et les associations, en ce qui concerne les professions qui interviennent au plan de la santé mentale et des relations humaines dans les secteurs public et privé

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

1. La protection du public

1.1. La protection du public relève d'abord des ordres professionnels

- À l'heure actuelle, des intervenants réalisent des activités qui comportent un haut degré de risque, sans faire partie du système professionnel; certains intervenants, dont le titre n'est pas réservé, procèdent entre autres, à l'évaluation de l'identité et des troubles sexuels, notamment au regard de déviations majeures. Ils collaborent au diagnostic et au traitement avec les médecins et les psychologues. Ils pratiquent la psychothérapie auprès de personnes qui consultent pour des dysfonctions sexuelles ou des problématiques liées à la sexualité.
- Ces intervenants réunis en association reconnaissent que le système professionnel offre des moyens de contrôler la qualité de la pratique de ses membres et ont entrepris un processus de reconnaissance, afin d'être intégrés à l'Ordre professionnel des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

1.2. La qualité des actes pose des exigences précises

- Le secteur psychosocial est privé de ressources humaines, avec comme conséquences :
 - l'allongement des listes d'attente;
 - l'intervention de personnes qui s'improvisent professionnels;
 - l'orientation de clients vers un processus de réadaptation fonctionnelle alors que leur état psychologique ne le permet pas.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

2. Les lois professionnelles

2.1. Les lois actuelles empêchent l'utilisation optimale des ressources

- L'encadrement légal des professions devrait permettre au professionnel d'exercer pleinement ses compétences.
- La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ne reflète pas la pratique et la délégation d'actes demeure limitative. Par exemple : les infirmières pourraient effectuer des évaluations préliminaires, procéder à l'initiation du plan d'intervention et à la planification des demandes; pour ce faire, son rôle ne devrait pas être limité à la surveillance de la médication et à la thérapie de soutien.
- Une solution réside dans la reconnaissance légale de la pratique actuelle et d'une plus grande autonomie de l'infirmière en santé mentale.

2.2. L'impact des lois professionnelles dans le milieu

- Actuellement dans certains milieux du secteur de la santé mentale et des relations humaines, il s'agit davantage d'intégrer le système professionnel, que de l'assouplir (ex. : les centres jeunesse).
- Il s'avère difficile d'identifier des barrières inhérentes au système professionnel qui soient vraiment catastrophiques.

2.3. Entre autres commentaires

- La complexité des interventions systémiques familiales, la formation requise pour les réaliser et les risques de préjudice qu'elles représentent nécessitent qu'elles soient intégrées à une loi professionnelle (ex. : la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*).
- Certains services qui sont remboursés par les assureurs privés, ne sont pas encadrés par le système professionnel (ex. : la naturopathie).

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

3. Les champs de pratique

3.1. Le champ de pratique de l'infirmière en santé mentale

- Les activités qui caractérisent la pratique infirmière en santé mentale sont : l'évaluation, la surveillance et le monitoring de l'état de santé physique et mentale des personnes, l'établissement d'une relation thérapeutique visant l'accompagnement, le soutien, la mise en œuvre d'interventions thérapeutiques de nature cognitive et comportementale.
- À l'heure actuelle, l'infirmière pratique à la limite de ce qui lui est permis par son champ d'exercice : elle facilite l'accès aux tests diagnostiques, elle ajuste les prescriptions médicamenteuses à la suite d'une consultation médicale.

3.2. La redéfinition des champs de pratique doit viser la collaboration entre les professions

- Certaines barrières professionnelles sont inutiles et peuvent être à l'origine des phénomènes suivants :
 - l'appropriation de la pratique auprès des familles par un groupe d'intervenants;
 - le retrait des autres professionnels face à leurs responsabilités vis à vis la famille, d'où un risque de préjudices pour des familles;
 - l'apparition de luttes de pouvoirs;
 - l'épuisement des intervenants désignés.
- Quel que soit le champ de pratique, tous les professionnels de la santé mentale et des relations humaines devraient tenir compte du contexte familial du patient.

3.3. Entre autres commentaires

- Il y aurait peut-être lieu de :
 - cibler un champ d'exercice en identifiant le territoire de pratique, les modes de pratique spécifiques, la culture propre au milieu;
 - définir des champs de compétences, à l'intérieur d'une même profession (ex. : la neuropsychologie pour le psychologue);

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- développer une fonction d'infirmière praticienne en santé mentale, dans le milieu urbain.

4. L'appartenance aux ordres

4.1. Un constat de la situation

- Peu de professionnels du secteur de la santé mentale et des relations humaines ont l'obligation d'appartenir à leur ordre. Un faible pourcentage des intervenants psychosociaux travaillant dans le réseau public sont actuellement membres d'un ordre professionnel; ceux qui le sont, peuvent démissionner de leur ordre professionnel et continuer d'occuper leur poste d'intervenant professionnel chez leur employeur, en utilisant un autre titre d'emploi prévu aux conventions collectives.
- Les différentes appellations utilisées dans les milieux de travail ne donnent aucune idée de la formation de la personne.

4.2. L'adhésion devrait être obligatoire

- L'appartenance obligatoire serait reçue positivement par certains intervenants. Elle est susceptible toutefois d'entraîner un changement important au niveau de l'organisation du travail dans certains milieux.
- L'appartenance obligatoire à l'ordre contribuerait à influencer les universités afin que soit enseigné aux professionnels, ce qui se pratique sur le terrain.
- L'obligation d'appartenir à un ordre professionnel aurait des effets positifs.
- L'idéal serait de s'assurer que les ordres professionnels puissent contrôler l'ensemble des personnes qui exercent professionnellement dans un champ, qu'il s'agisse du secteur des services sociaux ou de la rééducation.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- La responsabilité de l'État en tant qu'employeur serait entre autres, de ne pas sanctionner les doubles appellations, mettant ainsi un frein à la prolifération des titres et à l'impossibilité d'inspecter des intervenants qui ne sont pas membres de leur ordre.
- Il arrive que des organismes payeurs (ex. : SAAQ, CSST) embauchent des intervenants de façon contractuelle (sous-traitance); entre autres, pour évaluer l'inaptitude au travail des personnes à qui ils allouent des prestations. Les professionnels qui œuvrent dans ce contexte risquent d'être placés en conflit d'intérêts. L'appartenance obligatoire à un ordre professionnel offrirait une garantie supplémentaire pour la protection du public.

5. La fonction des ordres

5.1. Des responsabilités qui incombent aux ordres et qui ont un impact sur la protection du public

- La réglementation des spécialités offre une garantie de protection pour le public.
- L'Ordre devrait s'assurer que le professionnel utilise les outils pertinents, il s'agit d'un aspect déontologique important pour la protection du public.
- Il importe que le maintien des compétences soit assuré par les ordres parce que certaines organisations auraient délaissé cet aspect. Entre autres, les jeunes praticiens ont et auront besoin d'un soutien professionnel, ce que plusieurs milieux de travail ne seraient plus en mesure d'offrir.
- Les ordres devraient abandonner peu à peu leur rôle de surveillance des frontières du territoire professionnel au bénéfice d'une intervention accrue en matière de contrôle des compétences de leurs membres.
- Le secteur de la santé et des relations humaines a été particulièrement touché par des coupures budgétaires qui peuvent entraîner des surcharges de travail pour les professionnels de ces milieux. Cette situation pourrait avoir des impacts sur la protection du public, à ce titre les ordres professionnels devraient faire les représentations qui s'imposent.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

5.2. Une problématique relative à la formation continue

- Mis à part certaines initiatives, la formation continue est offerte en silo, par chacun des ordres professionnels.

Une solution consiste à offrir une formation continue interprofessionnelle qui permette également l'obtention de crédits de formation continue (ex. : les actions à prendre face au suicide).

- Une formation continue devrait être offerte de manière à permettre l'acquisition de compétences pratiques.
- L'ordre professionnel devrait être un organisme qui vérifie les compétences, la formation et offre la formation continue.

6. La formation

6.1. La formation permet l'adaptation aux nouveaux contextes de travail

- L'intégration de stages interdisciplinaires dans les programmes de formation favoriserait la collaboration.
- On doit favoriser un environnement d'éducation et d'exposition à des attitudes qui vont vers les besoins des gens plutôt que vers la consommation.
- La formation doit se préoccuper du savoir-faire de celui qui délègue :
 - persuader au lieu de convaincre;
 - offrir au lieu d'imposer;
 - laisser agir le temps.
- En contexte multidisciplinaire, une meilleure formation renforce l'identité professionnelle et suscite une collaboration accrue.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

6.2. La formation et la psychothérapie

- Il faudrait évaluer la formation d'un professionnel pour décider des outils qu'il peut utiliser pour pratiquer la psychothérapie.

6.3. Des possibilités d'amélioration au niveau des programmes de formation

- Le personnel disposant d'une formation universitaire, embauché par les milieux, ne serait pas suffisamment formé, plus particulièrement dans le domaine de la déficience intellectuelle, de l'autisme et des troubles envahissants du comportement.
- Les étudiants ne seraient pas suffisamment exposés aux compétences des autres disciplines professionnelles.
- Les milieux universitaires omettraient de développer des liens et une confiance interprofessionnels.
- Les universités sont à l'avant-garde dans le développement des nouvelles connaissances, mais elles demeurent conservatrices en ce qui concerne l'enseignement de l'interdisciplinarité.
- Des programmes d'intervention devraient être offerts en regroupant différentes compétences.
- La formation de base nécessaire pour travailler en santé mentale devrait être offerte, en tronc commun à toutes les professions du secteur de la santé mentale et des relations humaines, entre autres, sur :
 - les règles du développement de l'enfant;
 - le système familial;
 - l'interface enfant /famille/société.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- Les programmes de base devraient offrir un tronc commun à toutes les disciplines du secteur de la santé mentale et des relations humaines, afin de favoriser l'ouverture sur les autres et de développer un langage uniformisé dans ce secteur.
- Les programmes de formation de base devraient intégrer le travail d'équipe et la déontologie commune à chacune des disciplines. De plus, ces cours devraient constituer une exigence de base pour l'accès à la profession dans le champ de la santé et des relations humaines.

7. L'interdisciplinarité et la multidisciplinarité

7.1. Le travail en équipe est freiné par différentes composantes du système actuel

- Il arrive que le concept d'interdisciplinarité soit :
 - mal compris;
 - assimilé à de la polyvalence;
 - source d'une mauvaise compréhension quant à la formation initiale des intervenants.

7.2. Certains facteurs favorisent la mise en place de l'interdisciplinarité et de la multidisciplinarité

- Lorsque la collaboration est basée sur des modes de communication efficace, l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité sont favorisées.
- L'ouverture à l'idée de l'autre favorise la complémentarité dans l'équipe, il s'agit d'une question d'attitude.
- Il faudrait pouvoir aller au-delà des frontières de la confidentialité; cette dernière devrait être conciliée avec l'échange des informations nécessaires pour qu'un continuum de services puisse fonctionner.
- Des outils intersectoriels devraient être développés, visant à faire suivre l'information tout au long de la démarche du patient. L'utilisation efficace de tels outils nécessite de la solidarité entre les intervenants.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- Préalablement au travail en interdisciplinarité, il faudrait établir le noyau d'intervention propre à chaque discipline, l'objectif du travail en interdisciplinarité n'étant pas de perdre sa spécificité professionnelle.
- Entre autres conditions de réussite : des protocoles de concertation et de complémentarité; des compétences mieux définies; un plateau professionnel duquel on peut obtenir des observations certifiées compétentes.

7.3. L'évolution vers les fonctionnements en équipe nécessite des adaptations

- La notion de supervision de l'équipe est importante. Chacun des intervenants devrait y souscrire.
- La stabilité apparaît l'élément déterminant pour assurer la direction d'une équipe d'intervenants, et ce, pour le public; actuellement, il semble que la coordination clinique soit assurée par les établissements, alors qu'elle devrait se décider par les pairs; on attend du coordonnateur clinique qu'il facilite le travail en équipe, sans pour autant détenir de pouvoirs d'autorité.
- La pratique interdisciplinaire peut comporter un risque de chevauchement des rôles; par rapport à une fonction comme l'évaluation, cela fait en sorte que le patient peut être évalué par plusieurs intervenants, ce qui peut lui être préjudiciable; la réserve de la fonction d'évaluation pourrait apporter des solutions.
- Le travail d'équipe nécessite :
 - de la coordination;
 - de la discipline dans l'exercice de sa profession;
 - que chacun y joue son rôle principal, respecte celui de l'autre, tout en sachant prendre le relais.
- Une zone de travail commune devrait être dégagée et être interchangeable dans le cadre d'un travail multidisciplinaire.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- La communication devrait être maintenue, même en cas de mésentente.

8. Degrés de complexité et niveaux d'intervention

8.1. À titre d'exemple, le Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse

- On peut identifier trois niveaux de responsabilité :
 - 1° les intervenants en situation de service direct auprès des jeunes (ex. : éducateurs, praticiens sociaux);
 - 2° une équipe de soutien multidisciplinaire, spécialisée en évaluation et en intervention sur la psychopathologie et le suicide (médecins, psychoéducateurs, travailleurs sociaux et psychologues ayant une formation en psychothérapie);
 - 3° les professionnels des services de psychiatrie et de pédopsychiatrie (spécialistes en psychiatrie et en pédopsychiatrie).

L'équipe multidisciplinaire devrait :

- évaluer le potentiel suicidaire, la psychopathologie et les risques d'un passage à l'acte à court et à moyen terme;
- assurer la liaison entre l'équipe de premier niveau et celle de troisième niveau;
- référer aux services de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

8.2. Pour traiter les problèmes de santé mentale

- Il peut s'agir de troubles transitoires pouvant être traités en première ligne; il peut s'agir de troubles psychiatriques considérés comme des troubles persistants et devant être traités dans les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne.

8.3. Des constats effectués par l'Organisation mondiale de la santé

- L'état de santé mentale des populations en général s'est détérioré. Les problèmes les plus fréquents qui ont été identifiés sont la dépression majeure, l'anxiété et la toxicomanie.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- Les personnes recourent moins fréquemment aux services lorsqu'elles souffrent de problèmes de santé mentale que lorsqu'elles souffrent de problèmes de santé physique. Cela s'expliquerait par la méconnaissance, la non-accessibilité et l'inefficacité des services offerts en santé mentale.

8.4. Des changements dans l'offre de services et de soins auprès des personnes présentant des problèmes de santé mentale

- Des priorités ont dû être établies menant à privilégier une approche complémentaire de prévention, de traitement et de réadaptation psychosociale.

8.5. La pratique de la psychothérapie

- La pratique de la psychothérapie nécessiterait l'obtention de compétences adéquates et une supervision. Cette activité thérapeutique n'est pas anodine, elle comporte des risques de déstabilisation pour la personne. Par conséquent, le professionnel qui la dispense doit évaluer la condition clinique de la personne, les forces dont elle disposait antérieurement à l'apparition de la maladie et ce qui lui en reste. Lorsque les services de psychothérapie sont dispensés en première ligne, cela requiert du professionnel, une aptitude à évaluer la sévérité des cas; de plus, l'évaluation d'une pathologie physique est souvent requise préalablement à la psychothérapie.

9. L'équipe de santé mentale

9.1. Le besoin de soutien et de supervision des professionnels

- Le rôle de soutien clinique et de superviseur devrait être exercé par des professionnels détenant une formation de deuxième cycle.

9.2. Le rôle du médecin

- Le médecin est considéré comme étant l'expert du diagnostic et du traitement des maladies; il est détenteur de l'autorité fonctionnelle au sein de l'équipe soignante.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- Il est polyvalent par sa formation biopsychosociale, il devrait connaître l'ensemble des professions qui interviennent en santé mentale. Il est plus particulièrement concerné par l'aspect médical du dossier.
- Le médecin est perçu comme un élément conducteur dans le système de santé. Il travaille en partenariat et en collaboration avec les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, mais il n'est pas réaliste de penser que le médecin puisse s'occuper de toutes les dimensions : physique, psychologique et sociale.
- Le psychiatre connaît l'aspect physique et émotif des troubles d'adaptation ainsi que leur interrelation; il est formé à différentes approches en psychothérapie, il est en mesure d'évaluer quel traitement doit être offert à la personne.
- Une des difficultés en ce qui concerne la répartition des psychiatres à l'intérieur des territoires administratifs, provient du fait que l'on ne distingue pas à l'intérieur de la spécialité les différentes expertises (ex. : pédopsychiatre, psychiatre pour les adultes, pour les personnes âgées); par conséquent, les spécialistes sont mal partagés en terme d'effectifs.

9.3. Le rôle de l'infirmière

- Elle se retrouve auprès de différentes clientèles, en établissement et en dehors des établissements; au niveau des besoins en traitement et en réadaptation, des besoins de la famille et de la communauté.
- L'infirmière en clinique externe pourrait jouer un rôle de liaison et de consultation auprès des médecins de famille et des équipes de base en CLSC.

9.4. Le rôle du psychologue

- Il est concerné par l'évaluation, l'utilisation des tests, la thérapie à plus long terme et le suivi des cas les plus complexes.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- À la suite de la réforme ontarienne, les psychologues de cette province se sont retrouvés davantage en première ligne. Au Québec, la présence du psychologue en soins de première ligne permettrait de diminuer les consultations médicales. Par ailleurs, une complémentarité entre le travail du psychologue et celui du médecin s'avère nécessaire; entre autres, parce que les personnes qui ont recours à la psychothérapie reçoivent parallèlement à cette thérapie, une médication.

- La contribution du psychologue :
 - l'évaluation psychologique lui permet de contribuer au diagnostic des troubles mentaux, de poser un diagnostic psychologique, au sens du DSM-IV, incluant le diagnostic neuropsychologique;
 - il arrive dans les milieux d'intervention (ex. : les centres jeunesse), que les évaluations soient morcelées, non intégrées dans le parcours clinique et étalées au fil du temps. Le psychologue possède des connaissances globales et intégrées du développement de l'enfant, qui lui permettent de faire la synthèse de diverses évaluations parcellaires et de les interpréter avec toutes leurs composantes.

- Il faudrait retrouver des psychologues cliniciens associés à différentes spécialités médicales.

9.5. Le rôle des travailleurs sociaux

- Ils sont concernés par le réseau familial et communautaire.

9.6. Différents intervenants jouent un rôle en santé mentale

- Il faudrait trouver une façon de régir les intervenants qui ne sont pas visés par le système professionnel (ex. : travailleurs de rue, professeurs, policiers).

- Une base de départ pour réunir une équipe de professionnels, en santé mentale : l'identification, par l'Organisation mondiale de la santé, des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et de ceux de leur famille.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- Toute l'équipe d'intervenants en santé mentale devrait déployer ses services sur le territoire du centre hospitalier auquel elle est rattachée.
- Les organismes communautaires qui interviennent en santé mentale constituent une ressource importante. Les professionnels devraient travailler en collaboration avec eux, dans un esprit de partenariat, notamment, en contribuant à la formation de leurs intervenants, en les conseillant et en siégeant sur les conseils d'administration.

10. Les activités professionnelles dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines

10.1. L'évaluation

- L'évaluation est, de façon générale, la même activité pour tous les professionnels de ce secteur. Elle devrait leur être réservée, en partage.
- L'évaluation neuropsychologique est une spécialité pour laquelle on utilise des tests structurés.
- Certaines situations plus complexes et comportant des risques de préjudice notamment, au regard du développement de l'enfant nécessitent une évaluation psychologique rigoureuse.
- Aux fins de réserver l'activité d'évaluation, en ce qui concerne la clientèle des centres jeunesse, il y a lieu de distinguer l'évaluation prévue en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et l'évaluation clinique. La première relève davantage d'une enquête sur la matérialité des faits, lors d'un signalement et la seconde concerne l'évaluation qui ponctue le parcours de l'enfant tout au long de son développement.
- L'évaluation psychosociale implique d'établir l'histoire familiale, d'analyser le fonctionnement du système familial; le psychologue et le travailleur social notamment, partageraient cette catégorie d'évaluation.

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

- L'évaluation de la santé mentale et physique des personnes, par l'infirmière pourrait contribuer à une prise en charge rapide, et ce, dès l'apparition des symptômes psychiatriques.
- Une zone grise existerait en ce qui concerne l'évaluation des fonctions cognitives (ex. : entre le psychologue et l'ergothérapeute).
- Le diagnostic et l'évaluation représentent l'amorce des interventions, le préjudice peut être grave s'ils s'avèrent erronés.
- L'évaluation lors de l'accueil est une étape importante afin que le client ne se perde pas dans les dédales des services.

10.2. La réserve des activités dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines

- Cette notion pourrait s'avérer un levier important pour contribuer à professionnaliser les milieux de travail dans ce secteur.
- Dans le domaine psychosocial, un certain nombre d'actes devraient être réservés (tout en étant partagés entre des professions qui répondent à des conditions similaires), en raison de l'expertise spécialisée qu'ils requièrent, notamment : l'évaluation pour l'adoption internationale, l'évaluation pour un régime de protection, la médiation familiale, l'évaluation psychosociale en protection de la jeunesse.

11. Les conditions d'exercice

11.1. Un système de référence flexible pour favoriser l'efficacité des services

- À l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire, il faudrait être en mesure de référer au professionnel le plus en mesure de répondre aux besoins, notamment ceux des familles.
- Il s'avèrerait essentiel de pouvoir référer directement au psychologue et que ce dernier puisse référer directement au psychiatre, notamment en ce qui concerne les troubles

Selon le point de vue des experts, des groupes, des organismes et des associations

d'adaptation. Cette façon de faire contribuerait à diminuer les délais de distribution des soins et accélérerait la prise en charge des personnes.

- Il arrive que la référence provienne de l'extérieur de l'établissement (ex. : un professeur), le lien devrait pouvoir se faire par la suite entre les différents professionnels. Dans ces situations, il importerait que la référence définisse adéquatement les interventions qui ont été entreprises et le contexte dans lequel s'inscrit le problème.
- Une collaboration du type de la référence devrait s'instaurer entre le psychologue et le médecin de famille afin que les personnes qui ont besoin d'une prescription médicamenteuse puissent être, de façon concomitante, traitées par un médecin.

11.2. En santé mentale, l'urgence des situations crée le besoin de disposer d'un mécanisme de consultation souple

- Par exemple, la médication doit être ajustée régulièrement et cette décision ne devrait pas être prise sans consulter le médecin; toutefois, ces situations nécessitent parfois une rapidité d'action, et ce, en dehors des heures régulières de consultation, dans des points de service externes.

11.3. Entre autres commentaires

- Les mécanismes d'ordonnance médicale permanente devraient être allégés pour généraliser davantage leur utilisation à divers milieux de soins.
- Le contrôle médical retarderait le cheminement de la personne à travers le processus de soins, plus particulièrement, en ce qui concerne l'ajustement de la médication, la référence, et la prévision du congé.

B) Les problèmes et les solutions vus par les associations professionnelles en ce qui concerne les professions qui interviennent au plan de la santé physique dans le secteur privé

Selon le point de vue des associations

1. La protection du public

1.1. La vente de lentilles ophtalmiques et la dispensation de soins oculovisuels

- La profession d'optométriste est autorisée à vendre des lentilles ophtalmiques. De façon concomitante, cette profession s'oriente vers une dispensation de soins accrue. Il y aurait là un risque pour la protection du public, plus particulièrement en ce qui concerne la qualité des soins dispensés.

2. Les lois professionnelles

2.1. Une problématique dans le secteur dentaire, en matière d'implantologie

- Il existe une zone grise dans la *Loi sur la denturologie*. L'essai, la pose, l'adaptation ou le remplacement de prothèses qui s'ajustent indirectement aux implants ostéointégrés sont permis aux denturologistes, sous la direction d'un dentiste. Cette condition donne lieu, actuellement à des interprétations divergentes de la part des deux ordres concernés, les dentistes et les denturologistes.
- Une solution serait de permettre l'installation de toute prothèse sur pilier au denturologiste, que celle-ci s'ajuste directement ou indirectement aux implants. Il en irait de même pour les couronnes et les ponts puisqu'il s'agit également d'une « prothèse » qui s'ajuste à un implant.

Selon le point de vue des associations

3. Les champs de pratique

3.1. Une problématique dans le domaine des soins oculovisuels

- Il existe une zone de chevauchement entre la pratique de l'optométriste et celle de l'opticien d'ordonnances. Ce dernier, lors de l'ajustement de lentilles ophtalmiques, examine l'œil, il évalue la possibilité pour le patient de porter des lentilles cornéennes, par conséquent, il porte un diagnostic de santé de l'œil.
- Une solution mise de l'avant par une association : établir que l'opticien ne peut aller au-delà de la mesure de la courbure de la cornée.

4. La fonction des ordres

4.1. Revenir à un objectif de protection du public

- L'Ordre professionnel poursuit un objectif inapproprié lorsqu'il vise d'abord à mettre en place des services aux membres. C'est plutôt là le rôle d'une association.

5. La délégation d'actes

5.1. Une suggestion

- Une délégation d'actes bien orchestrée peut favoriser un travail d'équipe de type PME où les rôles de chacun sont bien définis. Lorsqu'un tel équilibre s'établit (ex. : cabinet de dentiste), il est souhaitable que le législateur n'intervienne pas davantage et laisse place à cette formule gagnante.

Selon le point de vue des associations

6. La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité

6.1. Un rappel historique dans le secteur de l'oculovisuel en ce qui concerne les activités de la vente et de la dispensation des soins

- L'ophtalmologiste a délaissé la vente, sauf en ce qui concerne les lentilles cornéennes.
- L'optométriste procède à la vente des lunettes, des lentilles cornéennes et dans certains états américains, la réfraction lui est autorisée, il est également impliqué dans la santé oculaire lorsque des problèmes superficiels de l'œil sont en cause.
- L'opticien d'ordonnances peut procéder à la vente des lunettes et des lentilles cornéennes sous ordonnance.
- L'omnipraticien procède au traitement sans être impliqué dans la vente.

6.2. Une offre de services multidisciplinaires en optométrie

- L'optométriste participe avec l'ophtalmologiste à la chirurgie réfractive. Il participe avec l'infirmière, le physiothérapeute, l'ergothérapeute et le travailleur social au traitement du diabète. Il est impliqué dans les centres de basse vision, au niveau de la réadaptation, de la rééducation et des aides à la mobilité.

6.3. L'opticien d'ordonnances et l'optométriste, deux professions complémentaires

- L'opticien devrait être responsable de la vente des produits correcteurs de la vision. L'optométriste devrait être responsable de l'examen de la vue.

6.4. Le travail en équipe est freiné par différentes composantes du système actuel

- En cabinet privé et en contexte de travail d'équipe (ex. : optométriste et opticien), il arrive que le partage des honoraires pose des difficultés; le projet de loi récemment adopté sur la pratique professionnelle en société devrait permettre le partage des revenus.

Selon le point de vue des associations

6.5. L'équipe dentaire en cabinet privé

- Le dentiste, en tant que chef d'équipe, pose le diagnostic, détermine le plan de traitement. Il est assisté dans la réalisation du plan de traitement par l'hygiéniste dentaire, l'assistante dentaire et le denturologiste.

6.6. Une vision de la denturologie qui favorise l'interdisciplinarité

- Le patient doit être au centre du traitement et tous les services dentaires devraient être regroupés sous le même toit.

6.7. L'interface denturologiste et technicien dentaire

- Le technicien dentaire pratique en laboratoire; le denturologiste fait appel à ses services pour certaines phases de confection d'une prothèse.

7. L'accessibilité aux soins

7.1. Les soins de première ligne dans le domaine de l'oculovisuel

- L'optométrie peut être une porte d'entrée des soins oculaires de première ligne.
- La présence de l'optométriste en soins de première ligne pourrait contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins. Il s'agit d'une participation partagée avec les ophtalmologistes, en ce qui concerne les allergies, les infections superficielles des surfaces oculaires, les soins d'urgence et l'étape avant l'opération. La participation de l'optométriste peut aller jusqu'à une prise en charge immédiate et temporaire dans un contexte défini, par exemple, dans les cas d'infection virale ou d'uvéite à la condition qu'un suivi soit effectué par l'ophtalmologiste.
- Une suggestion relative à la participation des optométristes en soins oculovisuels de première ligne : réunir les interlocuteurs afin qu'ils définissent ce qu'est la première ligne, ainsi que la place de chacun dans la dispensation des soins oculovisuels.

Selon le point de vue des associations

7.2. Une vision d'avenir dans le domaine des soins oculovisuels

- Un bureau d'optométrie qui s'assure de la collaboration d'un ophtalmologiste, où le personnel d'assistance est utilisé, de façon conjointe et où la référence du patient s'effectue sur une base individuelle, entre l'optométriste et l'omnipraticien.

7.3. L'accessibilité aux soins dans le domaine de la dentisterie

- L'équipe du cabinet privé devrait être présente auprès des personnes en perte d'autonomie dans les CHSLD; le modèle du cabinet privé devrait y être exporté, afin que les personnes qui ne peuvent se déplacer bénéficient de soins dentaires.

8. Les activités

8.1. L'utilisation du personnel d'assistance par l'optométriste

- Des activités sont effectuées en collaboration avec du personnel d'assistance, sous la supervision de l'optométriste : la prise de mesure dont la réfraction et l'analyse des données. Le personnel d'assistance exécute les tests, lesquels sont validés par l'optométriste; le personnel d'assistance n'intervient pas dans l'évaluation et il reçoit une formation sur place, offerte par l'optométriste.
- Une solution proposée consiste à utiliser le mécanisme de délégation d'actes dans le cadre de la collaboration avec le personnel d'assistance.

8.2. Une situation décrite comme étant problématique

- L'embauche des assistants dans le domaine de l'optométrie pour exécuter la prise des mesures, la pose et l'ajustement des lentilles ophtalmiques constituerait une pratique qui pourrait être considérée comme étant de l'exercice illégal. Le personnel non professionnel ne serait pas qualifié pour pratiquer ces actes.

Selon le point de vue des associations

- Une solution de transition pourrait être envisagée en ce qui concerne le personnel d'assistance : offrir une formation d'appoint et procéder à l'émission d'un permis restrictif par l'Ordre professionnel des opticiens d'ordonnances.

8.3. Des activités à partager entre l'optométriste et le médecin

- Le diagnostic, le plan de traitement, l'utilisation de la médication diagnostique et thérapeutique, ces activités doivent être effectuées uniquement par le médecin ou l'optométriste parce qu'elles requièrent une connaissance globale des fonctions visuelles, de l'état de l'œil, de sa santé et nécessitent de faire des liens entre la condition systémique et oculaire.

8.4. Des activités qui devraient être exclusives à l'opticien d'ordonnances

- Ces activités sont la pose, l'ajustement et la vente de lentilles ophtalmiques. Pour ce faire, l'opticien regarde la cornée et vérifie la performance visuelle, afin de déterminer quel type de lentilles permet au client de mieux voir. La pose de lentilles ophtalmiques nécessite d'effectuer des calculs notamment, dans le cas des lentilles toriques.

8.5. Un modèle de partage des activités dans le domaine des soins oculovisuels

- L'optométriste : ce professionnel est présent en première ligne; il intervient dans les cas d'affections peu sévères, qui se présentent à la surface de l'œil. Il peut initier un traitement à court terme, lequel doit être suivi d'une référence à l'omnipraticien ou à l'ophtalmologiste. On reconnaît que l'optométriste est équipé pour mesurer la pression et pour regarder le fond de l'œil.
- L'omnipraticien : ce professionnel agit également en première ligne, en ce qui concerne les maladies de l'œil.
- L'ophtalmologiste : ce professionnel est centré sur les soins spécialisés et le dépistage; il traite les affections chroniques comportant un risque de perdre la vue et présentant un potentiel de complications sérieuses.
- L'opticien : ce professionnel pose, ajuste les lentilles ophtalmiques, y compris la réfraction.

Selon le point de vue des associations

8.6. Le domaine dentaire

8.6.1. Le partage des activités en matière d'implantologie

- Le dentiste est impliqué au niveau de la phase chirurgicale et le denturologiste travaille au moment de la phase prothétique. Ce dernier devrait fabriquer la prothèse amovible sur implant, sous la direction d'un dentiste, afin qu'un suivi régulier soit assuré par le dentiste.
- Une solution, en matière d'implantologie consiste à procéder à une élaboration conjointe (dentistes/denturologistes), de lignes directrices. En cette matière, le travail en collaboration et le partage des responsabilités sont une garantie qu'un meilleur service sera rendu au patient.

8.6.2. La problématique de la prise d'empreintes

- Cette activité est réservée aux dentistes et aux denturologistes. Il arrive qu'elle soit effectuée par les hygiénistes dentaires; on reconnaît que la prise d'empreintes pour la confection de gouttières de blanchiment n'est pas dangereuse, mais il n'en va pas de même pour la confection de prothèses.

8.7. Le domaine de l'audiologie et de l'audioprothèse

8.7.1. Une restriction quant à la prothèse auditive

- Une association s'interroge sur la formation des audiologistes pour ajuster ou vendre la prothèse auditive.

8.7.2. L'utilisation de l'audiogramme

- Il s'agirait d'une activité commune aux audioprothésistes et aux audiologistes. En effet, l'évaluation auditive est réalisée à l'aide de l'audiogramme et l'audioprothésiste utilise ce test dans le but d'ajuster la prothèse correctement.

Selon le point de vue des associations

- Une proposition suggère d'instaurer la notion d'un « audiogramme audioprothésique », effectué à la suite de l'examen de l'oto-rhino-laryngologiste, de l'omnipraticien ou de l'audiologiste.

8.7.3. Le personnel d'assistance

- Dans le domaine de l'audiologie et de l'audioprothésie, le personnel d'assistance n'est pas une réalité courante.