

Chapitre 3

La réglementation des professions de la santé

Des réformes canadiennes et américaines

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

et

Les travaux de la Pew Health Professions Commission

Introduction

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

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

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

1.1. Le contexte de la réforme

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

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

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

Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

1.2. Les problèmes identifiés

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

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

1.3. Les objectifs de la réforme

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

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

Chapitre 3

1.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

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

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

1.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

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

1.5.1. *L'appartenance obligatoire*

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

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

Chapitre 3

1.5.2. Les titres réservés

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

1.5.3. Un champ d'exercice défini

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

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

1.5.4. Des activités réservées (*restricted activities*)

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

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

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

Chapitre 3

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

1.6. Les résultats

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

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

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

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

2.1. Le contexte de la réforme

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

2.2. Les problèmes identifiés

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

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

2.3. Les objectifs de la réforme

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

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

Chapitre 3

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

Le rapport *Closer To Home* recommande principalement :

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

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

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

Chapitre 3

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

2.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

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

Le Conseil entend poursuivre les objectifs suivants :

2.4.1. Établir une définition légale du champ de pratique

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

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

2.4.2. Prendre en compte le risque de préjudice

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

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

Chapitre 3

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

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

2.4.3. Viser l'intérêt du public avant tout

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

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

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

2.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

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

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

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

2.5.2. Des actes réservés définis de façon rigoureuse

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

2.6. Les résultats

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

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

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

3.1. Le contexte de la réforme

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

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

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

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

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

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

3.2. Les problèmes identifiés

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

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

Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

3.3. Les objectifs de la réforme

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

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

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

3.4. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

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

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

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

Chapitre 3

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

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

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

3.5. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

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

3.5.1. *La description du champ d'exercice*

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

Cette déclaration générale devrait servir entre autres :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.3. Une disposition pour les dispensateurs de soins non réglementés

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

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

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

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

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

3.6. Les résultats

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

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

Chapitre 3

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

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

4.1. Le contexte de la réforme

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

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

4.2. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3. La responsabilité des corps professionnels envers le public

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

4.2.6. Une mobilité professionnelle et géographique des praticiens compétents

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

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

4.2.7. La réduction des exigences inutiles

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

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

4.3. Les résultats

4.3.1. *Au printemps 1998*

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

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

4.3.2. *Le calendrier législatif de 1999*

Les priorités sont les suivantes :

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

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

Les priorités sont les suivantes :

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

Chapitre 3

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

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

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

5.1. Le contexte de la Commission

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

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

5.2. Les objectifs des travaux de la Commission

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

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

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

Chapitre 3

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

5.3. Les fondements du nouveau modèle de réglementation

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

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

5.4. Les moyens de mise en œuvre de la réforme

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

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

Chapitre 3

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

5.4.1. **Recommandation 1**

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

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

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

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

Chapitre 3

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

5.4.2. Recommandation 2

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

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

Le groupe de travail propose les éléments de solutions suivants :

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

5.4.3. *Recommandation 3*

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

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

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

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

Chapitre 3

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

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

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

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

5.4.4. Recommandation 4

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

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

- le processus de sélection et de nomination est imparfait;

Chapitre 3

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

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

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

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

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

5.4.5. *Recommandation 5*

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3

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

5.4.6. Recommandation 6

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

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

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

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

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

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

5.4.7. Les recommandations 7, 8, 9 et 10

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

Chapitre 3

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

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

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

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

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

Chapitre 3

Bibliographie

Alberta

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

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

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

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

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

Colombie-Britannique

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

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

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

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

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

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

Ontario

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

Chapitre 3

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

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

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

Virginie

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

Commission Pew

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