

Chapitre 7

**Approche recommandée
par le Groupe de travail**

Introduction

Le rappel des assises et de la raison d'être des ordres professionnels

Le système professionnel québécois, tel qu'on le connaît aujourd'hui, se concrétise en 1973 avec l'avènement du *Code des professions* et des institutions créées par cette loi. Le législateur prévoit alors que des obligations soient imposées aux ordres professionnels par l'intermédiaire d'un système largement fondé sur le principe de l'autonomie des professions. Par la même occasion, il leur confère une raison d'être, soit la protection du public. En pratique, protéger le public dans le domaine de l'exercice des professions signifie essentiellement veiller à la qualité de l'ensemble des services professionnels offerts, en s'assurant des qualifications des candidats aux professions et en contrôlant par des mécanismes précis l'intégrité et la compétence des professionnels.

Le système professionnel regroupe aujourd'hui plus de 270 000 professionnels répartis dans 45 ordres. Plus de la moitié de ces ordres appartiennent au secteur de la santé et des relations humaines qui compte, à lui seul, près de 60 % de l'ensemble des membres.

Il existe deux grandes catégories de professions : celles à titre réservé et celles d'exercice exclusif. Dans le cas d'une profession d'exercice exclusif, seuls les membres des ordres reconnus peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la loi. Ce droit ne peut en effet être conféré que par une loi. Les dispositions s'appliquent seulement lorsque la nature des actes posés par ces personnes ainsi que la latitude dont elles disposent en raison des caractéristiques de leur milieu de travail sont telles que la protection du public exige qu'ils soient accomplis exclusivement par des personnes formées à cette fin.

Bien que les membres d'un ordre exerçant une profession à titre réservé n'aient pas le droit exclusif d'accomplir des activités professionnelles, l'utilisation du titre est limitée à eux seuls. Il s'agit là d'un mécanisme de protection basé sur le libre choix du citoyen, principe selon lequel ce dernier décide lui-même de consulter un membre d'un ordre professionnel constitué, offrant les garanties du système professionnel, ou de s'en remettre à quelqu'un d'autre.

Ce fonctionnement, fondé sur l'autonomie des professions, se traduit particulièrement par des mécanismes basés sur l'autogestion, l'autoréglementation et le jugement par les pairs.

Chapitre 7

Les ordres professionnels sont administrés par un bureau de direction formé d'un président et d'administrateurs élus ainsi que de représentants du public nommés par l'Office des professions. Le Bureau est chargé de l'administration générale des affaires de l'ordre et exerce tous les droits, pouvoirs et prérogatives de celui-ci. Il doit également veiller à l'application des dispositions du *Code des professions*, de la loi ou des lettres patentes constituant l'ordre. C'est de cette façon que se concrétise le concept d'autogestion établi par le législateur.

Parmi les responsabilités du Bureau d'un ordre, il y a lieu de souligner celles qui concernent l'élaboration, l'adoption et la transmission pour publication ou approbation des divers règlements obligatoires ou facultatifs, tels que prévu au *Code des professions* ou dans les lois particulières. Cette fonction administrative est assumée par le Bureau en conformité avec les procédures définies, et constitue ce qu'il est convenu d'appeler l'autoréglementation.

Le *Code des professions* a également institué deux mécanismes importants et obligatoires en vue de la protection du public : l'inspection professionnelle et la discipline. Le premier concerne d'abord la compétence des membres dans l'exercice de leur profession alors que le deuxième vise davantage leur conduite professionnelle, tenue d'être notamment respectueuse de règles déontologiques. Les mécanismes sont conçus de manière à ce que ces aspects de la pratique d'un professionnel soient évalués ou jugés par les pairs.

D'autres dispositions ont aussi été prévues, entre autres en matière d'admission, d'assurance de la responsabilité professionnelle, de contrôle de la pratique illégale et de l'usurpation de titre ainsi que de formation continue obligatoire. L'ensemble de ces mesures constitue les divers moyens dont disposent les ordres pour assurer la protection du public. Après plus de 20 ans d'existence, cette obligation demeure encore une nécessité et s'exprime de la même façon qu'au moment de la mise en place du système.

Dans le secteur de la santé et des relations humaines, 13 ordres sont d'exercice exclusif et 13 sont à titre réservé. Malgré la différence de statut, ces ordres sont tous régis par les mêmes obligations et normes de fonctionnement, lesquelles leur sont dictées par le *Code des professions*.

Lors de la consultation, le Groupe de travail a été en mesure de constater que les organismes et les experts entendus accordent une grande confiance aux mécanismes prévus pour protéger le public. Ceux-ci sont en effet convaincus de la nécessité de donner aux ordres professionnels

Chapitre 7

la place qui leur revient et de les doter des moyens qui leur permettent d'assumer pleinement leur raison d'être qui est de protéger le public. Certains ont également indiqué que le mandat des ordres à cet égard devrait être renforcé et que ceux-ci devraient axer leur action sur l'exercice des principaux mécanismes qui permettent le contrôle et l'amélioration des compétences, soit l'inspection professionnelle et la formation continue.

Fort de ces commentaires, le Groupe de travail croit donc nécessaire de réaffirmer que la raison d'être d'un ordre professionnel est la protection du public, et que les 26 ordres du secteur de la santé et des relations humaines doivent continuer de partager cette raison d'être avec l'ensemble des ordres du système professionnel. Le Groupe de travail insiste également sur l'importance pour les ordres d'utiliser pleinement les moyens dont ils disposent pour assurer la protection du public, soit l'admission, l'inspection professionnelle, les recours disciplinaires, le contrôle de l'utilisation du titre et de l'exercice illégal ainsi que la formation continue.

Le Groupe de travail recommande :

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

Les consultations menées ont cependant mis en évidence deux préoccupations :

- l'importance d'actualiser les champs de pratique en fonction de l'évolution générale du contexte des soins et des services;
- la pertinence de réduire les monopoles en raison de la nécessité de miser davantage sur la collaboration entre les professions.

Chapitre 7

Selon les représentants des organismes et les experts rencontrés, les champs de pratique n'ont pas suivi la trajectoire accélérée du monde de la santé en mutation. Le système actuel nuit aux impératifs de collaboration, d'évolution et d'innovation.

En outre, la récente Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux porte une attention particulière à l'organisation des professions du secteur. Sous le thème « favoriser l'interdisciplinarité », elle intègre en effet à son rapport une recommandation qui vise spécifiquement les professions reconnues. Elle recommande ainsi « que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé et qu'on crée les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. »¹ Cette recommandation s'accompagne par ailleurs d'une proposition directement adressée au Groupe de travail selon laquelle les membres souhaitent qu'une plus grande importance soit accordée au décloisonnement des professions et à l'interdisciplinarité, tout en assurant la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe. De façon générale, la Commission convie tous les professionnels à adapter leur pratique à la réalité moderne de manière à répondre aux besoins exprimés par la population tout au long du processus de consultation : services accessibles, intégrés, personnalisés, continus et de qualité. Après avoir pris connaissance du mandat du Groupe de travail, la Commission conclut que ce dernier doit² cibler les solutions favorisant la reconnaissance légale des pratiques, la collaboration et le partage des responsabilités entre professionnels, tout en préservant les compétences particulières à chaque profession. De plus, la législation professionnelle devrait être allégée pour s'adapter aux nouvelles tendances et au développement des technologies et reconnaître aux ordres une plus grande latitude dans la mise en oeuvre des changements.

Pour atteindre l'objectif visé, soit redéfinir les champs d'exercice pour les professions de la santé et des relations humaines, le Groupe de travail adopte une approche dont les différentes composantes ont été appliquées à chacun des ordres ou encore à l'ensemble du secteur. Cette approche a été élaborée à partir des résultats de la consultation, de l'examen des problématiques ainsi que d'une analyse des grands courants nord-américains en matière d'organisation professionnelle. Pour parvenir aux résultats attendus, à savoir l'élimination des barrières inutiles entre les professions sans toutefois porter atteinte à la protection du public, le Groupe de travail opte pour une approche fondée sur une mise à jour des champs d'exercice et sur l'identification, en concertation avec les ordres, d'activités réservées susceptibles de refléter la réalité des mi-

¹ *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 127.

² *Op. cit.*, p. 129.

Chapitre 7

lieux de pratique. Par ailleurs, après avoir examiné d'autres concepts, il en retient un certain nombre, notamment l'appartenance obligatoire et l'introduction de dispositions relatives à des situations particulières, comme les cas d'urgence par exemple. Enfin, le Groupe tient à identifier des moyens favorisant l'évolution des professions et l'adaptation de l'encadrement professionnel en fonction des milieux.

Il importe cependant de mentionner que l'approche ici présentée ne revêt pas encore de caractère final. En effet, s'agissant d'un rapport d'étape, il est possible que des modifications ou des ajustements soient nécessaires en fonction des résultats des dernières phases des travaux.

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

1. Une mission particulière au secteur de la santé et des relations humaines

Le secteur de la santé et des relations humaines constitue un sous-groupe à l'intérieur du système. Les ordres de ce secteur partagent non seulement leur raison d'être : la protection du public, mais aussi une responsabilité à l'égard des soins et des services dispensés à la population. Dans ce contexte, le Groupe de travail juge pertinent d'enrichir la raison d'être d'un ordre professionnel par l'instauration d'une dimension propre à l'ensemble des professions du secteur de la santé et des relations humaines et qui constitue une mission commune, soit l'amélioration continue des soins et des services. Cette dimension doit se refléter dans la pratique professionnelle quotidienne par le souci des personnes de l'intégrer à leur pratique individuelle et par une attitude de collaboration entre les professionnels sur le terrain. Cette mission invite dès lors à la concertation de manière à assortir les activités des ordres et de leurs membres de finalités communes dans un souci de remplir adéquatement leurs obligations.

Ce but a inspiré les choix du Groupe de travail dans la manière dont il a conçu et réalisé son exercice de modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines. Il estime que les ordres professionnels concernés devraient également s'approprier cette mission pour guider leurs actions et leurs interventions.

Il en va de même pour les professionnels à titre individuel. Le Groupe de travail considère que l'amélioration de la qualité des soins et des services donne une orientation de base partagée par l'ensemble des professionnels qui assurent la protection du public, au-delà de l'unique assurance de la qualité de l'intervention. Il s'agit d'une notion évolutive qui rallie les professionnels de la santé et des relations humaines dans une démarche globale de collaboration et d'interdisciplinarité, toujours avec cette priorité de protection du public, doublée d'une mission d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Chapitre 7

Le Groupe de travail recommande donc :

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

2. Un seul type de profession

Le système professionnel tel qu'on le connaît actuellement fait intervenir deux types de professions, certaines sont dotées d'un champ d'exercice exclusif et d'un titre réservé alors que d'autres se sont vues conférer un titre uniquement.³ À l'origine, les membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (rapport Castongay/Nepveu) souhaitaient encadrer l'exercice d'une profession lorsque la sécurité du public l'exigeait. Pour certaines professions, la réserve du titre leur apparaissait alors suffisante. Cependant, on n'avait pas prévu que des personnes exerçant ces professions choisiraient de ne pas adhérer à leur ordre professionnel.

Les composantes de l'approche développée par le Groupe de travail s'appliquent à tous les ordres professionnels du secteur de la santé et des relations humaines, de sorte qu'il ne peut plus être question de deux types de professions. Toutefois en développant cette approche, le Groupe de travail entend maintenir le contrôle de la pratique professionnelle et favoriser la réalisation du mandat de protection du public qui a été délégué aux ordres professionnels par le législateur. Par conséquent, il privilégie une approche qui :

- pallie aux lacunes dénoncées par plusieurs lors des audiences;
- maintient la réserve des titres professionnels tels que reconnus par le législateur à titre de mécanisme de protection du public;
- contient des champs de pratique qui définissent l'essence de la profession;
- comporte des activités réservées en lien avec le champ de pratique qui répondent aux besoins émergents dans le secteur de la santé et des relations humaines.

Le Groupe de travail recommande :

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

³ Voir à cet égard l'introduction du présent chapitre.

3. L'appartenance obligatoire

Au cours de ses rencontres, le Groupe de travail a été sensibilisé au fait que toute modification de l'organisation professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines doit prendre en compte la difficile question de l'appartenance aux ordres. La plupart des organismes ou des personnes consultés ont indiqué que, dans le secteur visé, rien ne justifiait que des personnes ne soient pas membres des ordres alors qu'elles exercent les mêmes tâches que celles attribuées à des professionnels assujettis aux dispositions du *Code des professions*. Certains intervenants en font même une condition sine qua non à la révision des champs d'exercice et au partage d'activités.

Cette question a fait l'objet d'une longue réflexion au sein du Groupe de travail. Entre autres références, ce dernier a pris connaissance des modifications apportées en Alberta à la législation professionnelle dans le secteur de la santé. La réforme mise en œuvre dans cette province présente des similitudes avec l'approche développée dans le cadre de la présente révision. Ainsi, l'Alberta a opté pour une législation professionnelle fondée sur un champ descriptif non réservé et une liste de certaines activités complexes et à risque, réservées aux seuls professionnels membres de l'ordre. Sous le titre « Mandatory Registration », l'article 46 de la *Health Professions Act* (Chapter H-5.5) de l'Alberta énumère les conditions d'application du concept que le Groupe de travail identifie sous le vocable « d'appartenance obligatoire ».

Le principe de cet article est décrit dans la Recommandation 4 du Rapport final du Groupe de travail albertain⁴ qui a mené à la rédaction de la Loi de cette province :

« If a profession is regulated by professional legislation, all individuals who have the required educational qualifications and experience required for registration should be required to be registered with the appropriate professional regulatory association in order to provide the services of that profession to the public. »

Cette recommandation vise notamment à éviter que des professionnels, par exemple à la suite d'une radiation, puissent continuer à pratiquer des activités incluses dans le champ descriptif non réservé sans être membres de leur ordre professionnel. On cherche également à empêcher des personnes dûment formées pour exercer une profession de choisir de travailler sans être contrôlées par leurs pairs. Le Groupe de travail albertain considère donc que toutes les person-

⁴ Final Report of the Health Workforce Rebalancing Committee, Principles and Recommendations for the Regulation of Health Professionals in Alberta, November 3, 1995.

Chapitre 7

nes possédant la formation requise pour exercer une profession doivent être membres de l'ordre. Toutefois, les personnes n'ayant pas les qualifications requises pour être membres d'une profession peuvent fournir certains services de santé dans la mesure où elles n'exécutent aucune activité réservée. Par ailleurs, les personnes possédant les qualifications et l'expérience requises ne sont pas tenues d'être membres de l'ordre concerné si elles n'entendent pas exercer leur profession. C'est le cas, par exemple, d'une personne retraitée ou d'une personne engagée dans une autre activité.

La solution mise de l'avant en Alberta apparaît intéressante aux yeux des membres du Groupe de travail (québécois). Elle s'inscrit dans la droite ligne des orientations qu'il s'est données et répond également aux attentes exprimées tant par les ordres professionnels que par de nombreux groupes. À maintes reprises, ces derniers ont en effet déploré que certaines personnes puissent se soustraire volontairement au contrôle de l'organisme régulateur qu'est l'ordre professionnel.

Dans cette même ligne d'idée, dans un récent rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les accidents évitables dans la prestation de soins de santé, un comité ministériel a recommandé qu'une obligation soit faite à l'établissement d'imposer à tout employé l'adhésion à son ordre professionnel comme condition de maintien de son emploi.⁵

Le Groupe de travail recommande :

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

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

⁵ « La gestion des risques, une priorité pour le réseau », Rapport du comité ministériel, ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2001, p. 54.

Chapitre 7

Le Groupe de travail considère important de rappeler au gouvernement, à titre d'employeur, la pertinence de faire preuve de cohérence en ce qui concerne les domaines d'activités reconnus au sein du système professionnel. Il devrait par conséquent faire sienne la règle de l'appartenance obligatoire et exiger des professionnels concernés qu'ils adhèrent à leur ordre et qu'ils conservent cette adhésion tout au long de la durée de leur emploi.

Ce faisant, le gouvernement reconnaît explicitement la contribution des ordres professionnels et des mécanismes de protection du public ainsi que celle des professionnels au maintien et au rehaussement de la qualité des soins et des services.

Une telle reconnaissance présuppose également un endossement syndical de cette règle de l'appartenance obligatoire, comme certains syndicats l'ont exprimé lors de la consultation.⁶

Le Groupe de travail suggère :

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

⁶ Voir à cet égard le chapitre 5 du présent rapport, section 4 « L'appartenance aux ordres ».

4. Un champ qui décrit la profession

Ce champ :

- est descriptif;
- reconnaît l'existence de chevauchements possibles entre les professions;
- précise le contexte d'exercice des activités professionnelles.

Le Groupe de travail opte pour une description de chacun des champs de pratique qui soit la plus précise et la plus distinctive possible. Pour le Groupe de travail, le champ de pratique énonce les principales activités d'une profession afin d'en saisir la nature, l'essence et la finalité. Le champ de pratique est d'abord destiné aux ordres professionnels, à leurs membres ainsi qu'à la population. Il s'adresse également aux établissements à des fins d'attribution des responsabilités à divers professionnels. De plus, il peut servir aux institutions d'enseignement pour l'élaboration des programmes de formation.

Dans le cadre de ses travaux de définition des champs de pratique, le Groupe de travail a convenu d'un certain nombre d'éléments concernant à la fois la forme et le contenu du libellé. Ces considérations résultent de l'analyse de diverses informations, tels le champ d'exercice actuel inscrit au *Code des professions* ou dans les lois professionnelles, le libellé des champs des professions dans les autres provinces canadiennes, et les propositions de redéfinition présentées par les ordres. Ces éléments s'énoncent comme suit :

- un champ de pratique doit être suffisamment précis pour permettre de distinguer une profession d'une autre et établir ainsi sa marque distinctive;
- il y a également lieu de demeurer concis, de ne conserver que l'essentiel et de s'en tenir à ce qui est pratiqué par la majorité des membres;
- généralement décrit à partir de la pratique professionnelle, le champ fait référence à la finalité de l'intervention du professionnel dans ce qu'elle a de particulier;
- le Groupe de travail entend éviter, autant que faire se peut, les listes détaillées d'activités, les descriptions de tâches, les énumérations de moyens, de milieux, de lieux de pratique ou de clientèles;
- les mentions relatives aux biens ou services offerts seront absentes de la définition sauf si de telles informations sont suffisamment uniques et caractéristiques pour constituer une façon de distinguer une pratique professionnelle d'une autre;

Chapitre 7

- pour les mêmes raisons, les méthodes et les techniques utilisées ne devraient qu'exceptionnellement figurer dans la description; de telles informations sont susceptibles de nuire à la pérennité de la définition.

Le Groupe de travail a également convenu de limiter le contenu d'un champ de pratique aux éléments constitutifs suivants :

- la désignation de la discipline professionnelle;
- les principales activités de la profession;
- la finalité de la pratique.

En s'appliquant à définir dans son essence la pratique d'une profession, le Groupe de travail n'a pas cherché à couvrir l'ensemble d'une discipline, celle-ci étant de toute évidence plus vaste que le champ descriptif d'une profession.

Le Groupe de travail recommande :

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

5. Des éléments du champ de pratique partagés par toutes les professions du secteur de la santé et des relations humaines

Tout au long de leurs travaux, les membres du Groupe ont reconnu l'importance des actions ou des interventions à caractère préventif ou informatif, que celles-ci soient effectuées par un ordre ou par un professionnel. Ce faisant, ils ont partagé également un des principes directeurs mis de l'avant par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qui spécifie qu'une organisation efficace et efficiente en matière de services de santé et de services sociaux qui vise à la fois la qualité des soins et des services et l'excellence des résultats, intègre la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention de la maladie et des problèmes sociaux.⁷

Après mûre réflexion, le Groupe de travail a décidé d'inclure dans chacun des champs de pratique les éléments suivants partagés par tous :

- l'information du public;
- la promotion de la santé;
- la prévention de la maladie et des accidents auprès des individus, des familles et des collectivités.

5.1. L'information du public

Le souci d'informer la population fait intrinsèquement partie de la protection du public. Bien que cette obligation soit déjà largement balisée dans les codes de déontologie comportant des dispositions relatives aux devoirs envers le public et le client, le Groupe de travail juge néanmoins nécessaire d'inclure nommément l'information du public dans la zone commune. Dès lors, chaque professionnel voit son rôle renforcé en matière d'éducation et d'information en relation avec son champ de pratique. Le professionnel doit, par exemple, exposer de façon complète et objective la nature et la portée du problème pour lequel le client le consulte, et fournir à ce dernier les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

En décidant d'intégrer l'information du public dans chacun des champs d'exercice, le Groupe de travail met l'accent sur le fait que des personnes mieux informées agissent de façon plus éclairée.

⁷ *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 30.

5.2. La prévention de la maladie et des problèmes sociaux

La prévention vise essentiellement la réduction de la maladie et des problèmes sociaux. Elle est étroitement reliée au développement des connaissances pour chaque problème particulier et englobe toutes les mesures destinées à agir avant l'apparition ou dès les premières manifestations d'un problème. Dans le cadre de sa politique de la santé et du bien-être⁸, le Gouvernement du Québec a reconnu l'importance de la prévention et mis de l'avant un certain nombre de mesures à caractère préventif, que ce soit au niveau de la santé ou du bien-être de la population. C'est ainsi qu'en matière d'adaptation sociale, des mesures visant par exemple la réduction des abus sexuels, de la négligence et de la violence à l'endroit des enfants ont été mises de l'avant. En matière de santé physique, des interventions sont notamment faites pour diminuer les facteurs de risque liés aux maladies cardio-vasculaires : tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie.

La mise en œuvre d'une telle politique et des mesures préventives qu'elle comporte implique un « partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activités de la vie collective. »⁹ À ce titre, les ordres et les professionnels ont donc un rôle à jouer et le Groupe de travail a jugé bon de le reconnaître en mentionnant la prévention dans chacun des champs de pratique et d'en faire ainsi une responsabilité partagée, même si la contribution de chacun peut varier en fonction du domaine d'exercice de la profession. De plus, en faisant une telle mention, le Groupe de travail reconnaît l'importance de la collaboration et de la complémentarité entre les divers professionnels impliqués dans la réalisation des diverses mesures préventives. Il considère également qu'il appartient aux ordres professionnels de s'assurer que leurs membres sont suffisamment renseignés et outillés pour jouer pleinement leur rôle à cet égard.

5.3. La promotion de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit ainsi la promotion de la santé :

« Processus qui consiste à habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et améliorer celle-ci ».

⁸ « La politique de la santé et du bien-être », Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1992, 192 p.

⁹ *Op. cit.*, p. 11

Chapitre 7

La promotion de la santé vise l'amélioration de la santé de la population. Pour ce faire, diverses techniques d'intervention sont utilisées dans le but d'induire un changement dans les comportements humains en regard de la santé. Il s'agit d'inciter les individus à se prendre en main et à adopter des comportements sains. L'approche en promotion de la santé peut donc être qualifiée de comportementale. Elle porte sur la gestion des pratiques liées au mode de vie qui peuvent représenter des facteurs de risque pour la santé tels l'alimentation, l'activité physique, le stress, la consommation d'alcool et le tabagisme. Enfin, la promotion de la santé repose sur divers principes qui la différencie de la prévention. En effet, plutôt que de s'attarder au risque que court un seul individu de développer un problème de santé, on met l'accent sur la population en général par le biais d'une approche collective qui inclut notamment les politiques sociales et les lois. Le potentiel de santé de chacun est utilisé par la transmission d'une information pertinente sur les mesures à prendre pour être en bonne santé. La promotion de la santé fait donc appel à une participation concrète et efficace du public.

Le Groupe de travail considère que les professionnels du secteur ont un rôle important à jouer en matière de promotion de la santé et, de ce fait, juge nécessaire d'inclure ce volet dans le champ de chacune des professions. Par ailleurs, cette intervention a un effet significatif sur la qualité de vie des individus. Dès lors, il y a également lieu d'inciter les ordres à se concerter pour développer des guides de pratique à l'intention de leurs membres afin d'assurer une meilleure cohérence entre les différents champs d'intervention. De plus, en matière de promotion de la santé, le public a droit à une information adéquate et optimale.

Le Groupe de travail recommande :

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

6. Des activités réservées

En matière d'activités réservées, le Groupe de travail s'inspire des réformes réalisées ou amorcées ailleurs au Canada : la réserve ne porte plus sur des champs d'exercice mais sur des activités en fonction de critères bien définis.

Même s'il n'exclut pas formellement le recours exceptionnel à la notion d'actes, lorsque la situation l'exige, le Groupe de travail privilégie le concept d'activités qu'il considère plus évolutif. En effet, compte tenu des objectifs visés par le présent exercice, notamment la simplification et l'allégement de l'encadrement législatif et réglementaire, il est convaincu qu'il n'est pas approprié de procéder à l'énumération d'une multitude de gestes ou d'actes précis. Une telle façon de faire donne lieu à l'élaboration de listes parfois interminables, rarement complètes, et devant être révisées fréquemment. Le Groupe choisit donc de réserver des activités et retient la définition suivante de cette notion :

« un ensemble d'opérations, d'interventions, de processus, d'éléments, d'actions ou de gestes coordonnés, effectués dans le cadre de l'exercice d'une profession, qui peuvent s'exercer sur un continuum ou de manière interrompue et se scinder en actes circonscrits. »

6.1. Les critères de qualification d'une activité réservée

Si le champ de pratique permet d'identifier les aspects essentiels du domaine d'action d'une profession, aucune exclusivité de pratique n'est par ailleurs conférée, en soi, à l'un ou l'autre des éléments qui y apparaît. Le Groupe de travail croit néanmoins que, dans le secteur de la santé et des relations humaines, certaines activités ne peuvent être exercées que par des professionnels reconnus. Des critères précis doivent donc intervenir pour identifier et décrire de telles activités.

Dans le cadre de sa démarche, les critères de qualification retenus par le Groupe sont inspirés, non seulement des dispositions actuelles du *Code des professions*, mais aussi de ceux généralement utilisés en Amérique du nord lorsqu'il est question de réserver à certaines personnes des interventions professionnelles particulières. Le critère principal concerne le risque de préjudice lié à la réalisation de l'activité. En cette matière, le Groupe de travail s'appuie sur le docu-

Chapitre 7

ment produit par l'Office des professions en 1997,¹⁰ plus particulièrement sur les définitions et la grille d'analyse des risques de préjudice. Il choisit de considérer comme à risque de préjudice toute activité susceptible de porter atteinte aux droits, aux intérêts, au bien-être ou à l'intégrité d'une personne. Il précise également qu'un préjudice peut être de type physique, psychologique, émotif, moral ou financier. Le préjudice peut survenir non seulement en raison de l'intervention elle-même mais aussi de son omission.

6.1.1. Le risque de préjudice lié à la réalisation d'une activité

En matière de préjudice, ont été retenues les activités qui notamment :

- présentent un caractère irrémédiable;
- sont complexes;
- sont invasives;
- impliquent un haut degré de technicité;
- sont contre-indiquées dans certaines situations;
- font appel à l'usage de médicaments;
- sont susceptibles de causer ou d'entraîner des effets secondaires, des complications;
- sont susceptibles de causer le décès, d'entraîner ou d'accentuer une atteinte à l'intégrité physique, notamment sous forme de blessure, de dépendance, de dommage de nature esthétique, de douleur, d'incapacité, de maladie, de paralysie;
- comportent un potentiel d'abus physique, émotif ou sexuel;
- sont susceptibles de causer ou d'entraîner diverses perturbations, telles l'aliénation, la dépendance ou la détresse;
- sont susceptibles de causer ou d'entraîner la perte d'un droit comme l'exercice de l'autorité parentale, la libre gestion de ses biens, l'aptitude à rendre compte de ses actes.

6.1.2. La formation liée au degré de complexité de réalisation d'une activité

Indissociable du critère précédent, à savoir le risque de préjudice, la complexité de l'activité est prise en considération par le Groupe de travail, complexité mesurée principalement en lien avec les compétences requises et les connaissances exigées pour l'exercer. L'activité ayant été jugée à risque de préjudices, seules les personnes possédant les connaissances et les compétences

¹⁰ *Le système professionnel québécois de l'an 2000 — L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI^e siècle*, Avis au gouvernement du Québec transmis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Office des professions du Québec, 1997.

Chapitre 7

particulières requises peuvent être habilitées à l'exécuter. De telles connaissances ou compétences doivent avoir été acquises dans le cadre d'un programme de formation actuellement dispensé, reconnu et approuvé par un établissement d'enseignement, et donnant accès au permis de l'ordre.

Tout au long de ses travaux, lorsqu'il s'agit de confier une activité réservée à un professionnel, le Groupe de travail s'est donc assuré que le programme de formation de ce dernier le préparait adéquatement à effectuer cette activité avec compétence. Dans le cas contraire, le groupe opte soit pour la non-inclusion dans la liste des activités réservées, soit pour l'ajout d'une condition additionnelle portant sur l'acquisition de la formation par le biais d'une recommandation de modification du programme ou d'une obligation de formation continue. Le Groupe de travail opte pour cette dernière solution, notamment pour répondre aux besoins émergents des milieux de pratique.

6.1.3. Un nombre significatif de professionnels exerçant une activité

En plus des critères de risque de préjudice et de degré de complexité, l'activité doit généralement être exercée par un nombre significatif de professionnels pour se voir réserver.

6.2. Les activités réservées

Avant de procéder à l'attribution des activités réservées à chaque ordre professionnel, le Groupe de travail a identifié celles qui doivent être confiés à des professionnels reconnus en raison du risque de préjudice qu'elles présentent. Pour déterminer ces activités, le Groupe s'est inspiré de plusieurs sources : les listes d'activités réservées retenues ou proposées dans certaines provinces canadiennes, les demandes présentées par les ordres professionnels, les lois professionnelles actuellement en vigueur dans le secteur ainsi que les règlements de délégation d'actes, les propositions adressées par les groupes, les organismes et les experts reçus en audience. À partir de ces diverses sources, il retient et transpose les éléments qui correspondent aux critères dont il s'est doté.

Le Groupe de travail recommande :

- (R8) *Que les activités réservées concernent :*
1. *le diagnostic des maladies;*
 2. *l'évaluation de la condition des personnes lorsque pratiquée par des professionnels qui interviennent directement auprès des clientèles, sans diagnostic préalable;*
 3. *la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions diagnostiques;*
 4. *la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions thérapeutiques;*
 5. *la surveillance clinique¹¹ de la condition ou de l'état des personnes malades;*
 6. *la prescription, la préparation, la vente, la remise et l'administration de médicaments et de substances ainsi que la surveillance de leurs effets;*
 7. *la prescription et l'ajustement d'appareils*

À partir de la liste dont le Groupe de travail s'est doté, un exercice d'attribution des activités réservées à chacun des ordres a été réalisé, en fonction de la nature et de l'étendue de leur champ de pratique. L'énumération qui suit présente la liste des activités réservées ainsi que des exemples de leur attribution à des ordres en particulier :

6.2.1. Le diagnostic des maladies

Le Groupe de travail a pris connaissance des définitions qui prévalent dans le milieu médical et qui représentent une tendance généralisée en Amérique du nord. Il appert que le diagnostic requiert une exploration de l'ensemble des systèmes du corps humain, et qu'il représente un examen complet de tous les organes et appareils du corps humain. Il s'agit par conséquent d'une évaluation complète ayant pour objet de déterminer l'état général de santé d'une personne.

La définition du Nouveau Larousse Médical :¹²

« Temps de l'acte médical qui permet de définir la nature de la maladie observée. Le diagnostic est donc un temps capital puisqu'il permet de classer la maladie dans son cadre nosologique, d'en évaluer succinctement le pronostic vital ou fonctionnel et de choi-

¹¹ La définition de surveillance clinique, fondée sur le sens donné aux termes surveillance et clinique, est la suivante : « observer directement au chevet du malade et avec une attention soutenue, les manifestations de la maladie de manière à effectuer ou à demander l'intervention adéquate ».

¹² *Nouveau Larousse médical*, 1990, p. 323.

Chapitre 7

sur le traitement. Il est parfois très difficile, car il exige de la part du médecin une analyse soigneuse des éléments que recueille l'examen, groupant les analogies et faisant état des dissemblances; il exige donc un savoir qu'enrichit l'expérience, mais aussi un jugement sûr et, parfois aussi, une véritable intuition.

Il doit être distingué du terme diagnose, qui est l'art de définir les maladies par l'exposé concis, mais suffisant, de leurs symptômes caractéristiques et distinctifs.

Les temps successifs d'un diagnostic comportent : le diagnostic positif, le diagnostic différentiel, le diagnostic étiologique.

. Le diagnostic positif groupe les renseignements fournis par l'étude des faits commémoratifs immédiats et éloignés, et les indications données par l'examen clinique du malade : aspect général, doléances ou douleurs qui orientent vers un appareil malade et contribuent aux signes fonctionnels, éléments fournis par la palpation, la percussion, l'auscultation, en un mot par un examen complet de tous les organes et appareils.

On aura pu recueillir parfois des signes pathognomoniques, c'est-à-dire de certitude diagnostique déterminante de la maladie.

Des recherches de laboratoire seront sollicitées selon les difficultés, sans méconnaître, malgré les perfectionnements techniques, leurs incertitudes et même leurs imperfections.

. Le groupement de tous ces éléments permettra de diagnostiquer la nature de la maladie et d'éliminer, dans un diagnostic différentiel, les autres maladies présentant en partie des symptômes analogues.

. Le diagnostic étiologique, enfin, reconnaît la ou les causes de la maladie et permet parfois un traitement directement dirigé contre elles, traitement étiologique qui est, bien entendu, celui que l'on souhaite pour son efficacité. »

Le Groupe de travail considère que le diagnostic doit être réservé aux médecins, sans être partagé avec d'autres professionnels de la santé. Par cette décision, il reconnaît l'expertise unique du médecin en ce qui concerne le diagnostic. Le médecin est le seul professionnel de la santé qui possède les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain. La formation dispensée aux médecins intègre les sciences fondamentales et les sciences cliniques. De plus, la formation médicale est axée sur la démarche clinique qui vise tant les personnes en bonne santé que les personnes malades.

Dans l'approche qu'il propose, le Groupe de travail reconnaît toutefois la contribution des autres professionnels de la santé à l'élaboration du diagnostic. De ce fait, il entend réserver les activités requises à cet égard aux professionnels concernés, en fonction de leur champ respectif.

6.2.2. L'évaluation de la condition des personnes, lorsque pratiquée par des professionnels qui interviennent directement auprès des clientèles, sans diagnostic préalable

L'activité d'évaluation a été réservée lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels qui travaillent en première ligne et qui interviennent directement auprès des clientèles sans diagnostic

Chapitre 7

préalable. Chacune des professions qui réalisent l'évaluation collabore avec le médecin et les spécialistes du domaine médical concerné.

Les activités d'évaluation réservées selon les champs de pratique professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines sont les suivantes :

6.2.2.1. *Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique préalablement à une orientation*

Pour le Groupe de travail, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique couvre toutes les dimensions nécessaires à l'établissement d'un jugement éclairé, c'est-à-dire tant les aspects physiques que sociaux s'ils s'avèrent pertinents. L'expression « symptomatique » est utilisée afin de préciser dans quelle circonstance l'évaluation de la condition d'une personne est réservée. L'expression « préalablement à une orientation » est utilisée parce qu'il s'ensuit une orientation, donc une décision d'orienter qui devra être prise par l'infirmière. En outre, l'activité d'évaluation permet à l'infirmière d'utiliser différents moyens pour déterminer si une condition est normale ou non en fonction notamment de l'histoire de santé, des antécédents familiaux, de l'examen physique, des tests et des échelles de mesure ainsi que de l'évaluation des risques. Par la suite, elle peut orienter, s'il y a lieu, la personne vers les services requis.

Il s'agit d'une activité importante qui permet à l'infirmière de poser un jugement clinique global sur la situation d'une personne symptomatique lors d'un premier contact, notamment à l'urgence,¹³ dans les CLSC, dans les services de première ligne, par téléphone ou télécommunication.

6.2.2.2. *Évaluer la grossesse et le travail*

Cette activité concerne plus particulièrement les sages-femmes.

¹³ *Triage à l'urgence -Un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence*, énoncé de proposition élaboré conjointement par le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et des infirmiers, janvier 2000, 15 p.

Chapitre 7

6.2.2.3. *Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité physique*

Cette activité concerne plus particulièrement les physiothérapeutes. Elle fait référence aux systèmes neurologique et musculosquelettique en concordance avec le champ de pratique de la profession.

6.2.2.4. *Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne afin de lui permettre d'exercer un droit ou de recevoir un service ou une prestation*

Le Groupe de travail accorde une grande importance aux fonctions évaluatives exercées par les professionnels, notamment dans le contexte de l'exercice d'un droit ou de l'accès à un programme ou à un service. De plus, il juge important que l'évaluation reconnue à chaque profession soit cohérente avec la définition du champ. En ce sens, il reconnaît aux ergothérapeutes les compétences requises pour l'évaluation des « habiletés fonctionnelles », expression qui tient compte de la réalité d'intervention en réadaptation et de son processus.

6.2.2.5. *Procéder à l'évaluation psychosociale :*

- d'un mineur dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis;¹⁴
- d'un majeur en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection;¹⁵
- en application d'une loi.¹⁶

L'activité d'évaluation psychosociale concerne plus particulièrement le travailleur social. Cette activité se déroule toutefois dans un contexte précis, soit dans le cas de personnes mineures ou majeures qui ont besoin de protection ou encore en application d'une loi.

En outre, le Groupe de travail a été sensibilisé, lors des audiences tenues avec les organismes, à la réalité des personnes mineures, dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis.¹⁷ Il considère que cette partie de la population, particulièrement vulnérable, devrait

¹⁴ *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38, 38.1 et 49.

¹⁵ *Code civil du Québec*, art. 270, 278 et 279.

¹⁶ À titre d'exemple, la *Loi sur la protection de la jeunesse*, *op. cit.*, art. 72.3.

¹⁷ « La modernisation du système professionnel et le respect des droits des enfants », mémoire adressé au Groupe de travail sur le secteur de la santé et des relations humaines, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, novembre 2000, 18 p.

Chapitre 7

bénéficiaire de la protection qu'offre le système professionnel. Par conséquent, il entend suggérer que des modifications soient apportées entre autres à la *Loi sur la protection de la jeunesse* en ce qui concerne les responsabilités exclusives confiées au Directeur de la protection de la jeunesse.

Le Groupe de travail suggère :

(S4) *Que la Loi sur la protection de la jeunesse soit modifiée afin de prévoir que les responsabilités exercées, en exclusivité, par le Directeur de la protection de la jeunesse et les membres de son personnel qu'il autorise à cette fin,¹⁸ soient exercées par des professionnels membres d'un ordre.*

6.2.2.6. *Dépister les conditions anormales chez la mère, l'enfant jusqu'à six semaines ou le nouveau-né*

Cette activité concerne plus particulièrement les sages-femmes. Elle est préalable à la consultation dans les situations jugées anormales, consultation pouvant conduire à un transfert vers les services médicaux spécialisés.

6.2.2.7. *Évaluer les troubles de l'audition dans le but d'établir un plan d'intervention et de traitement audiolinguistique*

6.2.2.8. *Évaluer les troubles du langage, comprenant ceux de la voix et de la parole, dans le but d'établir un plan d'intervention et de traitement orthophonique*

Selon l'approche du Groupe, les activités qui concernent plus particulièrement les orthophonistes et les audiologistes sont séparées. L'expression « plan d'intervention et de traitement » est utilisée pour refléter les différents milieux de pratique des orthophonistes et des audiologistes.

¹⁸ *Loi sur la protection de la jeunesse, op. cit., art. 32.*

Chapitre 7

6.2.3. La détermination, la prescription et la réalisation d'interventions diagnostiques

6.2.3.1. Prescrire des examens diagnostiques

Cette activité est réservée aux médecins et aux sages-femmes. En ce qui concerne les sages-femmes, l'activité est assujettie à une liste établie.

Le Groupe de travail n'entend pas éliminer pour le moment les listes en tant que conditions d'exercice de certaines activités. Le recours à une liste pour baliser l'exercice de certaines activités est une pratique usitée dans le secteur de la santé. Elle permet de donner un accès limité à des activités professionnelles réservées aux médecins, comme la prescription de médicaments ou l'utilisation de tests et d'analyses, tout en s'assurant que l'intérêt du public est bien servi.

6.2.3.2. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne

Cette activité permet à l'infirmière d'initier des mesures lorsqu'elle est en fonction au triage à l'urgence ou en première ligne, en CLSC ou en cabinet de médecins, notamment dans le cadre de groupes de médecine de famille. Le Groupe de travail considère que la réserve de cette activité favorisera l'accessibilité aux soins et contribuera à augmenter l'efficacité du système de santé.

Le Groupe de travail évalue que ce sont des lieux où la personne n'a pas été vue par un médecin lorsqu'elle est reçue par l'infirmière; dès lors, cette dernière peut sauver un temps précieux en initiant des mesures diagnostiques. La réserve de cette activité se veut le prolongement de l'énoncé de position élaboré conjointement par le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers, selon lequel, en fonction de protocoles établis, l'infirmière qui œuvre à l'urgence et dans les services de première ligne peut initier des mesures diagnostiques comme le débit expiratoire de pointe, la saturométrie, la glycémie capillaire, un test de grossesse, l'analyse urinaire par bâtonnet, l'ECG, ou le recours à des radiographies simples. De plus, certaines mesures thérapeutiques peuvent être amorcées, notamment pour soulager la douleur ou immobiliser un membre fracturé.

Chapitre 7

6.2.3.3. *Effectuer des prélèvements, des examens et des tests diagnostiques*

Cette activité concerne les professions suivantes : les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les sages-femmes et les technologistes médicaux.

6.2.4. *La détermination, la prescription et la réalisation d'interventions thérapeutiques*

6.2.4.1. *Déterminer le traitement médical*

6.2.4.2. *Prescrire des traitements*

Le Groupe de travail considère que le médecin possède une expertise unique dans la détermination du traitement médical et dans la prescription des traitements. Il va donc de soi que ces activités lui soient spécifiquement réservées.

6.2.4.3. *Effectuer et ajuster les traitements médicaux*

Cette activité regroupe les interventions thérapeutiques ainsi que l'ajustement des traitements médicaux réalisés par les infirmières.

6.2.4.4. *Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie*

La détermination du plan de traitement est associée à une clientèle spécifique, soit celle pour laquelle l'ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie. La réserve de cette activité crée une obligation de recourir aux services d'une diététiste ou d'une nutritionniste pour déterminer le plan de traitement à l'égard de ces personnes. Dans les autres situations, il n'y a pas d'obligation de recourir aux membres de l'Ordre.

6.2.4.5. *Décider de l'utilisation et du maintien de la force et de l'isolement*

Le Groupe de travail reconnaît qu'un risque de préjudice important est associé à l'utilisation de la force et de l'isolement. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) bannit l'utilisation de la force et de l'isolement dans les établissements qu'elle régit. Ces moyens

Chapitre 7

sont considérés comme étant des mesures exceptionnelles. Au cours des audiences menées à l'automne 2000, le Groupe de travail a été sensibilisé à la nécessité de réserver cette décision à des professionnels reconnus. Cette activité concerne plus particulièrement les infirmières, les médecins et les travailleurs sociaux.

6.2.4.6. *Utiliser ou appliquer des techniques ou des traitements invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques*

L'intervention esthétique est hautement préjudiciable, elle est spécifiquement nommée parce qu'elle est distincte dans sa finalité de l'intervention diagnostique et de l'intervention thérapeutique. De plus, cette activité comprend également l'application des mesures d'entretien liées à l'utilisation du matériel thérapeutique.

6.2.4.7. *Pratiquer des accouchements*

La pratique de l'accouchement est une activité réservée aux médecins et aux sages-femmes, pour leur part, les infirmières contribuent à cette activité. Les sages-femmes pratiquent des accouchements spontanés et en cas d'urgence, elles peuvent alors intervenir en attendant le médecin.

6.2.4.8. *Procéder à des phlébotomies*

Cette activité concerne plus particulièrement les technologistes médicaux.

6.2.4.9. *Introduire un instrument, un doigt ou une main dans le corps humain :*

- dans une veine;
- dans une ouverture artificielle;
- au-delà du larynx, du conduit auditif externe, du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du conduit auditif externe, du méat urinaire, des grandes lèvres, de la marge de l'anus.

L'énumération des limites d'introduction d'un corps étranger dans le corps humain permet de baliser l'activité selon l'objectif d'intervention de chacune des professions. À titre d'exemple, l'inhalothérapeute peut introduire un instrument à des fins d'intubation ou pour des aspirations,

Chapitre 7

au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales, du larynx et dans une ouverture artificielle du corps. De plus, l'énumération permet de ne pas réglementer la réalisation d'activités qui s'effectuent en deçà des limites précisées dans la liste, ces activités ne présentant aucun risque de préjudice (ex. : prendre la température ne nécessite pas d'aller au-delà du larynx).

6.2.4.10. Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie

Cette activité concerne plus particulièrement les technologues en radiologie. L'utilisation des radiations ionisantes et des radioéléments constitue déjà une activité réservée au sens de la loi actuelle. L'ajout de l'utilisation des autres formes d'énergie comme activité réservée apparaît nécessaire en raison, notamment, des risques de préjudices associés au recours à l'échographie, à l'ultrasonographie, à la résonance magnétique, à la scanographie et aux autres formes d'imagerie médicale.

6.2.4.11. Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires

Cette activité concerne plus particulièrement les physiothérapeutes, sous réserve d'une formation particulière et d'une attestation émise à cet effet par l'Ordre.

Le Groupe de travail a examiné attentivement la question des manipulations vertébrales et articulaires, à titre d'activité assortie d'un risque de préjudice sérieux. Il a tenu compte du fait que la formation offerte aux physiothérapeutes offre une base de connaissances en regard de ce type de manipulations. Il a également pris en considération le fait que des activités de formation continue sont dispensées par l'Ordre sur une base régulière.

6.2.4.12. Effectuer l'assistance ventilatoire

Cette activité concerne plus particulièrement les inhalothérapeutes.

6.2.4.13. Prodiguer les soins et les traitements liés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments

Cette activité concerne plus particulièrement les infirmières, les infirmières auxiliaires.

Chapitre 7

6.2.4.14. *Pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée*

Cette activité concerne plus particulièrement les sages-femmes. Elle concerne également les médecins puisqu'elle fait partie de l'activité qui consiste à utiliser les techniques ou appliquer les traitements invasifs ou présentant des risques de préjudice.

6.2.5. La surveillance clinique de la condition ou de l'état des personnes

L'expression « surveillance clinique » réfère à une présence constante auprès de la personne malade. Cette surveillance permet de déceler l'urgence d'intervenir. Il est à noter que la majorité des activités de surveillance sont réservées à l'infirmière.

6.2.5.1. *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques*

Cette activité concerne plus particulièrement les médecins et les infirmières parce que l'état de santé de la personne malade requiert la présence de ces professionnels à son chevet.

6.2.5.2. *Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes*

Cette activité concerne plus particulièrement les infirmières. Elle consiste à assurer le suivi clinique de situations de santé complexes par la surveillance, l'évaluation et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, en fonction de l'évolution de l'état de santé physique et mentale du client. Cette activité comprend aussi l'ajustement du plan thérapeutique médical, en fonction d'ordonnances permanentes ou de protocoles.

6.2.5.3. *Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques*

Il s'agit d'un aspect de la surveillance clinique qui concerne particulièrement les infirmières auxiliaires. Elle concerne également les infirmières puisque cette activité fait partie de l'exercice d'une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Chapitre 7

6.2.5.4. *Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé*

Cette activité concerne plus particulièrement les diététistes. Il est prévu que la surveillance de l'état nutritionnel des personnes dont la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie doit être faite par une diététiste.

6.2.5.5. *Surveiller les personnes sous anesthésie, sous sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire*

Cette activité de surveillance concerne plus particulièrement les inhalothérapeutes. Elle est associée à trois situations particulières, soit les personnes sous anesthésie, sous sédation-analgésie et sous assistance ventilatoire. Une telle surveillance suppose généralement une présence continue tout au long de l'intervention diagnostique ou thérapeutique. Cette présence est assurée par l'inhalothérapeute qui assiste l'anesthésiste.

6.2.5.6. *Effectuer le suivi de grossesse et le suivi du travail*

Cette activité est partagée entre les médecins, les sages-femmes et les infirmières. Le médecin est plus spécifiquement dédié au suivi des grossesses à risque, mais cela n'exclut pas pour lui le suivi de la grossesse normale. La sage-femme est concernée par le suivi de la grossesse et du travail normal. L'infirmière est impliquée dans le suivi de la grossesse normale.

6.2.6. ***La prescription, la préparation, la vente, la remise et l'administration de médicaments et de substances ainsi que la surveillance de leurs effets***

6.2.6.1. *Prescrire les médicaments et les autres substances*

Cette activité concerne les médecins et les professionnels habilités qui peuvent prescrire les médicaments et les substances selon une liste établie.

Chapitre 7

6.2.6.2. *Préparer des médicaments et mélanger des substances*

L'activité qui consiste à préparer des médicaments est réservée aux pharmaciens. Toutefois, le mélange des substances est également réservé aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. Cette activité consiste à mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament avant son administration.

6.2.6.3. *Vendre des médicaments conformément aux dispositions du Règlement sur les conditions et les modalités de vente des médicaments*

Cette activité concerne les pharmaciens. La *Loi sur la pharmacie* et la législation l'ayant précédée interdisent la vente de médicaments par d'autres personnes que des pharmaciens. Cette politique intervient comme mesure de protection du public en tant que garantie à l'effet que cette activité relève de professionnels compétents. Elle n'est pas remise en cause par le Groupe de travail.

6.2.6.4. *Émettre une opinion pharmaceutique*

Le Groupe de travail juge bon de réserver cette activité aux pharmaciens. Elle apparaît à l'article 60 c) du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*. Elle est décrite comme étant un avis motivé d'un pharmacien portant sur l'historique pharmacothérapeutique d'un bénéficiaire, dressé sous l'autorité d'un pharmacien ou portant sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur.

6.2.6.5. *Administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet*

Cette activité concerne principalement les infirmières et les infirmières auxiliaires. En ce qui concerne les autres professionnels, cette activité se réalise en lien avec la finalité de la pratique de chacun.

6.2.6.6. *Ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance*

Cette activité concerne plus particulièrement les pharmaciens.

Chapitre 7

6.2.6.7. *Surveiller la thérapie médicamenteuse ainsi que les réactions aux médicaments et aux substances*

Cette activité concerne plus particulièrement les pharmaciens. Pour assumer pleinement cette activité, il est important, selon le Groupe de travail, que le pharmacien ait accès aux résultats des examens diagnostiques. Toutefois, le droit de prescrire des tests de laboratoire doit être limité afin d'éviter la duplication et de ne pas multiplier indûment les demandes de tests diagnostiques auprès des laboratoires médicaux.

De plus, l'accès aux résultats des examens de biologie médicale constitue un bel exemple de collaboration interdisciplinaire. Au-delà des considérations liées à la réglementation professionnelle, il s'agit d'une question d'attitude. Le Groupe souhaite donc que s'instaure une dynamique d'interdisciplinarité qui facilite la mise en commun de renseignements entre les professionnels d'une équipe soignante : on songe ici au partage non seulement des connaissances et des compétences, mais aussi de l'information dont dispose un professionnel à l'égard d'un patient lorsque les renseignements sont susceptibles d'être utiles à cet autre intervenant.

À cet effet, le Groupe de travail a déjà suggéré la mise en place d'un dossier unique, un élément facilitant l'accès aux résultats de tests et l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire.¹⁹

Le Groupe de travail suggère :

(S5) *Que les résultats des tests et des examens diagnostiques soit généralement accessibles aux professionnels de la santé et des relations humaines, en conformité avec les lois en vigueur.*²⁰

6.2.7. La prescription et l'ajustement d'appareils

6.2.7.1. Prescrire des appareils suppléant à une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle

¹⁹ Voir à cet effet le chapitre 4, section 1.2 « La tenue de dossiers ».

²⁰ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1; *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q. c. P-39.1.

Chapitre 7

6.2.7.2. *Prescrire une aide auditive ou un système alternatif et compensatoire à la communication*

Cette activité concerne les physiothérapeutes (déficience physique), les ergothérapeutes (déficience physique ou incapacité fonctionnelle), les médecins (l'ensemble des appareils), les orthophonistes (système alternatif et compensatoire à la communication) et les audiologistes (aide auditive). Le Groupe de travail considère qu'elle comporte des risques de préjudice notamment du fait qu'elle est susceptible d'entraîner une perte sur le plan financier (le remboursement d'appareils via un programme gouvernemental).

6.2.7.3. *Ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audiolologique*

Cette activité concerne plus particulièrement les audiologistes. Elle lui permet d'ajuster une prothèse auditive lorsque cela s'avère nécessaire pour compléter une intervention d'évaluation de la fonction auditive.

7. Les conditions d'exercice d'une activité réservée

L'exercice de certaines activités réservées doit être encadré par différentes conditions. Il s'agit d'une modalité couramment utilisée, tant dans le système professionnel québécois actuel que dans les dispositions législatives ou réglementaires qui encadrent l'exercice des professions hors Québec. Le Groupe de travail a choisi de revoir les conditions qui prévalent actuellement. Il a également remis en question les conditions qui permettaient à des professionnels d'exercer des activités qui ne faisaient pas partie de leur champ de pratique, qui furent introduites à par le biais de la délégation d'actes.

Le Groupe de travail identifie six conditions d'exercice : l'ordonnance, la formation, la supervision, la clientèle, le lieu et la liste.

Les travaux d'analyse menés par le Groupe de travail et l'exercice de réflexion qu'il a complété le conduisent à tirer des conclusions, notamment en ce qui concerne le mécanisme de délégation d'actes. On observe en effet que ce mécanisme :

- n'a pas rencontré l'objectif de souplesse qu'une organisation du travail moderne requiert dans le secteur de la santé;
- a donné lieu à une sous-utilisation de certains professionnels;
- a contribué à mettre en place des liens de subordination entre professions.

Le constat découle des audiences tenues à l'automne 2000, tant des rencontres avec les organismes que des échanges avec les experts invités. Par conséquent, le Groupe de travail propose une approche selon laquelle le mécanisme de délégation d'actes n'est plus utilisé entre professionnels. Le Groupe de travail délaisse une condition souvent associée à la délégation, à savoir la surveillance. Cette dernière condition implique une observation attentive et soutenue pendant la réalisation d'une activité, et est souvent assimilée à une forme de contrôle. Cette condition n'est pas retenue parce qu'elle apparaît trop contraignante et trop réductrice de l'autonomie des professionnels. De plus, l'abolition de la surveillance permet d'en éliminer les différents niveaux, immédiate, sur place ou à distance, présents dans les règlements de délégation d'actes. C'est là une notion qui n'est plus adaptée à la réalité dans les établissements et hors établissements. Il est impératif de recourir à un système qui répond mieux et avec plus de souplesse aux diverses situations.

Chapitre 7

En outre, le protocole n'est pas retenu comme condition d'exercice. Par contre, le Groupe de travail le considère comme un outil et un instrument de gestion utile au niveau local.²¹

L'intention du Groupe de travail est donc de proposer des conditions souples et évolutives qui garantissent un contexte qui se prête à l'exercice d'une activité comportant des risques de préjudice. Dans tous les cas, le Groupe veille à s'assurer de la capacité d'un professionnel à accomplir cette activité en vérifiant sa formation, de base et continue.

Le Groupe de travail retient des définitions pour chacune des conditions qu'il entend associer, lorsque nécessaire, à l'exercice d'une activité réservée.

7.1. L'ordonnance

La première condition est l'**ordonnance**. Celle-ci est déjà largement utilisée par les professionnels, principalement dans le secteur de la santé. Le Groupe de travail la définit ainsi :

« prescription donnée à un professionnel ou à une autre personne, par un médecin ou par un autre professionnel habilité, ayant notamment pour objet les traitements, les examens, les soins pouvant être dispensés à un individu ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquels ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. Elle peut être individuelle, collective ou permanente. »

Les ordonnances collectives ou permanentes sont généralement indiquées dans un protocole. Dans le système professionnel actuel, les ordonnances sont par ailleurs régies par un règlement qui prévoit les normes relatives à leur forme et à leur contenu.

7.2. La formation

La deuxième condition est l'obligation de détenir une **formation** spécifique. Le Groupe de travail réitère le critère selon lequel le professionnel doit posséder les connaissances et les compétences pour exercer une activité réservée. Dans certains cas, l'activité réservée, en raison des connaissances particulières qu'elle requiert, ne peut être exercée par un membre que s'il a participé à des activités de formation continue obligatoire, telles que prévues au *Code des professions*, et a obtenu une attestation à cet effet. Le Groupe de travail juge bon de prévoir cette

²¹ Voir à cet effet, le chapitre 7, section 10.

Chapitre 7

disposition parce qu'elle permet de répondre aux besoins qui émergent du milieu et qu'elle favorise une évolution contrôlée de la pratique d'une profession.

L'ordre professionnel est l'instance responsable de suivre l'évolution des programmes de formation de base,²² notamment via les comités de formation ainsi que l'évolution de la formation continue. Par conséquent, il doit s'assurer que les professionnels ont la compétence nécessaire pour exécuter une activité réservée.

7.3. La supervision

La troisième condition est la **supervision**, à laquelle on n'aura recours qu'exceptionnellement. Le Groupe de travail estime en effet qu'il n'y a pas lieu d'assujettir un professionnel au contrôle d'un autre car, s'il s'est vu confier une activité réservée, cela signifie qu'il a les compétences pour l'exercer. Cependant, le Groupe juge à propos de conserver une condition qui prévoit une certaine forme de soutien et d'accompagnement professionnels (« coaching »). À cet égard, il développe une définition de la notion de supervision laquelle s'inspire de différentes définitions tirées des dictionnaires et de la jurisprudence :

« action visant à porter un regard d'ordre général sur le travail qu'une personne effectue. Cette action consiste à lui laisser toute l'autonomie nécessaire pour accomplir son travail, tout en étant en mesure de pouvoir le vérifier et d'intervenir en cas de problème. Le superviseur agit comme un guide, une personne ressource. »

La supervision, vue sous cet angle, permet la contribution de certains professionnels à des activités qu'ils ne pourraient accomplir de façon complètement autonome, parce que la nécessité d'un guide, d'une personne ressource à qui se référer demeure. Par conséquent, la supervision est une condition qui permet entre autres, une souplesse dans l'utilisation des ressources professionnelles et une plus grande accessibilité aux soins.

²² Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 184.

7.4. La clientèle, le lieu et la liste

Des conditions additionnelles sont également retenues pour encadrer l'exercice d'une activité réservée, il s'agit :

- de l'identification d'une **clientèle** particulière, condition qui peut être utilisée pour associer la réserve d'une activité à un groupe ou à une catégorie de personnes de manière à en restreindre la portée;
- du **lieu**, condition qui peut servir à délimiter le contexte d'exercice d'une activité;
- de la **liste**, condition qui permet de donner un accès à certaines activités professionnelles réservées aux médecins, comme la prescription de médicaments, de tests et d'analyses.

Le Groupe de travail recommande :

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

8. Des mécanismes d'exclusion

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

8.1. Les situations d'urgence

En règle générale, seuls les professionnels habilités pourront exercer les activités réservées. Cependant, certaines situations commandent une intervention immédiate, notamment parce que des vies peuvent en dépendre. C'est ainsi que le Groupe de travail estime nécessaire de prévoir une exclusion à cette règle dans le cas des situations d'urgence : à certaines conditions, un professionnel peut exercer une activité qui ne lui est pas réservée, lorsque :

- 1° cette activité est requise d'urgence;
- 2° il a des connaissances minimales pour l'exercer;
- 3° aucun professionnel habilité n'est en mesure de l'exercer dans l'immédiat.

Dès que la situation d'urgence prend fin, le professionnel doit faire rapport du déroulement de l'activité ainsi exercée à un professionnel habilité.

Cette clause s'inspire du principe énoncé à l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, et complété par le premier alinéa de l'article 13 du *Code civil du Québec*. On y prévoit que la protection de la vie et de l'intégrité physique de la personne exige qu'on lui porte secours et qu'on lui fournisse les soins requis lorsque sa vie est en péril.

Le Groupe de travail recommande :

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

8.2. L'administration de médicaments dans certains milieux de vie substituts et dans le cadre des programmes de soins à domicile

Comme on l'a vu précédemment, l'administration des médicaments ou des substances apparaît à la liste des activités réservées :

- administrer des médicaments ou d'autres substances lorsqu'il existe une ordonnance à cet effet.

Le Groupe de travail a été sensibilisé à la problématique de l'administration des médicaments par des non-professionnels dans certains milieux de vie substitut. À cet égard, l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers²³ ainsi que celui des infirmières et infirmiers auxiliaires²⁴ lui ont fait part de leur position. De même, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec a émis une opinion sur cette question.²⁵

Il importe de bien distinguer les milieux en cause. S'il est concevable que l'administration de médicaments par certaines voies puisse être permise à des non-professionnels, elle doit cependant être restreinte à des milieux bien spécifiques et à des circonstances particulières.

Le Groupe de travail poursuit un objectif d'allègement et d'assouplissement du cadre réglementaire. Il encourage également la prise en charge de son état de santé par la personne elle-même. Dans certains milieux, des personnes en perte d'autonomie sont assistées par du personnel non professionnel, entre autres pour la prise de médicaments. Il s'agit généralement de personnes dont la condition de santé est stable et qui sont dans l'incapacité de se soigner elles-mêmes ou avec l'aide de leurs proches. Elles sont alors hébergées dans des milieux de vie substituts qui leur offrent des services de nature à aider ces personnes à conserver, améliorer ou retrouver leur autonomie, tout en leur permettant de demeurer dans la communauté.

Dans ce contexte, le Groupe de travail entend permettre que des non-professionnels puissent administrer des médicaments, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée, et ce, dans les ressources de

²³ *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, mémoire OIIQ, mai 2001, 98 p.

²⁴ *Un rôle accru pour l'infirmière auxiliaire*, mémoire OIIAQ, juin 2001, 40 p.

²⁵ *Avis sur les activités de soins à confier aux auxiliaires familiales et sociales dans les CLSC et des centres de santé*, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, mars 2001, 19 p.

Chapitre 7

types intermédiaire²⁶ ou familial²⁷ et dans le cadre des programmes de soins à domicile. Dans les établissements visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (centre local de services communautaires, centre hospitalier, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation), l'administration des médicaments devra se faire par l'un ou l'autre des professionnels identifiés.

Le Groupe de travail recommande :

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

Même si le Groupe de travail préconise de ne pas réglementer outre mesure l'administration de médicaments dans certains milieux de vie substitués et dans des circonstances particulières, l'objectif d'assurer la protection du public demeure; pour cette raison, le Groupe de travail considère qu'une formation doit être prévue pour le personnel non professionnel qui travaille dans les milieux de vie tels qu'identifiés.

Le Groupe de travail suggère :

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

²⁶ Au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.

²⁷ Toujours selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil. Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté, neuf adultes ou neuf personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

8.3. Les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne

La situation de personnes particulièrement vulnérables a également été soulevée par certains groupes. On songe ici aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes handicapées ou à celles présentant des problèmes de santé mentale sévères et qui ont besoin d'assistance pour accomplir les activités quotidiennes liées à l'alimentation ou à l'élimination. Les membres du Groupe de travail ont pris connaissance des positions à cet égard et ont également examiné les dispositions qu'ont adoptées ou s'approprient à adopter certaines provinces canadiennes²⁸ sur cette question.

Conformément au mandat qui lui a été confié, à savoir d'assouplir et d'alléger le cadre réglementaire, le Groupe de travail considère que l'assistance à des activités de la vie courante requise sur une base durable, quotidienne et nécessaire au maintien de la santé peut être exercée par des non-professionnels dans les ressources de types intermédiaire ou familial et dans le cadre des programmes de soins à domicile. Il en va de même pour l'aide à la personne pour effectuer ses soins personnels qui peut être offerte par un intervenant non professionnel dans ce même contexte. Par activités de la vie courante et l'aide aux soins personnels, on entend l'alimentation, l'hébergement, l'hygiène, l'élimination et la mobilité. Le personnel non professionnel offre de la suppléance à la personne, il fait des gestes ou des activités en lieu et place de l'utilisateur, y compris lui dispenser des soins relatifs à la santé physique que lui-même devrait normalement assumer.²⁹

Or, en vertu de l'approche qu'il a adoptée, certains soins considérés comme de l'assistance aux activités de la vie quotidienne sont réservés. Il s'agit plus particulièrement de l'introduction d'un instrument ou d'un doigt au-delà de certains points du corps humain ainsi que de l'application des mesures d'entretien du matériel thérapeutique. Ces activités font l'objet d'une recommandation de réserve à des professionnels. Il est donc nécessaire de prévoir une clause d'exclusion pour permettre à des non-professionnels de poser ces actes. C'est le cas, notamment, de l'aide à l'élimination puisque les actes qui consistent à effectuer une stimulation anale, un toucher rectal ou un curage rectal, à vidanger et entretenir des appareils collecteurs (urinaire et stomie),

²⁸ Plus précisément, l'Ontario et l'Alberta ont prévu, dans le cadre des lois encadrant les professions de la santé, des exceptions qui concernent la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Le Health Professions Council de l'Alberta, dans le rapport qu'il rendait public en mars 2001, indique qu'il y a lieu de prévoir des exceptions au modèle qu'il propose en regard de l'assistance aux activités de la vie quotidienne.

²⁹ « *Ressources intermédiaires, cadre de référence* », Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des services à la population, avril 2001, 80 p.

Chapitre 7

ou à effectuer un cathétérisme vésical intermittent font implicitement partie des activités réservées devant faire l'objet d'une exclusion dans les situations mentionnées ci-haut.

Le Groupe de travail recommande :

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

Le Groupe de travail suggère :

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

8.4. Les soins dispensés à domicile par les membres de la famille ou les aidants naturels

La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* prévoit, à l'article 41, une dérogation à l'exercice infirmier. Cette dérogation concerne notamment les personnes qui donnent des soins aux membres de leur famille, ainsi que celles qui agissent comme domestique, dame de compagnie, de bonne d'enfant ou aide domestique. Même si, à l'exclusion des membres de la famille, l'énumération des personnes concernées apparaît plutôt désuète, la réalité que l'on voulait décrire demeure encore pertinente. En raison des changements intervenus dans les modes et les lieux de dispensation des services de santé, les personnes qui ont besoin de soin se retrouvent fréquemment à domicile. Elles dépendent alors des membres de leur famille ou encore d'aidants naturels pour recevoir des soins qui sont inclus dans la liste des activités réservées. Le Groupe de travail considère que ces personnes devraient être autorisées à exercer certaines des activités réservées comme administrer des médicaments et autres substances sous ordon-

Chapitre 7

nance, appliquer des mesures d'entretien du matériel thérapeutique et prodiguer les soins et les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau.

Le Groupe de travail recommande :

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

Le Groupe de travail suggère :

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

9. Des mécanismes d'évolution

Tout au cours de ses travaux, le Groupe de travail a visé l'adaptation du système à la réalité vécue sur le terrain. Il entend proposer deux modalités permettant que cette adaptation se poursuive et s'effectue au fur et à mesure de l'évolution des pratiques professionnelles et ce, le plus rapidement possible.

Les représentants des organismes qui ont participé à la consultation ont déploré la rigidité de l'encadrement professionnel, souhaitant plus de souplesse pour favoriser l'évolution par le biais de l'expérimentation, de l'innovation et de la reconnaissance des pratiques qui se sont développées en marge du cadre actuel. Les membres du Groupe de travail :

- reconnaissent la pertinence d'une telle volonté;
- entendent recommander que les dispositions législatives et réglementaires permettent la réalisation de projets-pilotes;
- prévoient énoncer certaines lignes directrices en vue de la reconnaissance de la pratique avancée.

9.1. Les projets-pilotes

Lorsque l'évolution d'une profession ou les besoins du système de santé et de services sociaux le justifient, une activité réservée pourrait être partagée, temporairement et à titre expérimental. Ce partage s'effectuerait alors selon des conditions et des modalités déterminées conjointement par l'ordre professionnel dont les membres exercent déjà cette activité et celui dont les membres ou une catégorie d'entre eux se verraient attribuer l'activité. La durée de cette expérience devrait faire partie des conditions déterminées conjointement.

Au terme de l'expérience, les ordres concernés seraient tenus de déposer un rapport conjoint faisant état des avantages et des inconvénients du partage d'activités pour les professionnels concernés, pour la population ou pour le système de santé et de services sociaux. Le rapport contiendrait également leurs recommandations quant à l'opportunité de modifier les lois et règlements applicables afin d'habiliter, de manière permanente, les membres de l'ordre ou une catégorie d'entre eux à exercer l'activité en question.

Le Groupe de travail recommande :

- (R14) *Que le partage d'activités réservées à titre expérimental :*
- *s'appuie sur les besoins émergents du milieu;*
 - *favorise l'évolution d'une profession;*
 - *soit encadré par des conditions déterminées conjointement par les ordres professionnels concernés et garantissant la protection du public;*
 - *fasse l'objet d'un rapport conjoint entre les ordres professionnels concernés lequel contiendrait leurs recommandations quant à la réserve des activités en question.*
- (R15) *Qu'une disposition législative soit prévue pour permettre le partage d'activités réservées à titre expérimental.*
- (R16) *Que cette disposition intègre un processus souple et transparent d'autorisation gouvernementale de telles expériences.*

9.2. La pratique avancée

Le Groupe de travail prône une approche qui se fonde sur la reconnaissance et l'identification des activités réservées et sur leur attribution aux diverses professions. Or, l'évolution des pratiques et des contextes fait en sorte que certains professionnels sont, ou pourraient être appelés à exercer des activités réservées qui ne font pas partie de la liste attribuée à leur profession. Cette situation existe déjà au Québec et elle concerne notamment les infirmières qui œuvrent dans certains secteurs spécialisés ainsi que celles qui travaillent dans des dispensaires. Bien que tolérées, ces pratiques peuvent être considérées comme illégales en vertu des lois et règlements actuels.

Le Groupe de travail considère qu'il y a lieu de prévoir des mécanismes de reconnaissance et d'autorisation de ces nouvelles pratiques et juge important d'énoncer certains principes à l'égard de cette réalité qu'il désigne sous le vocable de « pratique avancée ».

Chapitre 7

La pratique avancée doit :

- répondre à des besoins émergents des milieux;
- constituer une forme d'évolution d'une profession et, à ce titre, représenter un volet spécifique de la pratique de certains des membres d'un ordre professionnel qui permet de réaliser des activités qui font partie du champ de pratique d'une autre profession;
- être reconnue dans le cadre du système professionnel;
- faire l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés, soit celui dont les membres exercent déjà cette activité et celui dont les membres ou une catégorie d'entre eux se verraient attribuer l'activité;
- donner lieu au partage d'activités réservées qui font partie de la liste attribuée à un autre ordre professionnel;
- être régie par des mécanismes souples et adaptables;
- être encadrée par des conditions d'exercice adéquates et garantes de la protection du public;
- faire l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés quant à la formation requise pour ces nouvelles pratiques.

Les principes énumérés doivent servir de base à la reconnaissance d'une pratique avancée. Dans le cas des infirmières, des discussions actives se poursuivent actuellement pour développer une proposition fondée sur ces principes. Par ailleurs, selon le Groupe de travail, il est nécessaire d'explorer la possibilité d'une pratique avancée basée sur ces principes, entre autres pour l'inhalothérapeute, en matière d'assistance anesthésique, pour le pharmacien et pour le technologue en radiologie. Toutefois, lorsque la notion de pratique avancée sera effective à l'intérieur du système professionnel, elle pourra s'appliquer au besoin à toute autre profession.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux suggérait dans son rapport :

- d'examiner les pratiques novatrices développées sur le terrain pour faire face aux impératifs;
- d'élargir certains champs de pratique;
- de reconnaître légalement de nouveaux rôles, particulièrement pour les infirmières.

Outre la révision des champs de pratique, la reconnaissance de la pratique avancée permet la mise en œuvre d'une des propositions de la Commission. En effet, celle-ci « propose ...

Chapitre 7

d'adapter rapidement la réglementation entourant les professions de la santé pour permettre l'encadrement légal et professionnel adéquat d'une pratique infirmière avancée dans certains secteurs spécialisés. Parallèlement, des projets de démonstration dans certains secteurs spécifiques pourraient être implantés, à partir des besoins exprimés sur le terrain, en collaboration avec les ordres professionnels concernés et avec le soutien du Ministère.³⁰ »

Le Groupe de travail recommande :

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

(R18) *Que la reconnaissance de la pratique avancée :*

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

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

³⁰ *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000, p. 97.

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

Actuellement, au niveau local, un protocole est établi à l'égard des professionnels par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de chaque établissement ou par le chef de département clinique. Ce protocole est approuvé par le conseil d'administration. À l'extérieur d'un établissement, le médecin traitant ou le médecin responsable du bénéficiaire établit le protocole lorsqu'il s'agit d'un acte qui peut être posé en dehors de l'établissement.

Le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins prévoit, en outre, diverses mesures de contrôle administratif par un établissement, des actes délégués qui peuvent y être posés. Par exemple, l'établissement peut décider que certains actes ne seront pas posés, bien que les professionnels habilités soient en mesure de le faire. Il peut également établir des conditions locales pour que les actes puissent être posés en considérant notamment les ressources de l'établissement ainsi que la préparation et l'expérience des professionnels à son service. Toutefois, l'établissement ne peut jamais utiliser ces mesures de contrôle administratif afin d'étendre la portée du règlement, soit en autorisant des personnes autres que les personnes habilitées à poser des actes délégués, soit en ajoutant des actes à ceux qui sont expressément désignés.

Pour sa part, la règle de soins infirmiers précise les éléments nécessaires pour guider l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire lors de ses interventions dans une situation reliée à l'exercice de sa profession. Son contenu s'appuie notamment sur les données cliniques et scientifiques ainsi que sur les normes récentes reconnues sur le plan professionnel et son élaboration tient compte de la nécessité de rendre des services appropriés et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

Dans l'esprit des membres du Groupe de travail le protocole et la règle de soins infirmiers constituent des outils d'adaptation locale qui permettent à un établissement et aux professionnels qui y travaillent de préciser les façons de faire dans le respect des lois en vigueur. Il va de soi que l'établissement doit s'appuyer sur des balises nationales, des lignes directrices ou des guides de pratique élaborés, en collaboration, par les ordres concernés. Pour le Groupe de travail, les

Chapitre 7

protocoles et les règles de soins infirmiers ne constituent pas une condition d'exercice d'une activité réservée.

Les professionnels d'un établissement devraient se concerter pour l'élaboration de protocoles et des règles de soins infirmiers. À titre de suggestion, ils doivent pouvoir se rencontrer au sein d'une instance interprofessionnelle. Cette instance serait par exemple composée de représentants du CMDP, du Conseil des infirmières et du Conseil multidisciplinaire. Ceci concrétiserait l'esprit de collaboration devant s'instaurer entre les professionnels et avec les partenaires vers un but commun d'amélioration des services et des soins de santé.

Le Groupe de travail reconnaît l'opportunité, voire la nécessité de permettre à tout établissement d'organiser, selon ses particularités propres, le travail de ses équipes professionnelles. Il considère que des règles d'organisation du travail ne doivent pas constituer une condition à la réserve d'une activité à un professionnel. Ainsi, la flexibilité administrative que le protocole permet aux établissements, entre autres les conditions locales, devrait être maintenue mais être régie exclusivement par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et ce, en respectant les activités réservées par les lois professionnelles.

Le Groupe de travail recommande :

(R20) *Que les protocoles et les règles de soins infirmiers soient utilisés en tant qu'outils d'adaptation locale qui respectent les lois professionnelles en vigueur.*

(R21) *Que les protocoles et les règles de soins infirmiers s'appuient sur des balises nationales, des lignes directrices élaborées, en collaboration, par les ordres concernés.*

(R22) *Que l'élaboration des protocoles et des règles de soins infirmiers soient le résultat d'une collaboration entre les professionnels concernés.*