

Chapitre 6

**Les problèmes et les solutions vus par chacun
des ordres professionnels**

Introduction

Les éléments d'information qui apparaissent à ce chapitre ont été tirés des fiches synthèses élaborées pour chacun des ordres professionnels. Le contenu de ces fiches synthèses a été validé par chacun des ordres professionnels concernés au cours des travaux préliminaires du Groupe de travail. L'intégral du contenu de ces fiches synthèses sera publié en annexe du rapport final. Nous vous présentons donc dans le présent chapitre un résumé des problèmes et des solutions tels que vu par les ordres professionnels.

1. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec

1.1. Principales problématiques

1.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public et permet des appellations multiples

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise du fait que la seule réserve du titre :

- ne constitue pas une mesure suffisante;
- ne permet aucun contrôle sur la compétence des personnes qui posent l'acte diététique tels qu'ils le définissent;
- donne libre accès au champ d'exercice à des personnes ne possédant aucune formation dans ce domaine; or, l'activité visée est susceptible de causer des dommages graves aux patients si elle n'est pas exercée par des diététistes/nutritionnistes ou des médecins;
- ne fait pas obstacle aux doubles appellations.

1.1.2. L'alimentation fait l'objet d'une avalanche d'information

L'alimentation étant une activité courante qui concerne tout le monde, il est difficile pour les diététistes de faire valoir l'expertise qui leur est spécifique. Le public est inondé d'information en matière nutritionnelle (Internet, médias). Divers intervenants, membres des ordres ou non, se déclarent spécialistes en évaluation nutritionnelle sans que l'Ordre puisse intervenir. Les poursuites pour usurpation de titre ou exercice illégal sont ardues.

1.1.3. La pénurie de diététistes se répercute sur les services

La majorité des diététistes travaillent dans les établissements de soins de courte durée. Trop peu d'entre elles œuvrent dans les CHSCD, les CLSC et les CHSLD pour répondre à l'ensemble des besoins nutritionnels des usagers.

Chapitre 6

1.1.4. Différents phénomènes imposent de nouvelles exigences à la profession

Des changements technologiques, scientifiques et sociaux influencent l'évolution de la profession tels que :

- la complexité des maladies et la découverte de nouvelles maladies;
- la « nutrification » des aliments, c'est-à-dire les transformations alimentaires grâce à la biotechnologie;
- la préoccupation accrue de la population à l'égard des propriétés et vertus des aliments;
- le vieillissement de la population.

1.2. Solutions proposées par l'Ordre

Une activité exclusive partagée

L'Ordre définit ainsi schématiquement les soins médico-nutritionnels :

- étape 1, évaluation nutritionnelle;
- étape 2, diagnostic nutritionnel;
- étape 3, élaboration et implantation du plan de soins nutritionnels;
- étape 4, évaluation de la réponse au traitement nutritionnel.

L'Ordre est d'avis que les soins médico-nutritionnels, lorsque dispensés à des individus ayant une condition médicale, chirurgicale ou nutritionnelle à risque, devraient constituer une activité exclusivement réservée aux diététistes/nutritionnistes ou aux médecins.

L'évolution de la pratique et du contexte de travail amène l'Ordre à demander l'autorisation de pratiquer certains actes tels que la prescription nutritionnelle des éléments suivants :

- régimes thérapeutiques;
- textures et consistances de l'alimentation orale;
- préparations lactées thérapeutiques pour nourrissons;
- suppléments nutritifs;
- suppléments de vitamines et minéraux;
- formules nutritives pour l'alimentation entérale et parentérale; débit et progression;
- tests diagnostiques essentiels à l'intervention nutritionnelle.

Chapitre 6

Le texte suivant est suggéré par l'Ordre à titre d'actualisation du champ évocateur de la profession, article 37, paragraphe c du *Code des professions* :

« procéder à l'évaluation de l'état nutritionnel et de la capacité fonctionnelle de s'alimenter et de se nourrir d'un individu, poser le diagnostic nutritionnel, déterminer le plan de soins nutritionnels incluant la voie d'alimentation, assurer le counselling et évaluer la réponse au traitement nutritionnel ».

1.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

L'évolution de la pratique :

- est liée aux récents bouleversements du secteur de la santé et aux développements scientifiques et technologiques qui touchent la nutrition;
- fait en sorte que le rôle des diététistes/nutritionnistes est mieux connu;
- dicte de nouvelles exigences de compétences et de spécialisations aux membres de l'Ordre;
- impose de nouveaux défis à l'Ordre, soit la promotion auprès de ses membres :
 - de l'interdisciplinarité,
 - de la poursuite d'objectifs de performance dans la pratique,
 - de l'importance de contribuer à l'efficacité et à l'efficience des services professionnels,
 - de l'intérêt de développer des compétences de pointe,
 - de la pertinence d'exercer une surveillance de la pratique.

1.4. Législations et réglementation en vigueur au Canada

Points communs, éléments distincts

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de diététiste, sauf la Colombie-Britannique où un projet est en cours.
- Même si la définition de la pratique ne varie pas énormément d'une province à l'autre, il est difficile de la résumer.

Chapitre 6

- L'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick optent pour une énumération d'actes qui est pratiquement la même; la Colombie-Britannique et l'Ontario ont une définition globale.

- La profession :
 - est à titre réservé en Alberta, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Saskatchewan et à Terre-Neuve;
 - comporte des actes réservés dans le projet de la Colombie-Britannique.

- Au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, nul ne peut pratiquer à titre de diététiste à moins d'être inscrit au registre (Manitoba) ou d'être immatriculé (Nouveau-Brunswick).

2. L'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec

2.1. Principales problématiques

2.1.1. Le champ descriptif ne reflète pas la réalité actuelle de la pratique

Le système professionnel doit avoir la souplesse requise pour permettre à chaque profession de s'ajuster en fonction de son évolution et de la tendance à la spécialisation dans le secteur de la santé et des relations humaines. Actuellement, il existe un écart important entre le champ d'exercice des ergothérapeutes (*Code des professions*, depuis 1973) et la réalité actuelle de la profession.

2.1.2. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Au fil des ans, il est apparu clairement à l'Ordre que la réserve du titre d'ergothérapeute était un principe à maintenir, mais que cette seule mesure ne permettait pas un contrôle adéquat de la pratique. Usurpation de titres, titres équivalents, diplômés non adhérents à l'Ordre : ce sont des situations pour lesquelles les recours légaux n'ont pas apporté de solutions satisfaisantes. Dans les faits, la surveillance de l'exercice professionnel se réalise principalement à travers les activités du syndicat et le mécanisme d'inspection professionnelle de l'Ordre. Or, si les professionnels peuvent s'y soustraire, la population n'est pas protégée.

À l'époque de la mise en œuvre du système professionnel, la seule réserve du titre semblait appropriée. Une majorité d'ergothérapeutes œuvraient alors dans des établissements du réseau public de santé sous la supervision d'un professionnel de la même discipline. Aujourd'hui, la quasi-disparition de cet encadrement direct et la nécessité de recourir à de nouveaux moyens de contrôle s'expliquent par les facteurs suivants :

- le regroupement de services professionnels sous l'autorité d'un seul supérieur hiérarchique et le fonctionnement par programmes en interdisciplinarité dans les centres hospitaliers et les centres de réadaptation;
- le développement des programmes de services professionnels communautaires dans les CLSC et les cliniques externes;
- une pratique professionnelle en solo pour plusieurs CHSLD fusionnés;

Chapitre 6

- l'accroissement de la pratique en clinique ou en bureau privé de même que dans le secteur commercial.

2.1.3. Il y a prolifération d'appellations

Ergothérapeute, diplômé en ergothérapie : peut-on s'attendre à ce que le patient fasse la différence entre les titres? Or, le phénomène des titres équivalents et des doubles appellations :

- est bel et bien présent dans les conventions collectives de la fonction publique québécoise;
- constitue un obstacle majeur à la surveillance de l'exercice professionnel par l'Ordre;
- entraîne la confusion tant pour le public que pour le personnel des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux et des autres organisations.

Par ailleurs, un ergothérapeute qui a fait l'objet d'une inspection professionnelle jugée insatisfaisante n'a qu'à se retirer du tableau des membres pour continuer sa pratique sous un autre titre et ne pas se voir imposer le stage de perfectionnement prévu dans ces cas.

2.1.4. L'ergothérapeute est particulièrement visé par les chevauchements professionnels

La problématique des chevauchements professionnels :

- est plus présente dans les établissements du réseau de la santé que dans le secteur privé;
- est plus aiguë en contexte de compressions budgétaires;
- débouche périodiquement sur des conflits entre les disciplines ou entre les personnes;
- affecte la pratique de l'ergothérapie puisque celle-ci étend la portée de ses interventions aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales pouvant affecter la performance de l'individu dans la réalisation de ses occupations.

2.1.5. La tâche est alourdie par le poids des décisions à prendre

Alors que les ressources se font rares dans les services publics de santé, les ergothérapeutes doivent orienter les moyens, cibler les patients et se questionner constamment :

- quels sont ceux qui doivent bénéficier en priorité des services d'ergothérapie?
- quels services doivent être dispensés et pendant combien de temps?

Chapitre 6

- quelles aides technologiques doivent être accordées et à qui?
- doit-on recourir à de l'équipement spécialisé à la fine pointe de la technologie ou doit-on opter pour un équipement moins sophistiqué qui répond aux besoins de base de l'individu?

Ces décisions font en sorte que les ergothérapeutes doivent de plus en plus souvent faire face à l'insatisfaction de certains patients et de leur famille.

Les choix à faire peuvent être déterminants :

- pour la santé et la sécurité de la personne, de ses proches ou de la société en général; il y va en effet de l'intégrité physique et psychologique de l'individu et du respect de ses droits;
- en terme de coûts pour le système de soins de santé.

2.1.6. La pénurie d'ergothérapeutes se répercute sur les services et la formation

L'affectation des budgets de santé néglige souvent de combler les postes d'ergothérapeutes demeurés vacants ou entraîne l'embauche de personnes qui interviennent sans avoir les compétences requises ou sans être supervisées par des ergothérapeutes qualifiés. Cette situation :

- remet en question l'accès aux services;
- a nécessité des réaménagements au plan de la formation, soit un décontingement partiel en milieu universitaire (effets escomptés en 2002);
- limite de façon critique l'apport des ergothérapeutes à la formation clinique des étudiants.

2.1.7. Des bouleversements et de nouvelles tendances modifient considérablement la pratique

Une enquête de l'Ordre a mis en évidence les effets du virage ambulatoire et de la désinstitutionnalisation sur la pratique, soit notamment :

- la complexification des problèmes rencontrés;
- la nécessité pour les professionnels de réagir en urgence et de façon morcelée;
- le suivi à effectuer dans d'autres milieux et à domicile auprès de gens frappés d'incapacités de plus en plus lourdes;
- l'augmentation du nombre de patients;

Chapitre 6

- le manque de ressources;
- l'allongement des listes d'attente;
- le déplacement de certains services vers des ressources privées.

D'autre part, l'ergothérapie, comme d'autres professions, est affectée par l'évolution des connaissances et de la technologie :

- des ajustements sont requis par le travail en multidisciplinarité ou en interdisciplinarité;
- la connexité des champs de pratique dans le domaine de la santé génère des changements;
- la privatisation croissante des services de santé touche directement la profession.

2.2. Solutions proposées par l'Ordre

2.2.1. Un champ descriptif actualisé

À titre de version provisoire, le texte suivant est suggéré par l'Ordre :

« Constitue l'exercice de l'ergothérapie toute activité qui a pour objet l'évaluation des habiletés fonctionnelles (physiques, cognitives et affectives) d'une personne et des interactions de celles-ci avec ses habitudes de vie et son environnement (physique et socioculturel), ainsi que l'élaboration d'un plan individualisé d'intervention. Les services rendus par l'ergothérapeute visent à réduire les obstacles environnementaux et à promouvoir, développer, maintenir ou restaurer les habiletés requises pour la réalisation des habitudes de vie valorisées par la personne (soins personnels, vie domestique, travail, rôles sociaux, etc.). L'intervention ergothérapique privilégie l'utilisation de l'activité sous toutes ses formes et est orientée de manière à favoriser l'autonomie fonctionnelle et à faciliter l'intégration de la personne dans la communauté.

L'ergothérapeute peut intervenir auprès d'un individu, d'une famille, d'un groupe d'individus, d'un organisme communautaire ou d'une entreprise ».

2.2.2. Des actes réservés

Dans le but d'assurer la protection du public et de réserver le champ d'exercice de la profession, dans son sens large, aux seuls membres en règle de l'Ordre, il apparaît important à ce dernier d'adopter l'une ou l'autre forme de dispositions à cet égard : activités intégrées au *Code des professions* ou autre forme de réserve.

2.2.3. Des orientations touchant le système professionnel

L'actualisation du système professionnel dans le domaine de la santé et des relations humaines doit privilégier :

- l'encadrement de toutes les personnes qui dispensent des services professionnels potentiellement préjudiciables pour le public;
- le maintien des facteurs actuellement considérés pour la constitution d'un ordre professionnel, selon une optique modernisée;
- une conception non restrictive du préjudice à la population, et appuyée sur des paramètres identifiés (de type physique, psychologique, émotif, moral, financier, économique, matériel et juridique);
- une conception révisée de ce que représente l'autonomie de telle catégorie de professionnels de la santé et des relations humaines, élément décisif dans l'attribution d'un exercice exclusif ou d'un titre réservé;
- une révision du champ descriptif des professions à exercice exclusif de façon à mieux tenir compte des autres professions et à préciser les activités professionnelles réservées;
- des champs descriptifs reflétant, pour chaque profession, les compétences spécifiques et les activités réservées;
- une reconnaissance légale du nom générique et du champ descriptif de chaque profession;
- l'adhésion obligatoire à l'ordre professionnel pour les personnes offrant des services qui correspondent aux activités réservées;
- l'abolition des doubles appellations portant à confusion dans les services gouvernementaux et paragouvernementaux;
- le contrôle des nouveaux titres d'emploi qui ne reposent pas sur une formation de base spécifique dans les services gouvernementaux et paragouvernementaux;
- le contrôle des titres, abréviations, mots ou expressions qui peuvent laisser croire qu'une personne est membre d'un ordre professionnel;

Chapitre 6

- un lieu de concertation entre les milieux de formation et le système professionnel afin d'arrimer les nouveaux programmes à ceux qui existent déjà, ceci pour éviter la prolifération de nouveaux titres;
- un mode d'organisation tel que développé précédemment par l'Office des professions, à savoir des ordres professionnels pour lesquels un champ descriptif et des activités, parties de celles-ci ou actes, sont réservés en exclusivité ou en partage avec d'autres professions;
- la reconnaissance légale de nouveaux rôles, de divers niveaux d'expertise et d'activités ou d'actes spécialisés;
- la déréglementation de certaines activités professionnelles;
- l'identification par chaque profession des activités professionnelles, parties de celles-ci ou actes qui devraient être réalisés soit par leurs membres, soit par d'autres professionnels en définissant alors l'encadrement requis;
- la mise en place de mécanismes de concertation ou de conciliation interprofessionnelle pour favoriser l'interdisciplinarité, la polyvalence et une marge de manœuvre pour les gestionnaires dans l'organisation des ressources et des services.

2.3. L'avenir de la profession

2.3.1. *La formation, universitaire et continue*

Le baccalauréat en ergothérapie ne s'avère plus suffisant pour absorber les nouveaux objectifs de formation. Les universités québécoises explorent la pertinence d'instaurer un programme de deuxième cycle.

Au terme d'une période d'arrêt, un certain nombre d'ergothérapeutes ne renouvellent pas leur adhésion à l'Ordre tout en reprenant leur activité professionnelle. De ce fait, il devient impossible pour l'Ordre de voir à ce que ces personnes œuvrant en ergothérapie s'acquittent de leur obligation éthique d'actualiser leurs connaissances.

2.3.2. *La profession, ses tendances et ses transformations*

L'encadrement des ergothérapeutes par un supérieur hiérarchique de la même discipline a chuté de façon significative au cours des dernières années. Ce phénomène s'explique notam-

Chapitre 6

ment du fait que les ergothérapeutes travaillent plus souvent qu'autrefois dans les conditions suivantes :

- ils font partie d'équipe multidisciplinaire sous la supervision d'un autre type de professionnel;
- ils œuvrent dans le secteur privé et de façon plus autonome.

Dans un contexte ou dans un autre, les ergothérapeutes connaissent plus souvent qu'autrefois une pratique en solo qui peut agir au détriment de l'émulation qu'apporte l'encadrement et le regroupement professionnel.

Par ailleurs, le fonctionnement en interdisciplinarité va en augmentant tout en demeurant freiné par la question de la responsabilité professionnelle : dans l'application d'un plan d'intervention, comment se répartissent les responsabilités entre les professionnels et quelles sont les possibilités de faire reconnaître les dissidences?

Ces années-ci, certaines dimensions du rôle de l'ergothérapeute prennent une nouvelle importance et confirment une polyvalence accrue dans les tâches de :

- clinicien dans les services de première ligne ainsi que dans les services spécialisés et ultraspécialisés;
- consultant dans le réseau public et dans le secteur privé;
- superviseur;
- gestionnaire de cas.

Enfin, on assiste à une croissance des besoins de services d'ergothérapie, en lien avec le vieillissement de la population, l'augmentation du taux de survie de malades et d'accidentés qui bénéficient de récents progrès scientifiques, le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation. L'avenir laisse donc entrevoir des attentes grandissantes. Mais le présent ne comble pas la pénurie d'effectifs.

2.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession d'ergothérapeute.

Chapitre 6

- En Ontario, les ergothérapeutes sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé mais n'ont droit d'exercer aucun des actes réservés dans cette loi.
- La profession est à titre réservé en Alberta, en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Edouard, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan.
- Avec l'entrée en vigueur du Bill 22 en Alberta, les ergothérapeutes pourront exercer les actes autorisés prévus dans les règlements.
- Au Manitoba, nul ne peut se présenter comme un membre à moins d'être inscrit au registre; une personne ainsi inscrite peut pratiquer l'ergothérapie.
- En Nouvelle-Écosse, seule une personne possédant la licence et inscrite au registre peut pratiquer l'ergothérapie contre rémunération.
- À Terre-Neuve, une personne ne peut pratiquer l'ergothérapie à moins de détenir la licence.
- Les exigences d'accès à la profession sont semblables d'une province à l'autre, soit le diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat) en ergothérapie, les stages et les examens d'entrée.

3. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec

3.1. Principales problématiques

3.1.1. Le champ d'exercice ne reflète pas la réalité de la pratique

Le champ d'exercice doit :

- être mieux reconnu et respecté;
- tenir compte des actes réellement posés par les infirmières/infirmiers pour assurer le service à la clientèle;
- refléter le rôle de l'infirmière/infirmier selon une approche globale;
- faire ressortir le caractère autonome des fonctions de l'infirmière/infirmier.

L'actualisation de l'encadrement professionnel doit tenir compte d'une série de facteurs qui influencent directement l'évolution de la profession, soit :

- les progrès scientifiques, pharmacologiques et technologiques;
- le vieillissement de la population;
- la priorité accordée à la santé de la population;
- l'acceptation, aux plans canadien et américain, de nouveaux modes de pratique avancée et de nouvelles spécialités.

3.1.2. Infirmières/infirmiers et médecins vivent des problèmes de chevauchements professionnels

Les infirmières/infirmiers sont fréquemment appelés à assumer des responsabilités qui sont rediscutées par les médecins, ou des regroupements de médecins, qui tendent alors à interpréter de façon restrictive le champ d'exercice de la profession. Ces situations surviennent, par exemple, dans les contextes suivants :

- dans les CLSC où la ligne Info-Santé et les cliniques de soins infirmiers sans rendez-vous s'inscrivent dans une logique de disponibilité accrue des services à la population;
- dans certaines régions où il y a pénurie de médecins;
- en santé publique; des infirmières/infirmiers voient leur tâche restreinte dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques, d'activités de dépistage et d'opérations de prévention;
- en pratique privée; bien que marginale, cette pratique a fait l'objet de jugements limitant l'exercice infirmier;

Chapitre 6

- dans le cadre de l'interprétation du Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que les médecins; l'Ordre dénonce notamment les lourdeurs d'application des normes prévues.

Dans d'autres circonstances, le rôle des infirmières/infirmiers s'intègre dans une démarche de collaboration entre les professions sans toutefois que la reconnaissance légale soit établie :

- dans les services d'urgence et de première ligne lors du triage; l'infirmière procède alors à l'évaluation du patient et, au besoin, à certains tests diagnostiques et à des mesures thérapeutiques;
- dans les cas où l'infirmière intervient comme praticienne de première ligne, en soins d'urgence et en région isolée;
- dans le cadre de certains projets-pilotes de pratique infirmière avancée, particulièrement dans les milieux spécialisés; les infirmières/infirmiers peuvent alors appliquer des méthodes de soins traditionnellement réservées aux médecins.

3.1.3. Des problèmes de chevauchements impliquent d'autres catégories de professionnels

La pratique infirmière se heurte régulièrement à des résistances ou oppositions d'autres ordres ou regroupements, de même qu'à des appropriations d'actes. Les conflits occasionnent des plaintes, des poursuites judiciaires et même, lorsque les positions se radicalisent, des opérations médiatiques visant à restreindre l'action des infirmières/infirmiers, voire à jeter un discrédit sur la profession. Dans certains cas, cependant, des analyses de situation sont menées en réaction aux chevauchements pour en venir à des résultats satisfaisants; mais on observe alors la lenteur des mécanismes législatifs à encadrer les nouveaux fonctionnements.

De tels problèmes de chevauchements impliquent :

- les podiatres;
- les infirmières auxiliaires;
- les technologues en radiologie;
- les technologues médicaux;
- les sages-femmes;
- les physiothérapeutes;
- les professionnels des milieux de la santé mentale (équipes multidisciplinaires);
- les inhalothérapeutes;

- les pharmaciens.

3.1.4. Des non-professionnels ont accès au champ de pratique des infirmières/infirmiers

Ces situations impliquent :

- les personnes qui agissent à titre de domestique, de dame de compagnie, de bonne d'enfant ou d'aide domestique; une interprétation trop large des dérogations prévues à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* les autorise à donner des soins infirmiers sans restriction, que ce soit à domicile ou dans le milieu de vie substitut;
- les éducateurs, auxiliaires familiales et préposés aux bénéficiaires;
- les aides de collecte (dans le cadre de collectes de sang);
- les techniciens ambulanciers.

3.1.5. La révision des programmes de formation en soins infirmiers

Divers facteurs sont venus modifier le contexte de la pratique professionnelle en matière de soins infirmiers et exigent des infirmières une capacité d'adaptation accrue et un champ de connaissances élargi :

- ?? la transformation accélérée du réseau de la santé et le virage ambulatoire ont bousculé les schèmes de référence et généré un contexte de travail décloisonné avec un encadrement moindre ;
- ?? les changements démographiques dont le vieillissement de la population rendent les situations de soins de plus en plus intenses et complexes.

Des études révèlent qu'au Québec :

- ?? les préalables d'admission à un programme de soins infirmiers sont les moins élevés au Canada ;
- ?? le nombre d'heures de formation des infirmières est en deçà de la moyenne canadienne ;
- ?? la formation spécifique aux soins infirmiers se situe au niveau minimal des heures exigées ailleurs au Canada.

Chapitre 6

Les études révèlent que de façon générale, la tendance est à l'enrichissement des contenus. Un comité-conseil¹ agissant auprès du ministre de l'Éducation du Québec conclue que les programmes de formation en soins infirmiers devaient être révisés et renforcés.

3.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes partagés, l'actualisation de la loi

Les solutions proposées par l'Ordre :

- consistent à demander le partage de certains actes avec les médecins;
- visent à doter la profession d'un encadrement législatif qui tienne compte des nouvelles réalités de la profession et des principales problématiques énoncées.

3.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

Différents phénomènes liés à la reconfiguration du système de santé ont, ou auront, une influence directe sur l'évolution de la profession. On prévoit notamment que :

- une proportion de plus en plus importante des infirmières sera affectée aux ressources de la santé communautaire;
- les soins en centres hospitaliers auront tendance à se complexifier, de sorte que bon nombre d'établissements deviendront des centres hautement spécialisés en soins critiques;
- l'environnement des soins infirmiers imposera aux infirmières/infirmiers des exigences accrues telles que la capacité de gérer des situations cliniques complexes, la faculté de s'adapter aux nouvelles technologies et à de nouveaux secteurs de soins, la capacité d'exercer un bon jugement clinique et de faire preuve d'une expertise de pointe, etc.;
- le travail par équipe multidisciplinaire sera de plus en plus répandu;
- les soins à domicile se développeront, d'où l'accent mis sur les volets conseil, soutien et éducation de l'infirmière/infirmier;
- la pratique infirmière en CLSC ira en augmentant, déplaçant encore davantage les soins et les services vers des ressources plus légères et moins coûteuses;

¹ *Rapport du Comité-conseil sur la formation infirmière*, présenté au ministre de l'Éducation du Québec, 30 juin 1999.

Chapitre 6

- les problématiques liées à la violence, à la toxicomanie et au sida seront de plus en plus présentes;
- les situations biopsychosociales seront plus complexes et maintiendront les chevauchements qu'on constate déjà entre le secteur social et les soins infirmiers.

3.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession d'infirmière.
- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes : certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces, la profession d'infirmière est à exercice exclusif.
- En Ontario, les infirmières sont régies par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer trois des actes réservés contenus dans cette loi ainsi que ceux énumérés dans le règlement.
- En Colombie-Britannique, le Conseil des professions de la santé divise les actes pouvant être posés de l'initiative de l'infirmière et ceux devant être autorisés par une personne habilitée à le faire.
- En Alberta, les règlements dresseront la liste des actes réservés que chaque professionnel pourra pratiquer.
- En ce qui concerne les qualifications requises pour faire partie de l'ordre professionnel, les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder un diplôme en sciences infirmières et d'avoir réussi les stages et examens nécessaires. Ce sont là des qualifications pour une licence générale. D'autres exigences sont prévues pour la pratique infirmière avancée.

4. L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

4.1. Principales problématiques

4.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Actuellement, l'Ordre se trouve dans l'incapacité de poursuivre un établissement qui permet à des non-membres de poser des actes délégués aux infirmières auxiliaires.

4.1.2. La capacité légale des membres de l'Ordre n'est pas uniformément reconnue

L'Ordre souhaite que l'autonomie professionnelle et la capacité légale des infirmières auxiliaires soient reconnues uniformément au Québec, quel que soit l'établissement, l'emplacement géographique de ce dernier, l'heure de la journée ou le jour de la semaine. À défaut de cette reconnaissance :

- les membres de l'Ordre constatent qu'ils demeurent à la merci du pouvoir discrétionnaire de la direction des soins dans les établissements;
- ils observent également que le nombre d'actes qu'ils peuvent poser diminue au gré de restrictions établies par d'autres professionnels (infirmières);
- ils constatent que certains établissements renoncent à les embaucher.

4.1.3. Des actes sont délégués à du personnel non qualifié

L'Ordre exprime son désaccord quant à la délégation d'actes par des infirmières et des infirmiers à des préposés aux bénéficiaires et à des auxiliaires familiales qui n'ont ni les compétences, ni les habiletés requises pour dispenser ou prodiguer des soins infirmiers. L'Ordre n'a d'ailleurs jamais été consulté au sujet de la délégation de ces actes alors que le règlement prévoit qu'il doit donner son avis.

4.2. Solutions proposées par l'Ordre

4.2.1. Un champ descriptif actualisé

À titre de version provisoire, le texte suivant est suggéré par l'Ordre :

Chapitre 6

« L'infirmière auxiliaire prodigue les soins infirmiers que requiert la promotion de la santé, la prévention et le traitement de la maladie, dispense des soins sur ordonnance médicale, collabore et contribue notamment aux méthodes de diagnostic, à la cueillette des données et à l'élaboration du plan de soins et pose tous les actes réservés par la loi, (en exclusivité ou en partage).

Elle fait de l'enseignement et transmet de l'information correspondant à sa compétence et à ses responsabilités ».

4.2.2. Une nouvelle réglementation

Les principales demandes de l'Ordre sont les suivantes :

- prévoir l'appartenance obligatoire à l'ordre professionnel pour les professions à titre réservé;
- appuyer la réforme principalement sur une autonomie accrue des professionnels, ce qui implique :
 - une clarification des actes réservés,
 - un encadrement juridique plus simple et non équivoque pour faire en sorte que la capacité légale de l'infirmière auxiliaire soit la même dans tous les types d'établissements ou d'unités (abolition de la délégation d'actes et des conditions locales).
- abolir l'exercice de certaines activités par le personnel non professionnel en raison de la menace que cela représente pour la sécurité du public.

4.2.3. Au sujet des actes réservés ou partagés

Ces actes devraient référer à des activités déjà incluses dans le champ d'exercice des infirmières et dans le champ d'exercice des médecins.

4.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

L'actuelle pénurie de personnel infirmier dans le système de santé doit inciter les responsables à avoir recours davantage aux infirmières auxiliaires dans tous les types d'établissements et

Chapitre 6

dans tous les secteurs de soins. Dès lors, et en rapport avec les problématiques déjà énoncées :

- l'organisation du travail doit être revue;
- la profession doit jouir d'une plus grande autonomie d'action;
- le champ d'exercice de la profession doit être revu et modernisé pour tenir compte des nouvelles réalités;
- l'infirmière et l'infirmier auxiliaires doivent pouvoir jouer un rôle majeur dans l'équipe de soins;
- la réglementation professionnelle doit pouvoir s'adapter à l'évolution des techniques de soins.

4.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces et les territoires canadiens ont une loi encadrant la profession d'infirmière auxiliaire.
- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes; certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces et les territoires, les infirmières auxiliaires ont un titre réservé.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba, en Saskatchewan, à Terre-Neuve et au Yukon, une personne ne peut pratiquer ou être employée à titre d'infirmière auxiliaire que si elle est dûment enregistrée ou immatriculée.
- En Ontario, les infirmières auxiliaires sont régies par la loi cadre sur les professions de la santé et par les mêmes lois que les infirmières; elles ont donc le droit d'exercer les mêmes actes réservés, c'est-à-dire trois des treize actes réservés aux professionnels de la santé.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre : il s'agit essentiellement d'avoir complété un programme de formation d'infirmière auxiliaire et d'avoir réussi les examens nécessaires.

5. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

5.1. Principales problématiques

5.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- l'adhésion à l'Ordre demeure facultative; dès lors, la pratique de l'inhalothérapie est accessible à des personnes qui ne sont pas membres de l'Ordre et qui choisissent de se soustraire aux mécanismes de contrôle prévus.

5.1.2. Il y a prolifération d'appellations

Les appellations foisonnent : inhalothérapeute, technicien en inhalothérapie, technicien en fonction respiratoire, technicien en anesthésie, technicien en soins respiratoires, technicien en oxygénothérapie, technicien en rééducation respiratoire, etc. Ce phénomène :

- est une source de confusion pour le public et pour tout type d'intervenant au moment d'identifier les membres de l'Ordre;
- pose problème en cas de pratique illégale touchant la délégation d'actes; seul le Collège des médecins peut alors tenter les poursuites prévues.

5.1.3. Des chevauchements de champs d'exercice sont à l'origine de conflits interprofessionnels

La problématique des chevauchements professionnels est liée notamment à des recoupements d'actes, à la variété des services professionnels et à la multiplication des spécialistes. Ces chevauchements impliquent notamment les technologistes médicaux, les physiothérapeutes, les diététiciennes et, plus souvent, les infirmières.

5.1.4. L'encadrement professionnel ne reflète pas la nouvelle réalité de l'assistance anesthésique

L'assistance anesthésique :

- a subi des changements importants dus aux progrès technologiques et à la restructuration du système de santé;
- exige plus qu'autrefois, de la part de l'inhalothérapeute, un travail de collaboration avec l'anesthésiste, une grande autonomie et une capacité à assumer d'importantes responsabilités;
- se pratique de plus en plus en dehors des murs des blocs opératoires d'établissement : cliniques privées, cabinets de dentistes, cliniques de chirurgie plastique;
- n'est pas prise en compte comme telle par l'encadrement professionnel.

5.1.5. La pénurie d'inhalothérapeutes se répercute sur les services et la formation

Les cégeps du Québec forment 125 inhalothérapeutes par année, ce qui est insuffisant pour répondre aux besoins.

La pénurie entraîne les conséquences suivantes :

- des établissements embauchent des étudiants qui n'ont pas terminé leur formation;
- la surcharge de travail limite de façon critique l'apport des inhalothérapeutes à la formation clinique des étudiants; c'est ainsi qu'en dépit d'une décision de décontingement de la formation, on ne peut en élargir réellement l'accès aux stages;
- des secteurs de soins ou certains programmes ne disposent pas des services d'inhalothérapie requis, comme par exemple les soins à domicile, les cliniques d'enseignement sur l'asthme, les initiatives de lutte au tabagisme;
- des inhalothérapeutes sont parfois contraints de poser des gestes qui dépassent le cadre réglementaire.

5.2. Solutions proposées par l'Ordre

Un champ exclusif

Tout changement dans la définition du champ de pratique des inhalothérapeutes devrait être défini en collaboration avec les deux associations médicales principalement concernées, soit les pneumologues et les anesthésistes.

Quatre secteurs d'activités devraient être réservés exclusivement aux inhalothérapeutes, soit :

- l'évaluation inhalothérapeutique en matière de soins respiratoires;
- l'assistance anesthésique, incluant la préparation, l'entretien du matériel et de l'équipement ainsi que le suivi clinique de l'utilisateur;
- l'assistance ventilatoire prolongée invasive et non invasive, incluant l'installation du support ventilatoire et le suivi clinique de l'utilisateur, tant au bloc opératoire qu'aux soins intensifs;
- l'évaluation préliminaire et l'exécution des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire.

5.3. L'avenir de la profession

5.3.1. La profession, ses tendances et ses transformations

Instituée depuis plus de 30 ans, la profession d'inhalothérapeute connaît ces années-ci, à l'instar des autres professions de la santé, de profonds changements dictés notamment par les progrès technologiques, les nouvelles approches et le virage ambulatoire. Ces transformations amènent l'inhalothérapeute :

- à concevoir sa pratique de façon de plus en plus autonome;
- à devoir exercer plus que jamais son jugement clinique;
- à jouer un rôle accru au sein du bloc opératoire;
- à étendre son intervention selon une perspective multidimensionnelle qui élargit la gamme de services à l'utilisateur;
- à s'adapter à un cadre de travail qui diminue la durée de l'hospitalisation, privilégie les soins à domicile et traite une clientèle vieillissante;
- à assumer une responsabilité plus grande en matière d'évaluation et de suivi du patient.

5.3.2. La formation et l'encadrement

L'évolution de la profession, de même que les risques liés au domaine cardiorespiratoire posent des exigences précises :

- les services doivent être donnés par des professionnels hautement qualifiés;
- la formation de base en inhalothérapie devrait être rehaussée au niveau universitaire compte tenu du développement technologique et de l'évolution des pratiques cliniques;
- la formation continue obligatoire doit être enrichie;
- l'adhésion à l'Ordre doit être obligatoire;
- l'Ordre doit être doté de moyens de contrôle adéquats et doit avoir le pouvoir d'administrer un examen d'accès à la pratique.

5.3.3. La multidisciplinarité

Pour l'inhalothérapeute, l'utilisation de protocoles guidés est un élément central des nouvelles pratiques cliniques favorisant un travail d'équipe efficace. Toutefois, cette nouvelle approche tarde à se généraliser malgré ses très nets avantages. Il y a donc ici des méthodes à revoir pour faire bénéficier le système et l'utilisateur de cette forme de progrès.

Cet aspect renvoie plus globalement à un point essentiel de l'organisation du secteur de la santé, soit la multidisciplinarité, une attitude à développer. Dans cette optique, le partage de l'information doit s'inscrire comme une priorité, de même qu'une juste vision, pour chaque professionnel, de son terrain d'action et de ses limites.

5.3.4. Le travail de prévention, de promotion et d'éducation

On assiste actuellement aux phénomènes suivants :

- de plus en plus de personnes sont affectées par l'asthme;
- la population âgée augmente;
- le groupe des jeunes fumeurs, adolescents et préadolescents, est en progression.

Chapitre 6

Dès lors, l'Ordre préconise l'instauration de cliniques régionales ou municipales spécifiquement reliées aux maladies pulmonaires et à la lutte contre le tabagisme. Ces cliniques :

- seraient affiliées aux CLSC ou à des cabinets privés;
- concrétiseraient des objectifs de promotion, d'éducation, de prévention et de traitement;
- mettraient en œuvre des fonctionnements multidisciplinaires à l'intérieur desquels s'insèreraient les inhalothérapeutes.

5.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distincts

- Outre le Québec, trois provinces réglementent la profession, soit l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario.
- Seuls le Manitoba et l'Ontario donnent une définition de la profession correspondant à l'application de certaines techniques en vue d'évaluer et de traiter les troubles respiratoires.
- La profession :
 - est à titre réservé en Alberta; l'entrée en vigueur du Bill 22 introduit également des actes autorisés;
 - comporte des actes réservés en Ontario.
- Au Manitoba, l'inscription à un registre est obligatoire pour un professionnel qui souhaite être employé comme inhalothérapeute.
- Les exigences d'accès la profession sont semblables pour les trois provinces, soit le diplôme d'inhalothérapie (ou thérapie respiratoire) et les examens d'entrée à la profession.
- En Alberta, l'inhalothérapeute ne peut poser un des actes listés dans la Loi (art. 6) que sous la supervision d'un médecin; d'autres actes que ceux prévus par l'article 6 doivent être supervisés par un médecin et seulement avec autorisation de l'hôpital et après vérification de la formation adéquate de l'inhalothérapeute.

Chapitre 6

- En Ontario, il existe trois classes de certificats :
 - général : à certaines conditions, le professionnel peut poser tous les actes (« de base », « ajoutés » et « avancés »);
 - gradué : le professionnel détient ce certificat pour une période maximale de 18 mois après son émission et ne peut poser les actes de la catégorie « avancée »;
 - limité : le professionnel n'a plus accès à ce certificat depuis 1999; celui qui l'a obtenu antérieurement ne peut poser que les actes « de base ».

6. Le Collège des médecins du Québec

6.1. Principales problématiques

6.1.1. *En médecine, qui fait quoi?*

Une large part des problématiques énoncées par le Collège des médecins réfère à des imprécisions de définitions et de mandats :

- l'exercice de la médecine, selon la conception très large qu'on en a, englobe tout, de la physiothérapie, à la psychothérapie, en passant par la diététique et le travail social;
- la notion d'exercice exclusif consenti aux médecins demeure floue, surtout en ce qui a trait à la première ligne;
- selon le contexte d'exercice (hôpital, cabinet privé, de jour, de nuit, spécialité, mode de rémunération), les médecins n'assument et ne délèguent pas nécessairement les mêmes actes;
- des professionnels de la santé, autres que les médecins, élargissent considérablement leur champ d'exercice compte tenu de nouvelles formations et de l'accessibilité des connaissances médicales;
- des chevauchements professionnels surviennent;
- l'interdisciplinarité ne compense pas nécessairement la fragmentation des soins et alourdit la tâche administrative;
- les professionnels du système de santé veulent partager la première ligne avec les médecins de façon autonome et sans supervision de ces derniers;
- de plus en plus de professionnels œuvrant en dehors du système public de santé, de même que des non professionnels, offrent une gamme étendue de services en matière de santé assortis de promesses plus ou moins réalistes quant aux résultats entrevus;
- les attentes accrues de la population face au système de santé tendent à faire de ce dernier un mythe faiseur de miracles qui a réponse à tout.

6.1.2. *Le système professionnel ne parvient pas à assurer son rôle régulateur*

L'encadrement législatif et réglementaire des professions de la santé présente les failles suivantes :

- la rigidité de l'encadrement empêche les pratiques d'évoluer selon les besoins des milieux cliniques et ne permet pas d'adapter la délégation d'actes en fonction des situations vécues;

Chapitre 6

- l'Office des professions n'arrive pas à imposer aux divers ordres le respect de leur champ d'exercice;
- les ordres professionnels ne peuvent empêcher l'exercice illégal dans les professions à exercice exclusif du secteur de la santé;
- les ordres professionnels agissent sans réussir à convaincre la population du bien-fondé de leurs interventions et perdent ainsi leur crédibilité;
- la confusion dans les rôles des divers professionnels et des autres intervenants nuit à l'action des ordres en matière de protection du public.

6.2. Solutions proposées par l'Ordre

Accès aux soins, définition des tâches, cohérence et responsabilisation

Compte tenu des problèmes énoncés, cinq défis se posent pour le Collège et l'ensemble des médecins québécois, soit :

- s'assurer que les services médicaux prioritaires soient disponibles pour l'ensemble de la population québécoise; définir ces services, les faire connaître à tous les médecins, inclure dans le Code de déontologie des médecins un article appuyant cet objectif d'accès aux services;
- préciser ce qui relève de la compétence exclusive des médecins et ce qui peut être partagé avec d'autres professionnels ou d'autres personnes; définir, le cas échéant, les activités ne devant plus être considérées de la seule compétence des médecins;
- associer les médecins au processus de modernisation de l'organisation professionnelle des secteurs de la santé et des relations humaines;
- proposer des mécanismes de collaboration avec les autres professions du secteur de la santé pour maintenir la cohérence et la valeur scientifique des multiples interventions faites auprès des patients; appuyer la recherche d'une plus grande autonomie des autres professionnels de la santé; favoriser une cohérence dans les multiples interventions pratiquées, favoriser un partage d'activités qui s'appuie sur les compétences mais qui demeure adaptable au contexte; simplifier les liens entre les professionnels et faciliter le leadership du médecin;
- préciser la portée de la fonction de protection du public des ordres, tout en préservant leur responsabilité individuelle.

6.3. L'avenir de la profession

Des objectifs

Les projections sont faites ici dans la perspective d'une modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé, laquelle laisse entrevoir, selon le Collège des médecins, l'atteinte des buts fixés au point 4.2, soit :

- l'élaboration des définitions attendues quant aux mandats de chacun (le champ de la médecine, le rôle des divers intervenants);
- la mise en place des partages d'activités souhaités;
- l'affirmation de l'importance d'un travail de collaboration tirant le meilleur profit des compétences et mettant l'accent à la fois sur la supervision responsable et la souplesse dans l'action et la décision.

6.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de médecin.
- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes; certaines optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces, la profession de médecin est à exercice exclusif.
- En Ontario, les médecins sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer 12 des 13 actes réservés dans cette loi.
- En Colombie-Britannique, le Conseil des professions de la santé propose que les médecins puissent pratiquer tous les actes qui seront réservés par la loi cadre.
- En Alberta, les règlements feront la liste des actes réservés que chaque professionnel de la santé pourra pratiquer.

Chapitre 6

- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder un diplôme en médecine ainsi que d'avoir réussi les stages et les examens nécessaires. Ce sont là les qualifications pour une licence générale. Pour la pratique de spécialités, les qualifications peuvent être différentes.

7. L'Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec

7.1. Principales problématiques

7.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public et entraîne une prolifération d'appellations

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- les employeurs des secteurs public et parapublic contournent le *Code des professions* en donnant à des employés autres que des orthophonistes et des audiologistes accès à des fonctions qui devraient être réservées à ces derniers; pour ce faire, les employeurs ont recours :
 - à l'octroi de titres équivalents (thérapeute de l'ouïe et de la parole, rééducateur du langage, agent de communication, etc.),
 - à la reconnaissance de certifications académiques (maîtrise en orthophonie ou en audiologie).

Dès lors, les intervenants qui agissent à titre d'orthophonistes et d'audiologistes sans en avoir les qualifications échappent à l'obligation de respecter un code de déontologie et aux conséquences qui peuvent découler des manquements. On ne peut pas non plus savoir si ces personnes maintiennent leurs compétences à jour.

7.1.2. Un programme de formation révisé donne lieu à des chevauchements de champs d'exercice

Au cours des dernières années, l'Ordre a pris connaissance du programme révisé d'études collégiales en audioprothèse. Or, les nouveaux paramètres révèlent :

- des domaines d'intervention qui dépassent le champ de pratique normalement attribué aux audioprothésistes;
- des empiètements dans le champ de pratique des audiologistes;
- des projections erronées quant aux actes que le finissant sera en mesure de poser au terme de sa formation.

Il est essentiel de concevoir des programmes de formation qui conduisent à la complémentarité et la continuité dans l'exercice professionnel plutôt qu'au chevauchement.

7.1.3. La pénurie d'orthophonistes et d'audiologistes se répercute sur la disponibilité des services

L'insuffisance des services offerts a pour effet d'allonger les délais d'attente imposés aux enfants atteints de troubles de langage, aux personnes âgées et aux victimes d'accidents. La pénurie est plus apparente en région éloignée, comme en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.

Actuellement, l'Ordre craint que la pénurie observée ne provoque :

- la multiplication des intervenants appelés à agir en lien avec les problèmes de langage;
- la multiplication des formations dites pertinentes sur ce terrain.

7.1.4. La pratique en cabinet privé pose de nouvelles exigences

L'augmentation de l'offre de services en cabinet privé comporte certaines conséquences pour l'Ordre, soit :

- une augmentation des interventions de discipline;
- la nécessité de prévoir un meilleur encadrement de la pratique;
- une augmentation des activités de formation continue pour une mise à jour des connaissances.

7.1.5. Des restrictions à la pratique nuisent à des interventions de traitement et de prévention

L'Ordre considère que des risques immédiats ou potentiels sont associés à l'amplification de niveaux atteignant 130 dB au tympan. Actuellement, le cadre légal ne permet pas à l'Ordre d'assurer pleinement la gestion des risques en question; pour ce faire, l'audiologiste devrait pouvoir prescrire des aides auditives mais seuls les oto-rhino-laryngologistes peuvent le faire.

Par ailleurs, dans un récent avis, l'Ordre rappelait l'importance du dépistage des enfants qui présentent une surdité à la naissance. La rapidité à intervenir est déterminante sur le développement de l'enfant. La majorité des États américains rendent ce dépistage universel et obligatoire. L'Ontario, pour sa part, met actuellement en place un tel programme. L'Ordre estime que les audiologistes devraient contribuer à élaborer, planifier, coordonner et gérer ce type de programme au Québec.

7.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes réservés

Les actes suivants devraient être réservés aux audiologistes :

- l'évaluation de la fonction auditive, des capacités et des incapacités auditives par l'administration de diverses épreuves, dont les épreuves psycho-acoustiques, électroacoustiques, électro-physiologiques et comportementales;
- le diagnostic des troubles auditifs périphériques et centraux et la communication de ce diagnostic;
- la réadaptation des troubles auditifs;
- la prescription des aides auditives;
- la vente des prothèses auditives.

Les actes suivants devraient être réservés aux orthophonistes :

- l'évaluation, le diagnostic des troubles du langage, de la parole, de la voix, de la fonction oropharyngée et ses troubles connexes, des troubles cognito-linguistiques de la communication;
- l'adaptation de ces troubles;
- la recommandation des systèmes alternatifs d'aide à la communication et la formation relative à l'utilisation de ceux-ci.

D'autre part, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'Ordre souhaite établir des catégories de permis, un pour les orthophonistes et un pour les audiologistes, cette mesure se justifiant du fait que :

- ces deux professionnels ont des champs de pratique différents;
- il existe des normes spécifiques à chacune des professions;
- on assiste à une nette évolution des compétences respectives;
- une tendance se dessine à l'effet d'offrir des programmes de formation donnant accès à un diplôme distinct dans l'une ou l'autre profession.

7.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

Les principales tendances identifiées par l'Ordre pour la prochaine décennie sont les suivantes :

- la reconnaissance, le plus rapidement possible, d'un champ exclusif aux orthophonistes et aux audiologistes;
- la définition et l'application de solutions durables à la pénurie des effectifs;
- un accès accru pour les professionnels aux nouvelles possibilités technologiques et, de ce fait, une possibilité pour eux de contribuer à l'évolution des pratiques;
- une démarche d'ajustement de la formation de base;
- une amélioration, au sein de l'Ordre, de la performance à l'inspection professionnelle et à la formation continue;
- un apport significatif de l'Ordre pour une plus grande maîtrise de la langue;
- des actions de l'Ordre en faveur du développement des pratiques de première ligne.

En lien avec des perspectives américaines, l'Ordre accorde une attention toute particulière à l'éventualité d'implanter certaines spécialisations pour les orthophonistes, en bégaiement et en dysphagie. Des formations additionnelles pourraient ouvrir la voie à la réalisation d'examen en vidéoendoscopie et aux recours à d'autres technologies de pointe. Du côté des audiologistes, de nouveaux horizons de pratique se dessinent également en rapport avec des innovations américaines.

7.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Outre le Québec, trois provinces seulement sont dotées d'une loi encadrant les professions d'orthophonistes et audiologistes; deux autres provinces élaborent actuellement un projet à cet égard.
- Les définitions de la pratique ne varient pas tellement d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de l'évaluation de la fonction auditive ou de la parole, et de la prévention ou du traitement des troubles auditifs ou de la parole, en vue de développer, maintenir, accroître ou restaurer les fonctions auditives, orales ou de la communication.

Chapitre 6

- Au Nouveau-Brunswick, seule une personne inscrite au registre des membres de l'Association peut pratiquer l'orthophonie ou l'audiologie.
- En Ontario et en Saskatchewan, on ne fait état que de titres réservés.
- En Ontario, les audiologistes sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer un des actes réservés dans cette loi, soit la prescription d'appareils auditifs aux personnes malentendantes.
- En Colombie-Britannique, les orthophonistes et les audiologistes auront le droit de poser un diagnostic; les audiologistes pourront aussi poser d'autres actes réservés tels l'introduction d'un instrument dans le canal externe de l'oreille et la prescription d'appareils auditifs.
- En Alberta, les règlements dresseront la liste des actes réservés que chaque professionnel de la santé pourra pratiquer.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder une maîtrise en orthophonie ou en audiologie (ou l'équivalent) et d'avoir réussi les stages et / ou examens nécessaires, notamment une période de supervision.

8. L'Ordre professionnel des pharmaciens du Québec

8.1. Principales problématiques

8.1.1. Le rôle du pharmacien doit être redéfini

Les soins pharmaceutiques sont la concrétisation de l'orientation « patient » prise dans le cadre de la pratique de la pharmacie. Ils regroupent tous les actes centrés sur l'utilisateur qui visent à maximiser la qualité de l'utilisation des médicaments, et à prévenir ou à limiter les réactions médicamenteuses indésirables. Depuis près de 30 ans, l'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage des médicaments. Or, ce rôle s'accroît et intègre de plus en plus :

- les conseils donnés au patient lors de la remise de la médication;
- l'identification des besoins du patient et la prévention des problèmes résultant de la pharmacothérapie.

Cet enrichissement de la tâche comporte toutefois un problème de temps disponible pour chaque patient. On doit, dès lors :

- chercher à optimiser le temps de rencontre pharmacien-patient;
- envisager que le pharmacien puisse déléguer à un assistant le soin d'effectuer la vérification contenant-contenu (le pharmacien demeure responsable de cet acte toutefois);
- établir une distinction entre les tâches techniques et professionnelles du pharmacien;
- ajuster le cadre réglementaire de la profession à sa réalité actuelle.

8.1.2. Les innovations pharmaceutiques et technologiques modifient la pratique

L'évolution rapide de la thérapie médicamenteuse se répercute directement sur le rôle du pharmacien. Ce dernier :

- offre des services professionnels plus personnalisés;
- assure un suivi des convalescents à domicile et de la population en général, notamment à cause de l'augmentation des médicaments en vente libre;
- travaille en équipe multidisciplinaire, notamment en gériatrie et en oncologie;
- approfondit continuellement ses connaissances, entre autres en psychiatrie, en gériatrie, en oncologie, en hormonothérapie, au plan des soins palliatifs, du sida et de la production des produits stériles.

L'avènement d'Internet pose un nouveau défi à la pratique en raison de la masse de renseignements diffusés sur les innovations pharmaceutiques et la façon de se les procurer. Cette nouvelle réalité représente des risques réels pour la sécurité du public et commande une adaptation de la part de la pharmacie.

Les nouvelles technologies permettent aux patients de réaliser eux-mêmes et à domicile des tests de biologie médicale. Ces situations exigent d'offrir un support particulièrement attentif aux personnes. D'où la nécessité, pour le pharmacien, de s'adjoindre d'autres professionnels : infirmières, biochimistes cliniciens ou médecins biochimistes.

8.1.3. Des changements sociaux et des réformes de l'État accélèrent l'évolution de la profession

Différents phénomènes récents ont contribué à modifier la réalité de la profession, tels que la diversification des modèles de pratique (du très commercial aux services individualisés), l'accentuation de l'information sur les médicaments et la prévention, les modifications apportées à la formation en soins pharmaceutiques, la lutte contre le tabagisme, l'implication écologique favorisant la récupération des médicaments, une meilleure répartition des pharmacies à l'étendue du Québec ainsi que le projet-pilote sur la carte-santé à microprocesseurs.

Par ailleurs, la refonte du réseau de la santé dicte différents questionnements concernant les aspects suivants :

- la certification des pharmaciens dédiés à l'ambulatorie amène à revendiquer pour eux les mêmes normes et standards que celles qui sont appliquées à leurs collègues du milieu hospitalier;
- la pratique multidisciplinaire doit être encadrée par des balises strictes, notamment au sujet des règles d'accès au dossier et du partage d'actes;
- le transfert d'ordonnance de la pharmacie d'hôpital à la pharmacie privée pose la question du lien d'autorité;
- la pharmacie d'officine doit s'impliquer davantage dans la préparation et le monitoring de médicaments parentéraux.

D'autre part, l'implantation du régime général d'assurance médicaments a suscité une prise de position de l'Ordre, mettant l'accent sur :

Chapitre 6

- la nécessité de maximiser la contribution des pharmaciens au sein des équipes soignantes faisant usage de médicaments;
- l'importance de redonner la responsabilité d'une meilleure utilisation thérapeutique des médicaments aux professionnels de la santé;
- la mise en place de structures régionales de concertation entre les pharmaciens et les médecins;
- le fardeau administratif imposé aux pharmaciens par le nouveau régime, charge liée notamment au manque d'information donnée à la population et à l'ajout d'activités comptables pour les membres de l'Ordre.

Autre facteur de changement, la réglementation des médicaments de vente libre a imposé l'obligation pour les pharmaciens :

- de transformer rapidement leurs officines;
- de restructurer les activités du personnel;
- d'exercer de nouvelles mesures de contrôle sur certaines catégories de médicaments.

Ces dernières années, le virage ambulatoire et la responsabilisation du patient quant aux soins à recevoir après une hospitalisation ont favorisé la concentration des expertises professionnelles dans un milieu facilement accessible à la population, soit l'officine ou pharmacie communautaire. L'Ordre recommande à cet égard d'appuyer les nouveaux fonctionnements sur des mécanismes facilitant le travail de concertation : comités régionaux, forums médicopharmaceutiques, intégration des pharmaciens aux équipes des CLSC, mécanismes de liaison de services de garde et de consultation à distance.

Enfin, le droit de prescrire est une notion actuellement rediscutée dans les milieux de la santé. À ce sujet, l'Ordre recommande que toute nouvelle approche fasse l'objet de discussions et consultations préalables essentielles impliquant prioritairement le Collège des médecins et le Conseil consultatif de pharmacologie.

8.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes réservés, des actes partagés et certains actes autorisés

Le pharmacien est le professionnel responsable de la prestation des soins pharmaceutiques qui consistent en l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin

Chapitre 6

d'améliorer sa santé et sa qualité de vie en s'assurant de l'usage efficace, sécuritaire et approprié des médicaments consommés par ce patient.

La transmission de l'information sur les médicaments est une responsabilité importante que le public associe au pharmacien. Or, c'est là un domaine qui tend à être assumé par un nombre croissant d'intervenants. L'Ordre estime que la réglementation à ce sujet devrait être ajustée pour délimiter la compétence des professionnels qui s'ajoutent aux pharmaciens.

La prescription et la réalisation de tests biologiques sont des actes qui nécessitent la poursuite de discussions interprofessionnelles.

À l'égard des activités de la pratique pharmaceutique, l'Ordre formule les recommandations suivantes :

- La préparation des médicaments et des produits à visées thérapeutiques doit être réservée en exclusivité aux pharmaciens, mais autorisée à d'autres professionnels sous délégation.
- La dispensation des médicaments et des produits à visées pharmaceutiques doit être réservée en exclusivité aux pharmaciens, mais autorisée à d'autres professionnels sous délégation.
- L'élaboration et le suivi des plans de soins pharmaceutiques (la résolution des problèmes pharmacothérapeutiques) doivent être réservés aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes et les vétérinaires.
- L'instauration et la modification de la pharmacothérapie doivent être réservés aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes et les vétérinaires (médicaments des annexes II, III et V) ou sous délégation d'un prescripteur autorisé (médicaments des annexes I et IV).
- La communication d'informations cliniques sur les médicaments et les produits à visées thérapeutiques doit être réservée aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les infirmières mais autorisée à d'autres professionnels sous délégation.
- La consultation en automédication doit être réservée aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes et les vétérinaires.
- La prescription et la réalisation de tests de biologie médicale doivent être réservées aux pharmaciens, en partage avec les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les chimistes conformément à un protocole.

8.3. L'avenir de la profession

8.3.1. *La formation continue obligatoire, des programmes de spécialisation à évaluer*

Pour l'Ordre, la formation de base constitue la meilleure garantie des habiletés et des compétences des professionnels. Quant à la formation continue, elle devrait être rendue obligatoire pour affronter les nouveaux champs thérapeutiques tels que la thérapie génique et les nutraceutiques.

Par ailleurs, l'Ordre ne reconnaît aucune spécialité en pharmacie. Toutefois, des démarches conduisant à une telle reconnaissance ont été entreprises en lien avec la pharmacie hospitalière, la pratique communautaire, la gériatrie, la cardiologie et l'information sur les médicaments. L'Ordre recommande que les ordres professionnels conservent le pouvoir exclusif de reconnaître les spécialités au sein d'une profession, d'émettre les exigences requises et de reconnaître les spécialistes.

8.3.2. *La profession, ses tendances et ses transformations*

Entre autres facteurs d'évolution de la pratique, on retient :

- le vieillissement de la population;
- les innovations technologiques;
- le multiplication des sources d'information disponible au patient (Internet et autres) et la responsabilisation de ce dernier;
- le virage ambulatoire;
- la pratique multidisciplinaire;
- l'implantation du régime général d'assurance médicaments.

8.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces et les territoires canadiens ont une loi encadrant la profession de pharmacien.

Chapitre 6

- Il est difficile de résumer la définition de la pratique puisque les provinces en donnent des définitions assez différentes; certains ordres optent pour l'énumération d'actes, d'autres pour une définition globale, d'autres n'ont pas de définition.
- Dans toutes les provinces et les territoires, la profession de pharmacien est à exercice exclusif.
- En Ontario, les pharmaciens sont régis par la loi cadre sur les professions de la santé et ont le droit d'exercer un des actes réservés dans cette loi.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement de posséder un baccalauréat en pharmacie et d'avoir réussi les stages et / ou examens nécessaires.

9. L'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec

9.1. Principales problématiques

9.1.1. La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public

Il y a près de 30 ans, la réserve du titre de physiothérapeute semblait apporter les garanties voulues compte tenu du contexte de l'époque : formation dans des écoles affiliées aux facultés de médecine et travail en milieu hospitalier. Aujourd'hui, plus de 50% des membres de l'Ordre travaillent en clinique privée, en pratique autonome ou en partage avec un autre poste dans le secteur public. D'où la diminution ou la disparition des modes classiques de supervision, et l'importance accrue des mécanismes de contrôle professionnel. Or, l'adhésion à l'Ordre demeure volontaire et un grand nombre de bacheliers en physiothérapie pratiquent sous d'autres titres : diplômés universitaires en physiothérapie ou en réadaptation physique (appellations reconnues dans les conventions collectives du secteur public).

9.1.2. La non-reconnaissance d'un champ professionnel exclusif va à l'encontre des objectifs de protection

Cette non-reconnaissance conduit notamment à une multiplication de programmes de formation apparentés au domaine de la physiothérapie :

- le programme « Techniques de réadaptation physique » (cégep) forme des thérapeutes en réadaptation physique qui interviennent en principe après diagnostic médical ou à la suite d'une évaluation physiothérapique; le travail de ce type d'assistant a toutefois fait l'objet d'accords avec l'Ordre quant au rôle du thérapeute dans le processus de traitement, et l'intégration de ce groupe à l'Ordre est en voie de se réaliser;
- des programmes, notamment des certificats universitaires sont dispensés dans des établissements d'enseignement, parfois sans avoir été approuvés par le MEQ ou sans avoir fait l'objet des consultations habituelles (Ordre, Collège des médecins); ex : thérapie sportive, kinésiologie, posturopathie, étio-pathie, rééducation motrice et sensorielle; ces programmes créent une confusion et vont à l'encontre de la protection du public;
- des formations sont données dans des écoles privées non reconnues par le MEQ; l'ostéopathie en est un exemple et l'apprentissage de cette discipline est complété ou en voie d'être complété par 600 physiothérapeutes; la pratique de l'ostéopathie a fait l'objet de

Chapitre 6

certaines restrictions émises par l'Ordre, mais les règles ne sont pas systématiquement respectées par les professionnels qui choisissent parfois de se retirer de l'Ordre pour ne plus y être soumis.

Par ailleurs, d'autres intervenants agissent aussi dans le champ de pratique de la physiothérapie. Ce sont, par exemple, les massokinésithérapeutes, les orthothérapeutes et les diplômés universitaires en physiothérapie.

Parmi les intervenants non-physiothérapeutes, bon nombre :

- posent des actes dans les domaines musculo-squelettiques, neurologiques et cardio-respiratoires;
- peuvent causer d'importants préjudices physiques et psychologiques aux personnes qui les consultent.

9.2. Solutions proposées par l'Ordre

Un champ exclusif

La demande de champ exclusif :

- inclut les thérapeutes en réadaptation physique si ce groupe est intégré à l'Ordre;
- est faite dans le but d'empêcher un intervenant en physiothérapie d'échapper à ses responsabilités en changeant d'appellation ou en choisissant de ne pas être membre de l'Ordre.

Le texte suivant est suggéré par l'Ordre :

« Constitue l'exercice de la physiothérapie, tout acte qui a pour objet l'évaluation ou le traitement de toute déficience ou incapacité de la fonction physique d'un individu, notamment dans les domaines musculo-squelettiques, neurologiques et cardio-respiratoires, afin de restaurer, maintenir, développer ou accroître cette fonction physique.

Tout individu peut avoir accès directement aux services d'un physiothérapeute. Avant de traiter un individu, le thérapeute en réadaptation physique doit avoir obtenu un diagnostic médical documenté ou une évaluation physiothérapique.

Chapitre 6

Le physiothérapeute effectue une évaluation physiothérapique qui a pour objet d'identifier la nature, le degré et l'impact de toute déficience ou incapacité de la fonction physique d'un individu ainsi que la dysfonction à l'origine de ses problèmes.

Afin de restaurer, maintenir, développer ou accroître la fonction physique d'un individu, le physiothérapeute détermine l'orientation du traitement et utilise tout acte thérapeutique à cette fin.

Afin de restaurer, maintenir, développer ou accroître la fonction physique d'un individu, le thérapeute en réadaptation physique, conformément aux activités professionnelles que le *Règlement concernant la délivrance des permis et des activités professionnelles auxquelles ils donnent droit* l'autorise à exercer ainsi que conformément aux conditions et restrictions prévues par ce Règlement, détermine l'orientation du traitement et utilise tout acte thérapeutique approprié à cette fin. »

9.3. L'avenir de la profession

9.3.1. *La formation, universitaire et continue*

Selon l'Ordre, en regard des nouvelles exigences de la profession, il est nécessaire de rehausser le niveau d'entrée à la pratique (maîtrise professionnelle ou doctorat de 1^{er} cycle).

L'accent doit être mis également sur un processus de formation continue obligatoire pour les professionnels.

9.3.2. *Des choix de développement*

En ce qui a trait au champ professionnel de la physiothérapie, l'Ordre compte mettre l'accent sur les axes de développement suivants :

- l'encadrement des approches complémentaires/alternatives en tant qu'organisme de réglementation;
- la reconnaissance de spécialités en physiothérapie en vue d'émettre des certificats de spécialités par voie réglementaire;
- une pratique basée sur les preuves scientifiques et l'utilisation de mesures de résultats validées.

Chapitre 6

Au plan de la recherche, l'Ordre prévoit développer les secteurs suivants :

- la recherche en réseau faite par les physiothérapeutes à titre de chercheurs et collaborateurs de recherche;
- la recherche dans de nouveaux créneaux entraînant des changements dans la prestation des soins;
- la recherche en soins de première ligne.

9.3.3. Les transformations du système de la santé et leurs effets sur la pratique

Ces dernières années, le système de santé a subi des transformations importantes. Les facteurs suivants ont une influence directe sur la pratique de la physiothérapie :

- l'implantation d'un modèle d'intervention centré sur le client;
- des nouvelles pathologies, comme le sida qui dicte de nouvelles approches en réadaptation;
- des changements démographiques, en particulier le vieillissement de la population;
- des changements dans les modes de prestation de soins :
 - l'interdisciplinarité,
 - des approches préventives et l'implication du patient,
 - de nouvelles sources de financement des soins,
 - de nouveaux modes de gestion des ressources humaines et matérielles,
 - des technologies en évolution.

9.4. Législations et réglementations En vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de physiothérapeute.
- La définition de la pratique de la physiothérapie varie peu d'une province à l'autre : l'évaluation, l'identification, le soulagement et la prévention de la douleur et des dysfonctions physiques par certains traitements.
- Toutes les provinces, sauf la Saskatchewan, énumèrent les traitements employés par la physiothérapie : massage, manipulation, utilisation d'énergie rayonnante, mécanique ou électrique ainsi que l'hydrothérapie.

Chapitre 6

- Au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba (projet de loi 26), il est prévu que l'acupuncture peut être utilisée par le physiothérapeute;
- En Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba (projet de loi 26), l'aspiration trachéale est un acte pouvant être posé par le physiothérapeute.
- La profession :
 - est à titre réservé avec actes autorisés en Alberta (bill 22);
 - est à exercice exclusif en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Edouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve; on entend ici que nul ne peut pratiquer la physiothérapie à moins d'être membre de l'Ordre ou inscrit au registre;
 - est à titre réservé en Saskatchewan;
 - comporte des actes réservés en Ontario.
- Au Manitoba, nul ne peut laisser croire qu'il est membre à moins d'être inscrit au registre; une personne ainsi inscrite a le droit d'exercer la physiothérapie; le projet de loi 20 prévoit que seuls les physiothérapeutes peuvent se présenter comme tel et employer le titre.
- Dans toutes les provinces, les candidats doivent posséder un diplôme universitaire en physiothérapie et avoir réussi un stage et / ou des examens d'entrée à la profession.

10. L'Ordre professionnel des sages-femmes du Québec

10.1. Principales problématiques

10.1.1. *L'encadrement législatif et réglementaire traduit lourdeur et conservatisme*

Selon l'Ordre, il y a lieu de dénoncer la lourdeur et le conservatisme de la réglementation de la pratique des sages-femmes, notamment quant aux obligations réglementaires additionnelles qui leur sont imposées :

- existence d'un Conseil consultatif chargé de conseiller le Bureau de l'Ordre sur les règlements qu'il adopte;
- règlement sur la classification des cas nécessitant une consultation ou un transfert de la responsabilité clinique des sages-femmes;
- règlement dressant une liste des examens ou des analyses que peuvent requérir les sages-femmes;
- règlement sur les médicaments qu'elles peuvent prescrire.

De l'avis de l'Ordre, cet encadrement est superfétatoire à un code de déontologie. Les sages-femmes sont des professionnelles à part entière dotées d'une formation universitaire de quatre ans et conscientes de leurs responsabilités.

Par ailleurs, l'interdiction d'exercice de la profession de sage-femme à domicile, aussi longtemps qu'un règlement sur l'accouchement à domicile ne sera pas en vigueur, constitue un obstacle pour le Bureau de l'Ordre de s'acquitter adéquatement de son mandat de protection du public. En l'absence d'un tel règlement, les femmes continuent d'accoucher à domicile sans assistance, mettant en péril la sécurité de la mère et de l'enfant.

10.1.2. *La place des sages-femmes doit être mieux reconnue*

Les pays industrialisés reconnaissent la contribution des sages-femmes tant pour la dispensation des soins aux femmes et aux enfants lors d'une grossesse et d'un accouchement normal que pour assurer les services en périnatalité. Au Québec, cette reconnaissance n'est pas acquise. Or, les sages-femmes demandent impérativement d'être admises à part entière en tant que professionnelles de première ligne.

10.1.3. Une meilleure collaboration avec les autres professions doit être instaurée

Le champ d'exercice de la sage-femme implique :

- des actes ou des activités de prévention et de promotion de la santé;
- des éléments de diagnostic reliés au dépistage de conditions anormales de santé, tant chez la femme que l'enfant, afin de déterminer l'admissibilité à des soins, services, consultations et transferts;
- la prescription et l'administration de médicaments, examens et analyses.

Dès lors, il est primordial qu'une plus grande collaboration s'instaure entre les différentes professions impliquées.

10.2. Solutions proposées par l'Ordre

Assouplir, alléger, favoriser les rapprochements

En regard des problèmes énoncés, l'Ordre propose les solutions suivantes :

- alléger le mode d'adoption des règlements sur la consultation et le transfert, l'accouchement à domicile ainsi que les listes d'examens et de médicaments, compte tenu de la présence du comité consultatif;
- éliminer l'utilisation des listes qui sont limitatives et empêche l'accès aux derniers développements;
- encourager l'assouplissement de la profession médicale par la mise en place d'ententes interétablissements et par l'ouverture de milieux de stages dans les centres hospitaliers;
- assurer une concordance entre les différentes lois (ex. : actuellement, la prescription d'une échographie par une sage-femme à un technologue en radiologie n'est pas permise par la loi);
- prévoir que les infirmières qui assistent les sages-femmes lors d'accouchements puissent agir selon un protocole ou une ordonnance émis par une sage-femme.

Globalement, les principes suivants doivent guider l'élaboration d'un nouveau modèle de partage des activités :

- reconnaissance de la spécificité de la profession;

Chapitre 6

- autonomie professionnelle;
- autorégulation et autogestion de la pratique des sages-femmes par elles-mêmes.

10.3. L'avenir de la profession

Le développement de la profession devrait faire en sorte :

- que toutes les régions du Québec puissent bénéficier des services des sages-femmes;
- que les femmes puissent choisir d'accoucher à la maison ou dans un centre hospitalier avec l'aide des sages-femmes.

10.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Outre le Québec, il n'y a actuellement que cinq provinces qui réglementent la profession de sage-femme, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve.
- En Colombie-Britannique, en 1993, la profession de sage-femme a été l'une des premières à faire l'objet d'un rapport du *Health Professions Council* dans le cadre de la révision des professions de la santé.
- En Alberta, en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve, la profession de sage-femme semble être à titre réservé; au Manitoba, il est précisé que seules les sages-femmes peuvent exercer la profession de sage-femme; en Ontario, nul autre qu'un membre ne peut se présenter en qualité de sage-femme pour exercer la profession.
- Les exigences en matière de scolarité sont semblables d'une province à l'autre. Il s'agit essentiellement d'avoir complété un programme de formation et d'avoir réussi les stages et examens nécessaires.

11. L'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec

11.1. Principales problématiques

11.1.1. *La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public*

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- l'adhésion à l'Ordre demeure facultative; dès lors, on observe que la moitié seulement du personnel technique dans les laboratoires est soumis à un contrôle professionnel;
- des personnes non autorisées effectuent des prélèvements sanguins, que ce soit lors d'analyses hors laboratoire ou dans les laboratoires de centres hospitaliers;
- de plus en plus de professionnels autres que les technologistes médicaux effectuent des analyses hors laboratoire (chimistes, infirmières, pharmaciens et chiropraticiens); l'utilisation des appareils par du personnel sans formation spécifique augmente les risques d'erreurs; à défaut de réaliser eux-mêmes les analyses, les technologistes médicaux estiment qu'ils doivent en contrôler l'exécution.

Par ailleurs, l'Ordre juge important de sensibiliser le public aux risques de diagnostics inexacts associés à l'utilisation domestique des trousse d'auto-analyse.

11.1.2. *Les changements technologiques remplacent l'humain par l'appareil*

Les laboratoires subissent de profonds changements technologiques à l'enseigne de la mécanisation, l'automatisation, l'informatisation, la miniaturisation et la robotisation. Concrètement, la réorganisation du cadre de travail des technologistes médicaux a occasionné d'importantes pertes d'emploi et l'accroissement de la précarité (55% des membres de l'Ordre font partie du personnel à statut précaire et sur appel).

11.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des actes réservés, partagés dans certains cas

Les actes suivants devraient être réservés aux technologistes médicaux; dans certains cas, ces actes pourraient être partagés avec d'autres professionnels :

- les prélèvements;
- les procédures dans le domaine des analyses et des examens de laboratoire;
- le contrôle de qualité;
- l'interprétation technique des résultats;
- la supervision technique de ceux qui effectuent des analyses pour les clients.

11.3. L'avenir de la profession

11.3.1. La profession, ses tendances et ses transformations

Au cours de la prochaine décennie, la pratique des technologistes médicaux sera nettement différente :

- moins axée sur la production de résultats;
- plus orientée vers le support et le service à la clientèle;
- intégrée à un contexte d'interdisciplinarité;
- supportée par le développement des communications qui favorise les échanges entre professionnels, l'accès aux données et la participation du client aux décisions qui le concernent;
- influencée par des objectifs de rationalisation des coûts qui favorisent l'automatisation, l'informatisation, la robotisation, ainsi que le décloisonnement des laboratoires pour un partage des ressources entre établissements;
- marquée également par la fragmentation de l'information engendrée par le développement d'appareils d'analyse hors laboratoire (décentralisation des analyses vers les départements des établissements, les bureaux de professionnels et le domicile des clients).

Chapitre 6

11.3.2. La formation et l'encadrement

Compte tenu de l'évolution de la profession :

- les services devraient être donnés par des professionnels hautement qualifiés;
- la formation de base devrait être rehaussée au niveau universitaire compte tenu de la quantité et de la complexité des informations qui doivent être maîtrisées;
- un programme de formation continue obligatoire devrait être implanté;
- l'adhésion à l'Ordre devrait être obligatoire.

11.3.3. Le travail de consultation, de prévention et de dépistage

Le rôle des technologistes s'accroît dans de nouvelles sphères :

- au plan de la sécurité en médecine transfusionnelle;
- dans des programmes de CLSC (diabète);
- dans le secteur des services à domicile, au-delà des prélèvements.

Dès lors, l'Ordre prévoit que les technologistes développeront certains volets de leur pratique :

- la consultation dans leurs relations avec les autres professionnels;
- la consultation auprès des personnes utilisant des analyses hors laboratoire;
- la prévention;
- le dépistage.

11.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distincts

- Dans toute les provinces, la définition de la pratique est presque identique : procéder à des examens sur des prélèvements humains et en évaluer la valeur technique.
- La profession :
 - est à titre réservé en Alberta; l'entrée en vigueur du Bill 22 introduit également des actes autorisés;
 - est à titre réservé en Saskatchewan;
 - comporte des actes réservés en Ontario et dans le projet établi par la Colombie-Britannique.

Chapitre 6

- Au Nouveau-Brunswick, seule une personne inscrite au registre peut exercer la profession.
- En Nouvelle-Écosse, nul autre qu'un membre peut exercer la profession contre rémunération.
- Les actes réservés sont à peu près les mêmes d'une province à l'autre : procéder à la collecte d'échantillons humains et les analyser.
- Dans toutes les provinces, les candidats doivent avoir suivi un programme d'études en technologie médicale.
- Certaines provinces ont des exigences supplémentaires :
 - passer un examen;
 - avoir un certain nombre d'heures de pratique;
 - renouveler annuellement son permis selon certaines conditions.
- En Ontario, le membre ne peut accomplir l'acte réservé qui consiste à prélever du sang par voie veineuse à moins d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.

12. L'Ordre professionnel des technologues en radiologie du Québec

12.1. Principales problématiques

12.1.1. L'exécution de certains actes suscite des conflits interdisciplinaires

Le problème :

- perdue depuis plus de 15 ans;
- porte sur l'installation de cathéters et l'injection de produits opacifiants;
- fait ressortir une controverse interdisciplinaire au sujet des personnes habilitées à poser ces actes;
- implique l'Ordre des techniciens en radiologie, l'Ordre des infirmières et infirmiers et le Collège des médecins.

12.1.2. L'encadrement professionnel ne reflète pas la nouvelle réalité de la pratique

Selon un sondage auprès des membres de l'Ordre, les actes professionnels suivants (la liste n'est pas exhaustive) se sont ajoutés à la pratique au fil des ans :

- l'injection d'opacifiants iodés et radiopharmaceutiques;
- l'injection de substances de contraste non iodé en imagerie par résonance magnétique;
- la préparation d'injection de plusieurs types de médicaments employés lors d'examens radiologiques;
- l'insertion de sondes transrectales et endovaginales pour des examens ultrasonographiques;
- la manipulation de matériel stérile employé lors de différentes interventions;
- l'installation de cathéters vésicaux.

Ces actes ne sont pas pris en compte par l'encadrement professionnel actuel.

12.2. Solutions proposées par l'Ordre

Des modifications législatives

Afin de tenir compte de la réalité de la pratique, des actes professionnels complémentaires doivent être intégrés à la *Loi sur les technologues en radiologie*. À cette fin, les textes suivants sont suggérés par l'Ordre :

- Article 7

« Constitue l'exercice de la profession de technologue en radiologie tout acte qui a pour objet d'exécuter un travail technique comportant l'utilisation des rayons X, de radioéléments ou de toute autre forme d'énergie sur un être vivant à des fins thérapeutiques ou diagnostiques.

Dans l'exercice de sa profession, le technologue en radiologie peut procéder à l'installation d'un cathéter veineux ou effectuer une ponction veineuse pour injecter un produit de contraste ou des radioéléments, ou tout autre acte nécessaire à l'exécution du travail technique mentionné au 1^{er} paragraphe. »

- Article 8

« Un technologue en radiologie ne peut poser un acte décrit à l'article 7 pour des fins thérapeutiques que selon une ordonnance écrite par le médecin.

Il ne peut poser un acte décrit à l'article 7 pour des fins diagnostiques que selon une ordonnance écrite d'un médecin, d'un médecin vétérinaire, d'un dentiste ou d'une personne détenant un permis visé à l'article 186 du *Code des professions* ».

De récentes avancées technologiques ont considérablement modifié la pratique professionnelle en radiologie et il importe de s'assurer que la Loi prend en compte ces développements. Ainsi l'ultrasonographie est une technique pour laquelle la protection du public requiert des balises d'utilisation strictes. Pour sa part, l'emploi de la résonance magnétique fait ressortir certaines problématiques liées à la formation des technologues, à la pratique au Québec ainsi qu'aux risques et aux effets sur les patients.

12.3. L'avenir de la profession

Les progrès technologiques

D'ores et déjà, la profession est directement touchée par des changements technologiques majeurs qui influent sur les actes et la répartition des responsabilités entre les disciplines.

En radiologie diagnostique, l'innovation se traduit par exemple par le recours à de nouveaux outils : systèmes PACS (Picture Archiving and Communication System), numérisation par l'image radiologique, téléradiologie, télé-échographie, imagerie par résonance magnétique, ultrasonographie (échographie) imagerie 3D. Par ailleurs, l'avenir laisse entrevoir que, tout comme dans d'autres pays, les examens du système digestif seront confiés plus souvent qu'avant aux technologues plutôt que systématiquement au médecin radiologiste. De la même façon, on sollicitera davantage le prédiagnostic et l'opinion technique du technologue qui, ailleurs dans le monde, est appelé à signaler au médecin toute radiographie qui présente des anomalies. Toujours dans une perspective d'avenir proche, la tâche du technologue en radiologie s'étend du fait que la population s'enquiert de plus en plus de la nature des maladies et des examens prescrits, d'où un volet additionnel d'éducation auprès des patients. Enfin, la gestion de la qualité devient une opération cruciale compte tenu de l'utilisation d'équipements sophistiqués.

En radio-oncologie, des transformations interviennent également pour augmenter l'efficacité du matériel d'imagerie et de repérage de la tumeur, ainsi que pour raffiner des traitements et des tests.

En médecine nucléaire, le matériel utilisé permet dorénavant :

- d'enrichir les images anatomiques produites par résonance magnétique ou par scanographie;
- de préciser le portrait de l'activité métabolique grâce à des techniques d'imagerie non envahissantes;
- de maximiser l'efficacité des traitements du cancer.

12.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs :

- Toutes les provinces canadiennes ont une association de technologues en radiologie. Toutefois, aucune loi ne régit une telle association à l'Île-du-Prince-Édouard et au Manitoba.
- Au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve, la loi régit la protection radiologique de la santé plutôt que la profession de technologue en radiologie.
- En Alberta, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, la profession de technologue en radiologie est divisée en catégories. Celles qui reviennent le plus souvent sont les suivantes : *radiographic technologist* (ou *radiography*), *radiation therapist* et *nuclear medicine*.
- La définition de la technologie de radiation médicale varie peu d'une province à l'autre.
- Dans cinq des sept provinces qui légifèrent la profession, on autorise d'autres professions à pratiquer la radiologie, soit les médecins, les hygiénistes dentaires, les dentistes, les chiropraticiens et les podiatres.
- L'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont constitué une liste des actes réservés attribués aux technologues en radiologie. Ces actes sont assez différents d'une province à l'autre sauf les actes suivants qui font l'unanimité : l'emploi de rayonnements ionisants et autres formes d'énergie en vue de réaliser des images diagnostiques, ainsi que l'administration de médicaments ou substances radioactives thérapeutiques par intraveineuse, intramusculaire, sous-cutané, rectal, oral ou inhalation.
- Dans les autres provinces, on ne fait qu'interdire la pratique de la technologie de radiation médicale aux personnes ne répondant pas aux exigences prévues; il arrive qu'on énonce alors certains actes dans la définition de la pratique.
- En dépit de programmes provinciaux, le candidat membre de la CAMRT (Canadian Association of Medical Radiation Technologists) peut pratiquer dans toutes les provinces. Toutefois, certaines d'entre elles posent des conditions : on exige de la personne qu'elle ait de

Chapitre 6

l'expérience, qu'elle ait réussi les examens de l'association provinciale ou canadienne et/ou qu'elle ait suivi un programme approuvé.

- Dans toutes les provinces où il y a un encadrement légal, les technologues en radiologie doivent travailler sous la supervision ou avec prescription d'un médecin ou d'un autre professionnel : dentiste, chiropraticien, podiatre ou même ostéopathe; le Nouveau-Brunswick fait exception à cette règle puisque l'irradiation peut s'y pratiquer sans la prescription du professionnel pour le dépistage mammographique.

13. L'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

13.1. Principales problématiques

13.1.1. *La seule réserve du titre n'assure pas la protection du public et entraîne une prolifération d'appellations*

Selon l'Ordre, la protection du public est compromise pour les raisons suivantes :

- la seule réserve du titre ne constitue pas une mesure suffisante;
- les établissements de la santé et les employés de ceux-ci utilisent le terme « travailleur social » comme un terme générique et non comme un titre réservé par la loi; dès lors, on englobe les titulaires de diplômes techniques et d'attestations d'autres formations; le public croyant avoir affaire à un membre de l'Ordre ne dispose pas des recours habituels en cas d'insatisfaction et se sent berné par le système;
- en cas de faute, un travailleur social radié de l'Ordre peut quand même continuer d'exercer la profession dans un hôpital, un CLSC, un Centre jeunesse ou en cabinet privé;
- le réseau de la santé emploie des appellations qui portent à confusion : travailleur social, agent d'intervention en service social, agent de relations humaines;
- il existe une confusion entre les intervenants sociaux de formation collégiale et ceux de formation universitaire.

13.1.2. *La définition du travail interdisciplinaire varie selon les milieux professionnels*

Le concept de l'interdisciplinarité évolue au fil des ans et ses modes d'application ne font pas l'unanimité. L'Ordre constate en effet des disparités :

- entre, d'une part, les employeurs et gestionnaires du réseau et, d'autre part, les professionnels qui dispensent les services;
- entre les professionnels des différentes formations.

Certains aspects du travail interdisciplinaire préoccupent également l'Ordre, à savoir :

- l'impact des nouveaux modèles d'organisation des services sur le travail en interdisciplinarité;
- le partage de l'information, le dossier unique informatisé, etc.;
- la hiérarchisation des professions quant à l'imputabilité et la responsabilité.

13.1.3. Diverses situations et problématiques font l'objet de travaux et de réflexions de l'Ordre

- L'intégration des thérapeutes conjugaux et familiaux à l'Ordre est en voie de se réaliser après de nombreuses années de démarches.
- L'Ordre fait partie des six ordres professionnels visés par la réserve du titre de psychothérapeute. Cette question est au centre des discussions depuis de nombreuses années et devrait se régler d'ici peu. Tout en favorisant la protection du public, cette mesure ne constitue cependant qu'une solution partielle, tout comme la réserve du titre de travailleur social.
- La profession telle qu'elle s'exerce aujourd'hui nécessite un ajustement des conditions de formation : on s'interroge actuellement sur la pertinence de hausser la formation de base du baccalauréat à la maîtrise.
- Moins du quart des personnes (335 sur 1490) détenant une formation universitaire en travail social et œuvrant dans les 16 Centres jeunesse du Québec sont membres de l'Ordre. Ce constat est inquiétant quand on songe à la complexité du travail qui s'y effectue, aux compétences exigées et à l'impact des interventions sur le droit et l'avenir des jeunes. Entre autres failles, l'Ordre a constaté :
 - un manque d'encadrement et une charge de travail trop lourde pour les travailleurs sociaux;
 - un manque de continuité dans les services;
 - un mode d'attribution des cas à traiter sans égard au niveau de formation des intervenants.
- L'adhésion volontaire à l'Ordre a notamment pour effet de maintenir le nombre de membres bien en-deça de ce qu'il devrait être. Cette situation se traduit par une perte de revenus pour l'Ordre, alors que celui-ci manque de ressources pour réaliser pleinement ses missions de protection, de contrôle et de formation.

13.2. Solutions proposées par l'Ordre

13.2.1. Des actes réservés

Les actes suivants devraient être réservés aux travailleurs sociaux (en exclusivité ou en partage avec les ordres concernés) :

- la médiation familiale;
- l'évaluation psychosociale en adoption internationale;
- l'expertise psychosociale;
- d'autres actes à déterminer au terme d'une réflexion qui se poursuit sur le sujet.

13.2.2. L'adhésion obligatoire à l'Ordre

L'adhésion obligatoire à l'Ordre pour tout détenteur d'un baccalauréat en travail social apparaît essentielle :

- en raisons des motifs déjà énoncés;
- parce que la profession évolue vers un contexte où les contrôles diminuent (pratique de plus en plus autonome, peu de supervision dans les établissements);
- en raison de facteurs tels les fusions d'établissements, la complémentarité des services entre les établissements et les organismes communautaires, et les futures équipes interdisciplinaires mobiles.

13.3. L'avenir de la profession

La profession, ses tendances et ses transformations

L'évolution de la profession et de ses milieux d'exercice pose de nouvelles interrogations aux travailleurs sociaux.

- L'émergence de nouvelles valeurs sociales remet-elle en question la pertinence même de la profession?
- Alors que le champ descriptif de la profession est si vaste, est-il possible de définir pour le travailleur social une identité professionnelle claire et forte?
- Dans un contexte d'intervention où on observe souvent une utilisation aléatoire des disciplines et une diminution de l'encadrement, comment le travailleur social peut-il parvenir à conserver et à développer sa compétence spécifique?
- La formation universitaire actuelle du travailleur social devrait-elle être enrichie ou allongée?

Chapitre 6

Dans l'avenir, il est à prévoir que les éléments suivants auront un impact direct sur la profession :

- le vieillissement de la population;
- les nouvelles technologies;
- l'exclusion de certains groupes sociaux;
- les nouveaux modèles familiaux;
- la mise à l'écart des personnes qui demeurent en marge du monde du travail;
- la violence et le suicide;
- la mobilité de la main-d'œuvre (dont les travailleurs sociaux; leurs déplacements de plus en plus fréquents d'une province à l'autre requièrent la signature d'accords de libre circulation).

13.4. Législations et réglementations en vigueur au Canada

Points communs, éléments distinctifs

- Toutes les provinces canadiennes ont une loi encadrant la profession de travailleur social.
- En Ontario, la Loi concerne aussi bien les techniciens en travail social que les travailleurs sociaux.
- Plusieurs provinces ne donnent pas de définition de la pratique. Les définitions adoptées par les autres provinces sont semblables. Il s'agit essentiellement :
 - d'évaluer, de corriger et de prévenir des problèmes sociaux par le biais de certaines activités;
 - d'améliorer le fonctionnement social d'individus, de familles, de groupes et de communautés.
- La profession est à titre réservé en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, en Saskatchewan et à Terre-Neuve.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, nul ne peut pratiquer en travail social à moins d'être enregistré ou immatriculé.

Chapitre 6

- Dans toutes les provinces, les candidats à la profession doivent posséder un diplôme universitaire en travail social (baccalauréat, maîtrise ou doctorat) et avoir réussi un stage et/ou les examens d'entrée à la profession.