



CI – 018M
C.P. – P.L. 49
Domaine des
sciences appliquées
VERSION RÉVISÉE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À LA

COMMISSION DES INSTITUTIONS DE
L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

SUR LA

LOI MODIFIANT DIVERSES LOIS PROFESSIONNELLES ET
D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE
DOMAINE DES SCIENCES APPLIQUÉES
(PROJET DE LOI N^o 49)

Présenté par :

L'Association des technologues en génie biomédical
C.P. 77075, 1185 boul. Moody, Terrebonne (Québec) J6W 5S5
Courriel : info@atgbm.org
Site web : www.atgbm.org

Note au lecteur :

- dans le but d'alléger le texte, le masculin désigne autant le masculin que le féminin.

Introduction

1. L'ATGBM

- 1.1. L'Association des techniciens en génie biomédical (ATGBM), fondée le 11 avril 1987, est un organisme professionnel sans but lucratif qui n'est ni un syndicat ni un ordre professionnel. Elle regroupe sur une base volontaire autant des techniciens en génie biomédical et des techniciens en électronique que du personnel-cadre, soit des chefs techniciens et des chefs de service en génie biomédical. Ils œuvrent autant dans le réseau de la santé et des services sociaux que chez les fabricants et les représentants des compagnies reliées directement au domaine du génie biomédical.
- 1.2. Le 2 mai 2009, lors d'une assemblée générale, le nom de l'« Association des **techniciens** en génie biomédical » (ATGBM) a été remplacé par l'« Association des **technologues** en génie biomédical » (ATGBM). Nous vous référons à l'annexe 1 pour comprendre la différence entre les termes « **technicien** » et « **technologue** » selon les définitions acceptées et reconnues par l'Ordre des technologues professionnels du Québec (OTPQ) et par l'Office québécois de la langue française (OQLF). Par ce geste, l'ATGBM a voulu démontrer le professionnalisme et l'importance des responsabilités de ses membres.

2. Historique

- 2.1. Au Québec, les premiers techniciens en électronique appelés à intervenir sur des appareils médicaux en milieu hospitalier firent leur apparition vers la fin des années 50. De façon dispersée, au début, ils étaient rattachés spécifiquement à des départements tels que la cardiologie et la radiologie. L'évolution rapide de la haute technologie dans le domaine médical a amené la création d'une nouvelle spécialité : le génie biomédical. Cependant, le domaine du génie biomédical étant peu connu en 1964, il n'a pu être considéré lors de la rédaction de la **Loi sur les ingénieurs**. Par la suite, les ingénieurs biomédicaux et les techniciens en électronique ont fait leurs apparitions dans le but d'assurer un lien continu entre la physiologie humaine et une technologie multisectorielle. Le titre de « Technicien en génie biomédical » est graduellement apparu dans les conventions collectives dans les années '90.
- 2.2. Actuellement au Québec, près de 500 techniciens en génie biomédical œuvrent principalement dans les centres hospitaliers et chez les fabricants et fournisseurs d'équipements médicaux.
- 2.3. L'ATGBM compte environ 160 membres dans ses rangs. Nous sommes le plus important organisme non syndical les représentant.

3. Les priorités de l'ATGBM

- 3.1. Briser l'isolement en permettant une communication accrue entre tous les techniciens en génie biomédical du Québec.
- 3.2. Promouvoir la formation en contribuant à l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi dans le but de conserver et d'améliorer la qualité des interventions faites par les techniciens en génie biomédical. Comme réalisation majeure, l'ATGBM, en collaboration avec l'École Polytechnique de l'Université de Montréal, a mené à terme le projet de créer le **Certificat en technologies biomédicales : instrumentation électronique** qui est offert depuis 1999. Depuis 2006, une version avec stage est offerte aux finissants du programme collégial en électrotechnique.
- 3.3. Travailler à la reconnaissance professionnelle :
 - en représentant l'opinion des techniciens en génie biomédical auprès des organismes publics ou privés;
 - en devenant une référence en travaillant conjointement avec tous les intervenants du milieu biomédical sur toute demande qui pourrait améliorer la qualité des actes posés;
 - en faisant valoir la spécificité du travail de technicien en génie biomédical au Québec.

4. Le technicien en génie biomédical

- 4.1. Le travail du technicien en génie biomédical est directement lié à la qualité et à la sécurité des soins dispensés aux usagés, car il entretient les équipements médicaux spécialisés utilisés en milieu hospitalier. Sa principale fonction, grâce à ses connaissances et à son expertise, est d'en maintenir les performances selon les caractéristiques du fabricant. Il doit s'assurer du bon état de marche et de la sécurité de tous les appareils dont il est le responsable.
- 4.2. Un très grand lien de confiance est établi entre ce professionnel, ses patrons et tous les intervenants avec qui il fait directement affaire que ce soit les médecins, les ingénieurs biomédicaux, les différents technologues médicaux, les infirmières, etc. Les conséquences du projet de loi 49 devraient tenir compte de ce facteur dans l'analyse des actes réservés et délégués des professionnels du génie biomédical touchés par cette loi.
- 4.3. Pour mieux connaître notre profession, nous vous suggérons la lecture de l'annexe 3 « *DESCRIPTION DE TÂCHES DU TECHNOLOGUE EN GÉNIE BIOMÉDICAL* » qui décrit le rôle avancé du technicien en génie biomédical. Ce document a été accepté à l'unanimité par les membres présents de l'ATGBM, lors de l'assemblée générale tenue le samedi 30 avril 2011.

But de notre démarche auprès de la Commission des institutions de l'Assemblée nationale du Québec

5. Implication du projet de loi 49

5.1. Le projet de loi veut modifier « ... la Loi sur les ingénieurs afin de prévoir une redéfinition des champs d'exercice de ces professions ainsi qu'une nouvelle description des activités dont l'exercice leur est réservé ». (4) Nous croyons que la mise à jour de la loi des ingénieurs pourrait affecter le quotidien de tous les intervenants du domaine du génie biomédical au Québec.

6. Situation actuelle

6.1. Les titres d'emploi associés au domaine du génie biomédical présents dans le réseau de la santé qui pourraient être directement touchés par la mise à jour de la loi des ingénieurs sont (voir l'annexe 2 pour connaître les libellés et autres informations de ces titres d'emploi) :

- Ingénieur biomédical (1205)
- Spécialiste en sciences biologiques et physiques sanitaires (1207)
- Technicien en génie biomédical (2367)
- Technicien en électronique (2369)
- Technicien en électricité industrielle (2370)
- Coordonnateur technique en génie biomédical (2277)

6.2. Voici les différentes structures administratives où les intervenants en génie biomédical évoluent actuellement :

6.2.1. À l'intérieur d'un établissement, le ou les techniciens en génie biomédical et/ou le ou les coordonnateurs techniques en génie biomédical peuvent travailler :

- en complémentarité avec un ou des ingénieurs biomédicaux
- en complémentarité avec un ou des ingénieurs biomédicaux et un ou des spécialistes en sciences biologiques et physiques sanitaires
- en complémentarité avec un ou des spécialistes en sciences biologiques et physiques sanitaires
- sans aucun ingénieur biomédical ni spécialiste en sciences biologiques et physiques sanitaires

6.2.2. Dans certains centres hospitaliers, le titre de « technicien en génie biomédical (2367) » ne peut être utilisé du fait de l'absence d'un service de génie ou de physique biomédical. La personne responsable de l'entretien des équipements médicaux porte plutôt le titre de « technicien en électronique (2369) » à la suite d'un jugement de la Commission des relations de travail, 26 septembre 2006.

Extrait du jugement (se référer à l'annexe 4 pour consulter le jugement au complet) :

« [24] Par contre, la précision, dans la description de la fonction de technicien en génie bio-médical (sic), que cette fonction doit se faire « à l'intérieur d'un service de génie ou de physique bio-médical (sic) » apparaît déterminante pour la distinguer de celle de technicien en électronique.

[25]...

[26] L'absence d'un service de génie ou de physique biomédical ne permet pas, aux personnes concernées par la présente demande, de prétendre que leurs tâches sont visées par la description de fonction de technicien en génie biomédical. Ils sont des techniciens en électronique couverts par l'unité de négociation représentée par Syndicat des travailleuses et travailleurs du Centre de santé et de services sociaux Sud-Ouest (CSN).

EN CONSÉQUENCE, la Commission des relations du travail REJETTE la demande. » (3)

- 6.2.3. Malgré la présence de techniciens en génie biomédical dans un établissement, l'entretien de certains équipements médicaux sera effectué par des techniciens de compagnies privées qui ont un bureau au Québec, parfois dans le reste du Canada ou aux États-Unis.
- 6.2.4. Dans certains centres, à cause du libellé du titre d'emploi, il est possible de retrouver un technicien en électricité industrielle (2370) qui entretiendrait certains équipements médicaux.
- 6.2.5. Dans certains autres établissements où il n'y a aucun technicien en génie biomédical, l'entretien des équipements sera entièrement effectué par des techniciens de compagnies privées qui ont un bureau au Québec, parfois dans le reste du Canada ou aux États-Unis.
- 6.3. La majorité des intervenants du domaine de la santé sont régis par des ordres professionnels tels que les médecins, les infirmières, les inhalothérapeutes, les technologues médicaux, les technologues en imagerie diagnostique, etc. Dans le cadre de leur travail, ils doivent faire confiance aux équipements médicaux entretenus par des techniciens en génie biomédical qui eux, n'ont pas l'obligation d'être membre d'un ordre professionnel.

7. Constats

- 7.1. Nous vous reportons à l'article 31 du projet de loi 49 :

« ... 3. Dans le cadre de l'exercice de l'ingénierie, les activités réservées à l'ingénieur se rapportent aux ouvrages suivants :... » (4)

- 7.1.1. À la lecture du projet de loi, il nous est très difficile de concevoir la portée du terme « ouvrage » lorsqu'on parle du génie biomédical. On est loin d'un barrage hydroélectrique ou du système d'égout d'une municipalité importante. Nous sommes conscients que les paragraphes 3. 4° « un système de génération, d'accumulation, de transmission, d'utilisation ou de distribution de l'énergie; » et 3.5° « un procédé et un processus à l'échelle industrielle qui extraient, transforment ou conditionnent de la matière. » pourraient se rapporter au génie biomédical, cependant, nous constatons que les termes en sont très vagues.

7.1.2. Lorsqu'il est question du parc d'équipements médicaux que les techniciens en génie biomédical gèrent et entretiennent, quels seraient les actes réservés aux ingénieurs biomédicaux et les actes délégués aux techniciens en génie biomédical? Nous nous sentons directement impliqués sur les appareils médicaux lorsqu'il est fait mention au projet de loi 49 article 31 que :

« 3.3. Dans le cadre de l'exercice de l'ingénierie, seul un ingénieur peut exercer les activités suivantes à l'égard des ouvrages visés à l'article 3 :

- 1° ...
- 5° surveiller des travaux d'ingénierie, y compris effectuer un examen de conformité générale de ces travaux, et dresser un rapport de cet examen;
- 6° inspecter des travaux d'ingénierie;
- ...

Un document d'ingénierie s'entend d'un plan, d'un devis, d'un rapport, d'un calcul, d'une étude, d'un dessin, d'un manuel d'opération ou d'entretien, d'un cahier des charges, d'un avis écrit, des directives de surveillance ou d'inspection de travaux d'ingénierie, d'une maquette et d'une matrice, ainsi que de tout autre document de même nature, qui concernent un ouvrage. » (4)

7.2. Selon le document « *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical* » (voir l'annexe 5) préparé en 2003 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre d'un exercice de la planification de la main-d'œuvre, un des objectifs cités à la page 61 était de :

« Préciser le champ de pratique professionnelle expressément dévolu à l'ingénieur biomédical.

Résultats attendus

1. Une liste exhaustive **des actes exclusifs réservés** à l'ingénieur biomédical.
2. Un plan de communication pour faire connaître cette liste. » (5)

À notre connaissance, nous croyons qu'une telle liste n'a jamais été définie et présentée.

8. Les libellés des titres d'emploi des intervenants du génie biomédical

8.1. Nous voulons porter à votre attention trois réflexions concernant les libellés des titres d'emploi. Ils démontrent tous que le génie biomédical est assez récent et a obligé certains changements (voir l'annexe 2 pour les libellés et autres informations de ces titres d'emploi) :

8.1.1. **Ingénieur en génie biomédical (1205) VS spécialiste en sciences biologiques et physiques sanitaires (1207) :**

Au début des années '80, toute personne possédant une maîtrise en génie biomédical, combinée à une formation de base autre qu'ingénieur (ex. : un baccalauréat en biologie) qui travaillait dans un centre hospitalier, pouvait porter le titre d'ingénieur biomédical (1205). Selon la loi sur les ingénieurs datant de 1964, cette situation était illégale.

Pour se conformer, le MSSS a dû corriger cette situation. Ainsi, le libellé de **ingénieur biomédical (1205)** a été légèrement modifié pour inclure la notion d'être membre de l'Ordre

des ingénieurs du Québec. En contrepartie, le titre d'emploi de **spécialiste en sciences biologiques et physiques sanitaires (1207)** a dû être créé pour permettre au personnel en place dans les centres hospitaliers de continuer à faire le même travail qu'auparavant sans pour autant être membre en règle de l'Ordre des ingénieurs du Québec.

Il est à remarquer, qu'à ce jour, les libellés des titres d'emploi de l'**ingénieur biomédical (1205)** et du **spécialiste en sciences biologiques et physiques sanitaires (1207)** sont identiques, à l'exception que l'**ingénieur biomédical (1205)** doit être membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec.

8.1.2. **Technicien en génie biomédical (2367) VS technicien en électronique (2369) VS technicien en électricité industrielle (2370) :**

Actuellement, selon les libellés, tous ces techniciens peuvent intervenir sur les équipements médicaux d'un centre hospitalier.

Il est à remarquer que les libellés des titres d'emploi de **technicien en génie biomédical (2367)** et de **technicien en électronique (2369)** sont fondamentalement identiques, à l'exception :

- du service auquel ces professionnels sont rattachés;
- que la description du **technicien en génie biomédical (2367)** spécifie « y incluant leur aspect sécuritaire ».

Nous tenons à souligner que, selon notre expérience, la majorité des **techniciens en électronique (2369)** exécutent exactement le même travail qu'un **technicien en génie biomédical (2367)**.

De plus, le libellé de **technicien en électricité industrielle (2370)** ne devrait pas être utilisé pour désigner une personne affectée à l'entretien des équipements médicaux. Sa description exigeant une licence « C » démontre bien la nature des tâches plutôt axées au domaine électrique qu'électronique.

8.1.3. **Coordonnateur technique en génie biomédical (2277)**

Le titre d'emploi est apparu officiellement dans les conventions collectives en 2008. Il exerce des tâches de coordination, de support et de contrôle de qualité tout en œuvrant comme technicien en génie biomédical. Les conséquences du projet de loi 49 devraient lui permettre de continuer à jouer ce rôle.

9. **Ordres professionnels**

- 9.1. Contrairement aux ingénieurs biomédicaux et à la majorité des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux, aucun autre des cinq titres d'emploi que nous mentionnons à 6.1 n'est régi par un ordre professionnel.

- 9.2. Considérant que l'Ordre des technologues professionnels du Québec (OTPQ) est le seul ordre professionnel pouvant représenter l'ensemble des diplômés du collégial du secteur de l'électrotechnique, nous comprenons qu'il est de sa compétence de négocier avec l'Ordre des ingénieurs les actes réservés et les actes délégués tant pour les ingénieurs que pour les techniciens en génie biomédical.
- 9.3. Nous craignons cependant que l'OTPQ ne soit pas adéquatement outillé pour représenter les techniciens en génie biomédical, faute de connaissances approfondies du domaine. À ce jour, les techniciens en génie biomédical n'ont pas l'obligation d'être membres de l'OTPQ. Seulement, une dizaine d'entre eux en sont membres sur une base volontaire. Malheureusement, à cause de ce contexte, à part quelques discussions informelles que l'ATGBM a déjà eues avec des représentants de l'OTPQ pour faire connaître ce domaine, peu de travaux en ont découlé.

10. Lacunes à la formation de base du technicien en génie biomédical

- 10.1. Au collégial, aucune formation reliée au domaine de la santé et du génie biomédical n'est donnée en spécialisation électrotechnique telle que la biologie et la physiologie humaine, des concepts de génie biomédical ou des notions de sécurité électrique telle que la norme CSA-C22 601.1 essentielle dans un contexte d'assurer la sécurité du public. Les notions de base de biologie acquises au secondaire sont nettement insuffisantes pour un technicien en génie biomédical qui doit directement intervenir avec des équipements médicaux et des professionnels de la santé.
- 10.2. Il existe une formation spécialisée pour le technicien en génie biomédical soit le **Certificat en technologies biomédicales : instrumentation électronique** qui est offerte par l'École Polytechnique de l'Université de Montréal. Lors de l'embauche actuelle d'un technicien en génie biomédical, cette formation n'est pas exigée par les conventions collectives, mais fortement recherchée par l'employeur.
- 10.3. Pour un technicien provenant hors du domaine biomédical, il lui faudra plusieurs années pour acquérir les connaissances nécessaires pour développer son expertise et être performant comme technicien en génie biomédical. Elles lui seront transmises par ses pairs en milieu de travail et par les fabricants des appareils médicaux dans le cadre de formations ponctuelles.

Conclusion

11. Nous souhaitons que le projet de loi 49 qui consiste à mettre à jour, entre autres, la Loi des ingénieurs permette de reconnaître tant par les actes réservés que par les actes délégués toute l'expertise et les responsabilités que les techniciens en génie biomédical assument depuis plus de 40 ans.
12. Nous aimerions prendre connaissance de la liste suggérée des actes réservés aux ingénieurs biomédicaux et souhaitons que cette liste soit à sa plus simple expression.

13. Nous croyons que l'ATGBM, en collaboration avec l'OTPO et tout autre organisme professionnel concerné, pourrait être partie prenante dans les discussions concernant les actes réservés et délégués des professionnels du génie biomédical.
14. Il ne faudrait pas que les conséquences de cette loi occasionnent une rupture de service. Il faudra donc s'assurer de maintenir les activités quotidiennes des centres hospitaliers qui dépendent des techniciens en génie biomédical pour maintenir fonctionnel et sécuritaire leur parc d'équipements médicaux. Des mécanismes de transitions devront être proposés si des changements de réglementation sont appliqués.
15. Selon la détermination des actes réservés et délégués, cette loi devrait aussi tenir compte des interventions effectuées par des représentants de service œuvrant chez les fournisseurs et les fabricants d'équipements médicaux.

Recommandations

16. Concernant l'encadrement des tâches dévolues actuellement au technicien en génie biomédical œuvrant dans les centres hospitaliers, nous recommandons :
 - 16.1. Que l'OTPO crée un secteur en technologies biomédicales dans sa structure pour qu'un programme de certification en génie biomédical soit élaboré afin d'offrir une formation minimale pour un finissant du collégial en électrotechnique.
 - 16.2. Que le MSSS crée le titre d'emploi de technologue en génie biomédical :
 - pour correspondre à la définition du terme « technologue » de l'OTPO et de l'OQLF (voir l'annexe 1);
 - pour que le libellé du titre d'emploi soit en accord avec les recommandations conséquentes au projet de loi 49 qui priorisent la sécurité du public;
 - pour inclure l'obligation d'être membre de l'OTPO. Selon le projet de loi 21 « modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines » :

« 1.2 L'encadrement professionnel : ... L'appartenance à un ordre professionnel garantit que le professionnel détient les compétences minimales requises pour l'exercice des activités qui lui sont réservées et qu'il est visé par les mécanismes de protection du public, tels le contrôle de la qualité de l'exercice professionnel, la déontologie et la formation continue. » (6).
 - 16.3. Que le coordonnateur technique en génie biomédical soit reconnu comme technologue en génie biomédical tel que décrit en 16.2, car il « *coordonne et surveille une équipe de techniciens et voit au respect des standards de qualité...* » (annexe 2)
 - 16.4. Qu'une juste évaluation des techniciens en génie biomédical (2367) et des techniciens en électronique (2369) déjà en place soit faite pour qu'ils puissent bénéficier, selon certaines modalités, de droits acquis pour reconnaître leurs expertises qu'ils ont développées au fil des

années. Nous vous reportons aux applications du projet de loi 21 « modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines », à l'article 4 : « *Une mesure pour prévenir toute rupture de service...* » (6).

16.5. Qu'une révision soit faite au niveau des libellés des titres d'emploi de technicien en génie biomédical (2367), de technicien en électronique (2369) et de technicien en électricité industrielle (2370), non pas pour son appartenance à un **service de génie ou de physique biomédical**, mais bien pour délimiter leurs responsabilités respectives relativement aux équipements médicaux. Il est difficile de concevoir en 2013 qu'un technicien n'ayant aucune formation de base en génie biomédical puisse intervenir de façon **autonome et sans cadre légal** sur un équipement médical, quel qu'il soit.

17. Tel que décrit dans le projet de loi 21 (annexe 6) article 1.3 concernant le partage des compétences, nous souhaitons pour tous les intervenants du génie biomédical que les répercussions de la loi 49 :
« ... *éclaire sur la particularité de chacune des professions, favorise une utilisation optimale des compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire afin d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et d'offrir des services de qualité à la population.* » (6)

L'ATGBM reste à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de ce mémoire et nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Au nom du conseil de direction de l'ATGBM



Michèle Lafont, présidente



Claude Perrault, secrétaire général



Christiane Chabot, trésorière



Claude Gagnon, responsable de la profession

Références :

- 1- Site internet de l'Ordre des Technologues professionnels du Québec (OTPQ) : « <http://www.otpq.qc.ca/profession/formation.html> »
- 2- Site internet de l'Office québécois de la langue française (OQLF):
« http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8366024 »
- 3- COMMISSION DES RELATIONS DU TRAVAIL, devant le commissaire : Michel Denis
Dossiers : AM-2000-6169 et AM-2000-6584
Cas : CM-2006-2184
Référence : 2006 QCCRT 0470
Montréal, le 26 septembre 2006
APTS – Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (CPS et APTMQ), Requérante
c. Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, Intimée
et Syndicat des travailleuses et travailleurs du Centre de Santé et de services sociaux Sud-Ouest (CSN), Mis en cause
- 4- Projet de loi n° 49 présenté par M. Bertrand St-Arnaud, ministre responsable de l'application des lois professionnelles
- 5- Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, ISBN 2-550-41291-5
- 6- Le projet de loi 21 / Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines: la personne au premier plan / Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines
Guide explicatif, mai 2012.
ISBN : 978-2-550-64743-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-64744-7 (version PDF)

Annexes fournies sous forme de fichiers :

- Annexe 1 : Projet Loi 49 - Mémoire ATGBM - annexe 1 - définition du technologue.pdf
- Annexe 2 : Projet Loi 49 - Mémoire ATGBM - annexe 2 - nomenclature et titres d'emplois.pdf
- Annexe 3 : Projet Loi 49 - Mémoire ATGBM - annexe 3 - description tâches.pdf
- Annexe 4 : Projet Loi 49 - Mémoire ATGBM - annexe 4 - Jugement Verdun.pdf
- Annexe 5 : Projet Loi 49 - Mémoire ATGBM - annexe 5 - Planification de main d'oeuvre GBM.pdf
- Annexe 6 : Projet Loi 49 - Mémoire ATGBM - annexe 6 - Loi 21 OPQ_Guide-explicatif.pdf

Projet de loi 49 Mémoire ATGBM - Annexe 1

Définition technicien - technologue

CI – 018MA
C.P. – P.L. 49
Domaine des
sciences appliquées

ORDRE DES
TECHNOLOGUES PROFESSIONNELS
DU QUÉBEC

ACCUEIL EMPLOI LIENS UTILES CONTACTEZ-NOUS PLAN DU SITE RECHERCHE GO

PUBLIC
Information pour le public

MEMBRES
Section réservée aux membres

ÉTUDIANTS
Portail étudiant de l'OTPQ

ADMISSION
Devenir membre de l'Ordre

PROFESSION DE TECHNOLOGUE

| [La profession](#)

| [La formation](#)

Dale Parizeau
Morris Mackenzie
CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Accueil » Accès au public » Profession de technologue » La formation

LA FORMATION ✉ ENVOYER À UN AMI 🖨️ IMPRIMER

Technicien, technologue ou technologue professionnel ?

On confond fréquemment les titres de technicien et de technologue. La différence se situe principalement au niveau de la formation académique :

- le « **technicien** » possède une formation professionnelle d'une durée d'un ou deux ans mettant l'accent sur les connaissances pratiques. Au Québec, il s'agit d'un DEP (diplôme d'études professionnelles) ou d'une AEC (attestation d'études collégiales).
- le « **technologue** » possède une formation relevant de l'enseignement supérieur en technologie d'une durée de trois ans de niveau collégial. Il a suivi des cours plus avancés en mathématiques, sur la théorie du génie et les fondements des sciences. Un technologue possède un DEC (diplôme d'études collégiales) délivré par un cégep ou par une école spécialisée.

Ce dernier peut devenir « **technologue professionnel** » en adhérant à l'Ordre des technologues professionnels du Québec. Un membre se fait reconnaître facilement en accolant les initiales « **T.P.** » ou « **T.Sc.A.** » à la suite de son nom de famille.

Entente France-Québec
Première signature sur la reconnaissance mutuelle des qualifications

Le président de l'Ordre a signé à Paris le 21 juin dernier une première entente sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le cadre de l'Entente France-Québec visant une plus grande mobilité de la main-d'œuvre à l'échelle internationale. **Pour en savoir plus**

Accueil | Emploi | Liens utiles | Contactez-nous | Plan du site | Public | Membres | Répertoire | Admission

L'information provient du site internet de l'Ordre des Technologues professionnels du Québec (OTPQ) :
« <http://www.otpq.qc.ca/profession/formation.html> »

Projet de loi 49 Mémoire ATGBM - Annexe 1

Définition technicien - technologue

Office québécois
de la langue
française

Québec

Accueil Plan du site Courrier Portail Québec

FAQ Aide



FICHE TERMINOLOGIQUE

TAILLE DU TEXTE

[« Retour à la page d'accueil »](#)

?
Préférences de recherche

1 / 1



technologue



[Anglais \[EN\]](#) ↓

Domaines appellation de personne > titre et fonction
appellation de personne > appellation d'emploi
technique

Auteur Office québécois de la langue française, 2001

Définition

Personne qui, à partir de ses connaissances approfondies de principes théoriques, s'occupe d'élaborer des outils et des méthodes pour enrichir les savoirs et les pratiques, dans un domaine de la production et de l'organisation économique.

Notes

Les technologues accomplissent aussi des tâches relevant de la gestion, telles la mise en oeuvre de projets ainsi que la formation, la coordination et la supervision de certains membres du personnel participant à ces projets.

Le niveau de spécialisation du technologue se situe entre celui du technicien et celui de l'ingénieur.



Termes privilégiés

technologue n. m. ou f.
technologiste n. m. ou f.

Il ne faut pas confondre *technologue* et *technicien*, ce dernier terme désignant une personne dont le travail consiste à utiliser des outils et des méthodes élaborés à partir de principes théoriques et servant à enrichir les savoirs et les pratiques, dans un domaine de la production et de l'organisation économique.

L'information provient du site internet de l'Office québécois de la langue française (OQLF):
« http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8366024 »

Projet de loi 49 Mémoire ATGBM - Annexe 2 Nomenclatures et titres d'emplois

CI – 018MB
C.P. – P.L. 49
Domaine des
sciences appliquées

Les informations qui suivent viennent du document « Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la Santé et des services sociaux à partir du 1er avril 2010. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Version du 18 septembre 2012. »

1205 INGÉNIEUR BIOMÉDICAL, INGÉNIEURE BIOMÉDICALE

Heures par semaine : 35

Catégorie : 4 Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Personne qui, dans des domaines tels que la microbiologie, biochimie, chimie, physique et le génie biomédical, effectue des travaux d'analyses de nature spécialisée, de développement de recherche, de l'enseignement et agit à titre de conseiller.

Elle collabore à l'établissement de diagnostics, à la détermination de traitements, au choix et à l'utilisation de méthodes, de techniques et de l'instrumentation.

Doit détenir un premier diplôme universitaire terminal dans une discipline appropriée.

Doit être membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec.

Échelle salariale : Groupe 102

1207 SPÉCIALISTE EN SCIENCES BIOLOGIQUES ET PHYSIQUES SANITAIRES

Heures par semaine : 35

Catégorie : 4 Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Personne qui, dans les domaines tel que la microbiologie, biochimie, chimie, physique et le génie biomédical, effectue des travaux d'analyses de nature spécialisée, de développement, de recherche, fait de l'enseignement et agit à titre de conseiller ou conseillère.

Elle collabore à l'établissement de diagnostics, à la détermination de traitement, au choix et à l'utilisation de méthodes, de techniques et de l'instrumentation.

Doit détenir un premier diplôme universitaire terminal dans une discipline appropriée.

Échelle salariale : Groupe 102

2367 TECHNICIEN OU TECHNICIENNE EN GÉNIE BIOMÉDICAL

Heures par semaine : 38,75

Catégorie : 4 Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Personne dont la fonction principale, à l'intérieur d'un service de génie ou de physique biomédical, est d'effectuer l'installation, le dépannage, la vérification, la calibration, la construction et la modification des équipements électroniques de type biomédical et fait les recommandations nécessaires en vue de leur bon fonctionnement y incluant leur aspect sécuritaire; peut également, s'il y a lieu, exécuter des tâches similaires sur des équipements électroniques de type industriel. Elle est appelée à couvrir tous les services de l'établissement.

Doit détenir un diplôme de fin d'études collégiales avec spécialisation en "électrotechnique (électronique)" d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Échelle salariale : Groupe 208

2369 TECHNICIEN OU TECHNICIENNE EN ÉLECTRONIQUE

Heures par semaine : 38,75

Catégorie : 3 Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration

Personne qui effectue l'installation, le dépannage, la calibration, la construction et la modification des équipements électroniques industriels et médicaux, des instruments et appareils de laboratoire et fait les recommandations nécessaires en vue de leur bon fonctionnement. Le technicien ou technicienne est appelé(e) à couvrir tous les services de l'établissement.

Doit détenir un diplôme de fin d'études collégiales avec spécialisation en "électrotechnique (électronique)" d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Cet emploi comprend aussi les personnes qui, au 23 août 1976, étaient classifiées technicien en électronique industrielle.

Échelle salariale : Groupe 208

2370 TECHNICIEN OU TECHNICIENNE EN ÉLECTRICITÉ INDUSTRIELLE

Heures par semaine : 38,75

Catégorie : 3 Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration

Personne qui effectue l'installation, le dépannage, la construction et la modification des équipements industriels et médicaux, des instruments et appareils de laboratoire. Elle est aussi appelée à couvrir tous les services de l'établissement.

Doit détenir un diplôme de fin d'études collégiales avec spécialisation en électricité d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi qu'une licence « C » émise par le ministère habilité.

Échelle salariale : Groupe 208

2277 COORDONNATEUR OU COORDONNATRICE TECHNIQUE EN GÉNIE BIOMÉDICAL (Échelle non définitive)

Heures par semaine : 38,75

Catégorie : 4 Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux

Personne qui tout en travaillant comme technicien en génie biomédical, coordonne et surveille les activités d'une équipe de techniciens et voit au respect des standards de qualité. Elle participe à l'élaboration et à la mise en application des programmes d'optimisation et d'entretien préventif des équipements médicaux spécialisés (EMS). Elle participe à l'orientation et à la formation des techniciens en génie biomédical.

Échelle salariale : Groupe 757

**DESCRIPTION DE TÂCHES
DU
TECHNOLOGUE EN GÉNIE BIOMÉDICAL**

AVIS AU LECTEUR :

Ce document a été accepté par la majorité des membres de l'ATGBM, lors de l'assemblée générale tenue le samedi 30 avril 2011.

Cette description de tâches du technologue en génie biomédical rédigée par le conseil de direction de l'Association des technologues en génie biomédical (ATGBM) est inspirée de plusieurs documents parus depuis les vingt dernières années. Voici la liste des documents de références :

Description de tâches, technicien et technicienne en génie biomédical, Association des techniciens en génie biomédical (ATGBM), Nov.1990

Devis de formation professionnelle Technicien/Technicienne en génie biomédical, Code CCDP : 2165-230, Direction de l'intervention sectorielle, Sept. 1991, Ministère de la Main-d'œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, ISBN : 2-550-22514-7

Présentation PowerPoint: Le technologue en génie biomédical, Association des technologues en génie biomédical (ATGBM), 2000, dernière rév. 2009

Grade Description standard : Biomedical engineering Technologist 1-2-3-4, The Ottawa Hospital, Dec. 2000

Planification de la main d'œuvre dans le secteur du génie biomédical, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, ISBN : 2-550-41291-5

Description de tâches du technicien en génie biomédical, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Service de génie biomédical, 2005.

Technicien en génie biomédical - Description de tâches, Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), Comité de travail GBM, 2006.

Description de l'emploi – Technicien(ne) en génie biomédical, CSSS de Saint-Jérôme, Service des technologies biomédicales, Déc. 2009

* Le contenu est applicable autant pour le technologue en génie biomédical à l'emploi du secteur public que des compagnies privées.

* Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

DESCRIPTION GÉNÉRALE

1. Le technologue en génie biomédical est un professionnel de la santé qui effectue des tâches telles que l'installation, le dépannage, la vérification, l'étalonnage, l'entretien correctif et préventif, la construction et la modification des équipements médicaux ainsi qu'aux réseaux et systèmes informatiques qui leurs sont rattachés. Le technologue procède aussi à l'assemblage et l'adaptation des équipements médicaux.

Son travail vise au maintien des normes en vigueur, des standards élevés de qualité, des caractéristiques techniques de ces équipements, en vue d'en assurer un fonctionnement fiable et sécuritaire pour les patients et les utilisateurs. Il participe également à l'acquisition, à l'évaluation de la désuétude, à la formation des utilisateurs et à la gestion administrative de l'inventaire et des risques liés à ces équipements.

2. Il exerce sa profession en étroite collaboration avec les ingénieurs biomédicaux, les physiciens, les médecins, les infirmières, les technologues médicaux et autres professionnels de la santé qui sont les utilisateurs d'équipements médicaux et dépendants de la technologie pour poser un diagnostic ou traiter un patient. Grâce à la justesse de son raisonnement, sa rapidité et son professionnalisme, le travail du technologue en génie biomédical influence directement le résultat des actes posés par les utilisateurs, l'exactitude du diagnostic et l'efficacité du traitement. Le technologue en génie biomédical est une référence très importante quant à l'utilisation optimale des appareils dont il est responsable.

TÂCHES ET RESPONSABILITÉS

3. Les champs d'activités du technologue en génie biomédical sont variés et ont un impact majeur dans tous les services offerts par un établissement de santé tels que les services diagnostics d'imagerie médicale et de laboratoires, les services thérapeutiques en clinique externe, les interventions en salle d'opération, les soins aux patients hospitalisés, etc.
4. Il doit traiter les demandes d'assistance et de soutien qu'il reçoit, les évaluer et les gérer en fonction des priorités. Il est autonome dans ses actions et responsable des gestes posés et de la qualité de son travail.
5. En tout temps, il doit agir en se conformant aux normes exigées dans le réseau (Agrément Canada, CSA, Code de sécurité 35, etc.) et en respectant les spécifications des fabricants, afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur et de celle des patients.

ACTIVITÉS RELIÉES AU DOMAINE TECHNOLOGIQUE

6. ENTRETIEN DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

- 6.1. Dans le cadre de son travail, le technologue en génie biomédical procède à diverses tâches comme l'installation, le dépannage, la réparation, la vérification, l'étalonnage, la construction et la modification des équipements médicaux dont il a la responsabilité. Le technologue procède aussi à l'assemblage et l'adaptation des équipements médicaux. Ces tâches sont principalement effectuées lors d'entretiens correctifs et préventifs.
- 6.2. En tout temps, à la suite d'une intervention, le technologue en génie biomédical doit effectuer un contrôle de qualité pour assurer un fonctionnement optimal et sécuritaire des équipements médicaux avant leur remise en service. Il doit documenter les actes posés, informer les utilisateurs au sujet de l'intervention effectuée et faire un suivi s'il y a lieu.
- 6.3. Participe à des comités qui élaborent des procédés en liens avec les entretiens préventifs et correctifs des équipements.
- 6.4. Entretien correctif (intervention lors d'une panne ou d'une situation d'urgence impliquant un équipement médical)
 - 6.4.1. Doit réagir rapidement et peut avoir à intervenir en présence de patients et de professionnels cliniques. Il prend les décisions qui s'imposent lors de situations d'urgence et en informe son supérieur immédiat.
 - 6.4.2. Gère les problèmes qu'il reçoit, priorise et planifie ses actions en fonction du degré d'urgence de chacun. Il doit entre autres, considérer le temps nécessaire pour effectuer la réparation, la disponibilité d'équipements médicaux de remplacement et l'impact clinique de la panne.
 - 6.4.3. Identifie la source du problème, établit un diagnostic et procède à la réparation de l'équipement médical avec diligence en utilisant les ressources dont il dispose. Il peut faire appel à ses collègues ou à une ressource externe.
 - 6.4.4. Recherche et utilise les pièces de remplacement adéquates et procède à la commande s'il y a lieu.
 - 6.4.5. Vérifie les modalités de garantie ou des contrats d'entretien sur l'équipement médical avant d'intervenir.
 - 6.4.6. Supervise les interventions effectuées par un représentant de service externe et peut travailler en collaboration avec lui, selon la situation.
 - 6.4.7. Il s'assure que les rapports de service des fournisseurs externes représentent le travail effectué et gère de façon efficace tous ces documents pour consultations et références futures.
 - 6.4.8. Informe les utilisateurs du délai de réparation d'une panne. Il suggère des pistes de solutions et collabore à l'élaboration d'un plan de relève pour maintenir autant que possible la prestation de soins et services aux patients.

- 6.4.9. Observe au besoin l'utilisation d'un équipement médical par un professionnel en milieu clinique afin de détecter une anomalie de fonctionnement ou un problème intermittent.
- 6.4.10. Peut effectuer la réparation à son poste de travail ou à l'endroit où se trouve l'équipement médical lorsque celui-ci ne peut être déplacé. Il doit s'assurer de réduire au minimum l'impact de sa présence dans l'aire clinique s'il doit s'y installer pour travailler.
- 6.5. Entretien préventif (intervention planifiée afin de réduire le risque de panne d'un équipement médical)
 - 6.5.1. Vérifie les performances des équipements médicaux, leur conformité aux normes en vigueur ainsi que leur état général.
 - 6.5.2. Établit ou participe à l'élaboration d'un calendrier des entretiens préventifs à effectuer sur une période définie. Cette planification doit tenir compte de critères prédéterminés tels que le type d'équipement médical, la classe de risque et les recommandations du fabricant.
 - 6.5.3. Établit la procédure à effectuer pour chacun des équipements médicaux ciblés par le programme global d'entretien préventif en fonction des recommandations du fabricant ou toute autre indication approuvée par le supérieur immédiat.
 - 6.5.4. Contacte les utilisateurs afin de planifier le moment où sera effectué l'entretien préventif.
 - 6.5.5. S'assure d'avoir en stock les pièces requises pour l'entretien prévu.
 - 6.5.6. Effectue l'entretien préventif en respectant les procédures établies et en utilisant les documents et formulaires prévus à cet effet.
 - 6.5.7. Supervise l'exécution des entretiens préventifs effectués par des représentants de service externe pour les équipements sous sa responsabilité.
 - 6.5.8. Il s'assure que les rapports de service des fournisseurs externes représentent le travail effectué et gère de façon efficace tous ces documents pour toutes consultations et références futures.

7. ÉVALUATION DE LA DÉSUÉTUDE DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

- 7.1. Participe à l'évaluation de la désuétude clinique et technique des équipements médicaux en utilisation. Il formule des rapports et recommandations sur l'état de ces équipements quant à l'usure générale, la sécurité, la fréquence des pannes, la difficulté d'approvisionnement en pièce de remplacement, etc.
- 7.2. Contribue à déterminer les priorités de remplacement des équipements médicaux et à en planifier le renouvellement.

8. ACQUISITION, RÉCEPTION ET MISE EN SERVICE D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

- 8.1. Participe à la définition des besoins, des spécifications techniques requises.
- 8.2. Collabore à l'élaboration du devis en vue d'acquérir un équipement médical.
- 8.3. Participe à l'évaluation avant achat des nouveaux équipements médicaux proposés.
- 8.4. Évalue les performances techniques des équipements médicaux et la possibilité d'en faire l'entretien, et participe à l'évaluation de l'ergonomie et de la facilité d'utilisation lors d'un processus d'acquisition.
- 8.5. Collabore à la planification de l'installation des équipements médicaux qui nécessitent des travaux de réaménagement ou de raccordement à d'autres systèmes tels que les réseaux informatiques, électriques, à la plomberie.
- 8.6. S'assure que les équipements médicaux reçus correspondent au libellé du bon de commande et avise qui de droit de toute erreur ou omission.
- 8.7. Procède à une inspection visuelle des équipements médicaux reçus et s'assure qu'ils sont certifiés selon les normes en vigueur.
- 8.8. S'assure que l'équipement médical est livré avec les manuels de service et d'opération et procède à son identification et à sa mise en inventaire.
- 8.9. Procède à l'assemblage, aux tests de fonctionnalités et de sécurité électrique avant la mise en service, selon le cas.
- 8.10. Fournit une assistance technique au personnel utilisateur lors de la mise en service des nouveaux équipements médicaux.

9. UTILISATION D'ÉQUIPEMENTS DE CONTRÔLE, DE MESURE ET D'ÉTALONNAGE (ECME) ET D'OUTILS SPÉCIALISÉS

- 9.1. S'assure que les ECME et outils spécialisés dont il dispose sont fonctionnels et disponibles en prévision des entretiens préventifs à effectuer.
- 9.2. S'assure que les ECME dont il dispose respectent les normes d'étalonnage et de vérification du fabricant. Il conserve les certificats de traçabilité au dossier de l'ECME qui peuvent être exigés lors de visite d'inspection d'Agrément Canada ou de toute autre instance redevable.
- 9.3. Propose l'achat ou le remplacement d'outils, de logiciels, de systèmes informatiques et d'ECME nécessaires à l'exécution de ses tâches.

10. RECHERCHE FONDAMENTALE ET CLINIQUE

- 10.1. Peut apporter sa collaboration à des projets de recherche fondamentale et clinique en fournissant son expertise et des outils spécialisés.
 - 10.2. Peut élaborer des processus d'entretien et de vérification spécifiques aux équipements utilisés dans le cadre de la recherche.
 - 10.3. Peut certifier son travail auprès de l'organisme impliqué.
 - 10.4. Sur demande, il apporte sa collaboration et son soutien aux projets de recherche en effectuant des montages, des modifications, des adaptations d'équipements et d'accessoires, dans un cadre sécuritaire.
-

ACTIVITÉS RELIÉES AU DOMAINE DE LA GESTION ET DU SUIVI DU PARC D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

11. GESTION DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET DE L'INVENTAIRE

- 11.1. Utilise de manière optimale le système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) mis à sa disponibilité.
- 11.2. Participe à la mise en inventaire des équipements médicaux en fournissant toutes les informations requises et s'assure du maintien à jour des dossiers (informatiques ou papiers selon le cas) en documentant de façon précise et détaillée l'ensemble de ses interventions.
- 11.3. Participe à la gestion et au suivi des clauses reliées à l'acquisition des équipements médicaux tels que les acceptations avant paiement, les garanties, les contrats de service, etc.
- 11.4. Participe à l'analyse des propositions de contrats de services et peut:
 - recommander la signature d'un tel contrat et le choix parmi plusieurs forfaits de service
 - recommander la formation offerte par le fabricant
- 11.5. Participe à la mise en inventaire des nouvelles pièces d'entretien et au maintien à jour de ce stock de pièces.
- 11.6. Participe au processus d'approvisionnement lors des requêtes d'achat de pièces ou d'appels de service à des compagnies externes.
- 11.7. Participe à la gestion des équipements médicaux quant à leurs statuts :
 - en service
 - ciblé pour remplacement
 - hors service
 - déclassé
 - rebut

- 11.8. Applique la politique de l'établissement pour le retrait ou la disposition de l'équipement médical à la fin de sa vie utile.
- 11.9. S'assure que les équipements médicaux nécessitant un entretien préventif soient programmés dans le système de gestion de la maintenance assisté par ordinateur (GMAO).
- 11.10. Participe à des comités qui élaborent des procédés en liens à la gestion du parc d'équipements.

12. **GESTION DES RISQUES**

- 12.1. Collabore à l'implantation de bonnes pratiques biomédicales.
- 12.2. Collabore au programme d'entretien préventif.
- 12.3. S'assure du fonctionnement optimal des équipements médicaux sous sa responsabilité. Il surveille, conseille et informe les utilisateurs quant aux risques liés à l'utilisation des équipements médicaux.
- 12.4. Effectue les investigations qui lui sont demandées relativement à la gestion des risques lors d'alertes médicales, d'accidents et d'incidents impliquant un équipement médical.
- 12.5. Propose des mesures préventives, correctives ou des solutions pour réduire le risque d'incident possible lors de l'utilisation des équipements médicaux.
- 12.6. Peut collaborer avec le service de santé et sécurité au travail à l'élaboration de processus en lien avec l'utilisation et l'entretien des équipements médicaux.
- 12.7. Peut siéger sur des comités visant des problématiques particulières en matière de gestion des risques et de sécurité concernant les utilisateurs et les patients.
- 12.8. Effectue et documente les résultats des tests de sécurité électrique avant la mise en service d'un équipement médical neuf ou à la suite d'un entretien correctif ou préventif.
- 12.9. Procède au retrait d'équipements médicaux jugés désuets ou dangereux pour les utilisateurs ou les patients.
- 12.10. Effectue les interventions requises sur les équipements médicaux lors d'alertes médicales ou de rappels techniques provenant du fabricant.
- 12.11. Documente, partage et met en disponibilité toute information concernant la gestion des risques. Consulte ou informe son supérieur immédiat des problématiques vécues.

ACTIVITÉS RELIÉES À LA COMMUNICATION ET À LA FORMATION

13. COMMUNICATION EFFICACE

- 13.1. Dans le cadre de son travail, le technologue en génie biomédical doit être en mesure de bien communiquer autant oralement que par écrit.
- 13.2. Doit documenter clairement son travail dans le système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) pour avoir des références techniques, des productions de rapport d'intervention et des suivis de l'historique des équipements médicaux.
- 13.3. Communique avec les médecins, les infirmières, les technologues médicaux et tous les autres professionnels de la santé qui utilisent les équipements médicaux. Communique aussi avec les gestionnaires concernés par ces appareils. Tous ces intervenants influencent l'exécution de ses tâches.
- 13.4. Peut être appelé à siéger à des comités de travail pour l'élaboration de projets liés aux technologies biomédicales.
- 13.5. Doit être en mesure d'expliquer les tâches reliées à son travail et son contenu technologique.
- 13.6. Communique avec les fournisseurs et les représentants de service de compagnies externes dans le cadre d'appels de service ou de contrats d'entretien octroyés sur des équipements médicaux spécifiques.
- 13.7. Travaille en équipe avec ses collègues et les utilisateurs des équipements médicaux.
- 13.8. Doit utiliser les outils de communication mis à sa disposition tels que téléphone et courriel de façon professionnelle.

14. FORMATION ET SOUTIEN AUX UTILISATEURS

- 14.1. Participe à la formation des utilisateurs lors de la mise en service des équipements médicaux et tout au long de leurs vies utiles dans l'établissement en fonction des besoins.
- 14.2. Apporte son soutien constant en vue d'assurer une utilisation adéquate et sécuritaire de l'équipement médical. Il suggère aux utilisateurs des solutions en cas de problèmes, lui donne des explications sur le fonctionnement ainsi que sur les spécifications et les besoins d'entretien des équipements médicaux.

15. FORMATION PROFESSIONNELLE EN COURS D'EMPLOI

- 15.1. Collabore à l'orientation et à la formation du nouveau personnel technique au sein de son service.
 - 15.2. Collabore à la formation d'étudiants ou de stagiaires et participe à leurs évaluations.
 - 15.3. En raison de l'évolution constante des technologies biomédicales, électroniques et informatiques, il maintient ses connaissances à jour par des lectures appropriées et participe aux formations techniques, colloques et congrès reliés à ses spécialités. Il est à noter que les formations techniques spécialisées sont à durées variables (jours, semaines) et majoritairement à l'extérieur du Québec.
-

RISQUES, CONDITIONS PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

16. RISQUES PHYSIQUES

- 16.1. Exposition à des risques d'infection par des contacts à des liquides biologiques ou des risques d'infection par du matériel contaminé.
- 16.2. Exposition à une atmosphère contenant des gaz, des vapeurs toxiques, de la fumée, des poussières, et des odeurs désagréables.
- 16.3. Exposition aux rayons ionisants (rayon X, gamma, bêta) et des champs magnétiques élevés générés en imagerie médicale.
- 16.4. Manipulation d'équipements médicaux qui génèrent de hautes fréquences et de hauts voltages.
- 16.5. Risque de blessures d'origine mécanique, de décharges électriques et de brûlures.
- 16.6. Manipulation d'instruments, d'équipements médicaux et de pièces ayant un poids élevé.
- 16.7. Manipulation de nettoyeurs, de produits chimiques et de solvants toxiques.
- 16.8. Positions de travail variées et parfois inconfortables.

17. RISQUES PSYCHOLOGIQUES

- 17.1. Contexte de travail stressant et souvent urgent.
 - 17.2. Gestion autonome des priorités.
 - 17.3. Souvent confronté à des problèmes nouveaux et inconnus.
 - 17.4. Interaction avec beaucoup d'intervenants, dont les médecins, les infirmières, les technologues médicaux, d'autres professionnels de la santé et de maintenance ainsi que les gestionnaires.
 - 17.5. Est imputable du bon fonctionnement des équipements médicaux sous sa responsabilité.
-

EXIGENCES DU POSTE

18. FORMATION GÉNÉRALE

- 18.1. Détenir un diplôme d'études collégiales (DEC) du secteur de l'électrotechnique d'une spécialité décrite dans les programmes 243.xx et 244.xx du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) du Québec.
- 18.2. Détenir le Certificat en « Technologies Biomédicales : Instrumentation électronique » de l'École Polytechnique de Montréal est conseillé.

19. ASSOCIATION ET ORDRE

- 19.1. Être membre de l'Association des technologues en génie biomédical (ATGBM) qui représente les technologues et techniciens en génie biomédical du réseau public et privé au Québec.
 - 19.2. Être membre de l'Ordre des technologues professionnels du Québec (OTPO) est suggéré.
-

CONNAISSANCES, QUALITÉS ET COMPÉTENCES

20. CONNAISSANCES REQUISES

- 20.1. Maîtriser l'utilisation d'un ordinateur ainsi que les logiciels de bureautique.
- 20.2. Comprendre l'importance et l'utilité d'une utilisation optimale d'un logiciel de GMAO (Gestion de la maintenance assistée par ordinateur).
- 20.3. Maîtriser le français parlé et écrit.
- 20.4. Capable de lire et de comprendre facilement tout manuel technique rédigé en anglais.
- 20.5. Communiquer de manière fonctionnelle en anglais parlé et écrit.

21. QUALITÉS PERSONNELLES ET COMPÉTENCES RECHERCHÉES

- 21.1. Attitude orientée vers le service à la clientèle.
- 21.2. Attitude aidante envers ses collègues et les utilisateurs des équipements médicaux, capacité de communiquer et d'entretenir de bonnes relations interpersonnelles dans une équipe multidisciplinaire.
- 21.3. Qualités telles que l'autonomie, la débrouillardise, l'initiative, l'efficacité et la rapidité d'intervention.
- 21.4. Attitudes démontrant la maîtrise de soi, le jugement, la maturité, la souplesse, l'esprit ouvert et l'éthique professionnelle.
- 21.5. Sens des responsabilités et d'organisation, capacité à planifier et à coordonner les activités reliées à son travail. Démontrer un leadership professionnel auprès de ses collègues et de la clientèle.
- 21.6. Pouvoir travailler sous pression, réagir et décider rapidement, agir en situation d'urgence ou imprévue.
- 21.7. Avoir un esprit d'analyse, de synthèse, de créativité et une motivation professionnelle à se perfectionner et à acquérir des connaissances.
- 21.8. Polyvalence dans les divers aspects de la technologie tels que : mécanique, hydraulique, pneumatique, physique, chimique, optique, informatique, robotique, etc.
- 21.9. Grande dextérité et habileté manuelle.
- 21.10. Être à l'aise dans un environnement clinique tel que le bloc opératoire, l'unité des soins intensifs, l'urgence, la néonatalogie, la dialyse, l'imagerie médicale, etc.
- 21.11. Respect de la confidentialité.

COMMISSION DES RELATIONS DU TRAVAIL

Dossiers : AM-2000-6169 et AM-2000-6584
Cas : CM-2006-2184

Référence : 2006 QCCRT 0470

Montréal, le 26 septembre 2006

DEVANT LE COMMISSAIRE : Michel Denis

APTS – Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (CPS et APTMQ)

Requérante

c.

Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun

Intimée

et

Syndicat des travailleuses et travailleurs du Centre de Santé et de services sociaux Sud-Ouest (CSN)

Mis en cause

DÉCISION

[1] Le 26 avril 2006, l'association requérante demande, en vertu de l'article 39 du *Code du travail*, de décider que les techniciens en électronique sont reclassés techniciens en génie biomédical, qu'ils sont des salariés au sens du *Code du travail* et

qu'ils sont visés par l'unité de négociation que l'association détient chez l'employeur intimé pour représenter:

« Toutes les salariées et tous les salariés de la catégorie des techniciens et des professionnels de la santé et des services sociaux. »

[2] Pour sa part, le syndicat mis en cause est accrédité chez l'employeur pour représenter:

« Toutes les salariées et tous les salariés de la catégorie du personnel de bureau, des techniciens et des professionnels de l'administration. »

[3] À l'audience, la requérante mentionne que sa demande n'en est pas une de reclassement, mais de détermination de l'unité de négociation qui doit couvrir les personnes visées par sa demande, soit messieurs André Lévesque, Yannick Chartier, Paul Mcgrath et Jonathan Longtin. Ceux-ci sont actuellement représentés par le syndicat.

LA PREUVE

[4] De la preuve administrée, les éléments suivants sont retenus.

[5] La description de la fonction de technicien en électronique est:

Personne qui effectue l'installation, le dépannage, la calibration, la construction et la modification des équipements électroniques industriels et médicaux, des instruments et appareils de laboratoire et fait les recommandations nécessaires en vue de leur bon fonctionnement. Le technicien ou technicienne est appelé(e) à couvrir tous les services de l'établissement.

Doit détenir un diplôme de fin d'études collégiales avec spécialisation en "électrotechnique (électronique)" d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Cet emploi comprend aussi les personnes qui, au 23 août 1976, étaient classifiées technicien en électronique industrielle.

[6] Quant à la description de la fonction de technicien en génie bio-médical, elle est:

Personne dont la fonction principale, à l'intérieur d'un service de génie ou de physique bio-médical, est d'effectuer l'installation, le dépannage, la vérification, la calibration, la construction et la modification des équipements électroniques de type bio-médical et fait les recommandations nécessaires en vue de leur bon fonctionnement y incluant leur aspect sécuritaire; peut également, s'il y a lieu, exécuter des tâches similaires sur des équipements électroniques de type industriel. Elle est appelée à couvrir tous les services de l'établissement.

Doit détenir un diplôme de fin d'études collégiales avec spécialisation en "électro-technique (électronique)" d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

[7] Les deux fonctions justifient la même échelle de salaire. Cependant, la première fait partie de la catégorie du personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration, alors que la seconde est incluse dans la catégorie des techniciens et des professionnels de la santé et des services sociaux.

[8] Monsieur Yanic Chartier, qui a le titre de technicien en électronique, déclare reconnaître entièrement, dans la description de la fonction de technicien en génie biomédical, les tâches qu'il accomplit.

[9] Il affirme que les équipements de type biomédical concernent les appareils qui touchent directement au patient, tels les dialyseurs, les pompes à perfusion, les défibrillateurs, etc.

[10] Il mentionne qu'il consacre de 75 à 80 % de son temps à des équipements biomédicaux, dont environ 25 % au service des laboratoires.

[11] Monsieur Alain Blais est un des chefs de service des installations matérielles de l'employeur et les personnes visées par la demande relèvent de son service.

[12] Il corrobore le témoignage de monsieur Chartier.

[13] Il déclare que le génie biomédical n'est qu'un des trois centres de coût dont il est responsable, qu'il n'y a pas d'ingénieur ou de physicien dans son service et qu'il n'a pas leurs compétences.

[14] Monsieur Blais précise qu'un service de génie ou de physique biomédical doit relever d'un ingénieur ou d'un physicien en tant que chef de service.

[15] Il reconnaît qu'il n'a pas les connaissances pour se prononcer sur ce qu'est le domaine du génie biomédical, tout en ajoutant que s'il y avait un service de génie biomédical, les personnes visées par la demande en feraient partie.

[16] Il admet que ces personnes peuvent, à titre de techniciens en électronique, s'occuper de tous les équipements qui leur sont actuellement confiés.

[17] Quant à monsieur Serge Bilodeau, directeur adjoint des ressources humaines, il déclare que les personnes visées par la requête ont eu le titre de technicien en électronique parce que l'employeur n'a pas de service de génie biomédical.

MOTIFS DE LA DÉCISION

[18] Pour une bonne compréhension du cadre législatif dans lequel la présente demande en vertu de l'article 39 *du Code du travail* doit être décidé, il y a lieu de citer la décision 2006 QCCRT 0363 de la Commission:

[15] La *Loi concernant les conditions de travail*, outre le renouvellement général des dernières conventions collectives dans le secteur public, dont celui des affaires sociales, prévoit que les établissements du secteur des affaires sociales et les associations de salariés représentant les salariés à leur emploi sont liés par les titres d'emploi et les libellés correspondants ainsi que par les heures de travail et les taux et échelles de salaire afférents à ces titres d'emploi. Cette règle est précisée à la « *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaires du réseau de la santé et des services sociaux* » (la nomenclature), déposée par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 15 décembre 2005 devant l'Assemblée nationale.

[16] L'effet combiné de ces deux lois est d'introduire des règles particulières qui doivent être prises en compte au moment de disposer d'une requête en interprétation d'une accréditation dans le secteur des affaires sociales, lorsqu'elle comprend, comme en l'espèce, en sus d'une détermination de la qualité de salarié au sens du *Code*, l'inclusion ou non de salariés dans une unité de négociation visée par la *Loi concernant les unités de négociation*.

[17] Ces règles ont trait : (1) à l'introduction d'un régime de représentation syndicale par catégorie de personnel au sein d'un même établissement; et, (2) le rattachement obligatoire des titres d'emploi à une catégorie déterminée de personnel.

1- Le régime de représentation syndicale

[18] La *Loi concernant les unités de négociation* établit quatre catégories de personnel, catégories suivant lesquelles les unités de négociation sont constituées : 1°- les soins infirmiers et cardio-respiratoires; 2°- le personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers; 3°- le personnel de bureau, les techniciens et professionnels de l'administration; et, 4°- les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux.

...

[20] Une seule et même association de salariés représente l'ensemble des salariés d'une catégorie de personnel, au sein d'un même établissement du secteur des affaires sociales dont le régime de négociation est celui visé à la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*.

...

2- Le rattachement des titres d'emploi à une catégorie déterminée de personnel

[23] Tous les titres d'emploi des salariés du secteur des affaires sociales doivent être rangés dans l'une ou l'autre des quatre catégories prévus à la *Loi concernant les unités de négociation*.

[24] L'association de salariés accréditée, en application de la *Loi concernant les unités de négociation*, représente tous les salariés au sens du *Code* qui occupent un emploi visé par un des titres d'emploi énumérés à la liste prévue à l'annexe correspondant à une catégorie donnée et ces salariés sont compris dans l'unité de négociation que détient telle association.

...

[33] Finalement, il est formellement interdit à un établissement des affaires sociales de déroger à la nomenclature du 15 décembre 2005. Telle dérogation, outre sa nullité et absence d'effet, ne peut constituer un avantage ou un privilège acquis, ni être invoqué à ce titre par une personne salariée, et l'établissement doit procéder à une reclassification de conformité ou demander la création d'un titre d'emploi non prévu à la nomenclature, ainsi que le prévoient les articles 29 à 31 de l'annexe 4 de la *Loi concernant les conditions de travail* :

29. Toute dérogation faite par un établissement à la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire est nulle et sans effet.

30. Malgré toute disposition de la convention collective, nulle dérogation à la nomenclature des titres d'emploi, des libellés ainsi que des taux et échelles de salaire faite par un établissement ne peut constituer un avantage ou un privilège acquis ni être invoqué à ce titre par une personne salariée.

31. Dans le cas d'une telle dérogation, l'employeur procède, dans les 60 jours suivant le 16 décembre 2005, à reclassifier la personne salariée qui détient un titre d'emploi non conforme à la nomenclature dans un titre d'emploi approprié y apparaissant et dans la même catégorie de personnel au sens de la *Loi concernant les unités de négociation* dans le secteur des affaires sociales.

...

Dans le cas où les attributions principales de la personne salariée ne se retrouvent dans aucun des titres d'emploi de la nomenclature, l'employeur doit soumettre une demande dans le cadre du mécanisme à instituer pour la création d'un titre d'emploi non prévu à la nomenclature. L'employeur maintient le titre

d'emploi et le taux ou l'échelle de salaire jusqu'à ce qu'une décision soit rendue dans le cadre de ce mécanisme.

...

[65] Par ailleurs, la *Loi concernant les unités de négociation* introduit de nouvelles règles propres au secteur des affaires sociales, relativement à l'inclusion ou non d'un salarié dans l'unité de négociation, telle que cette dernière doit être évaluée en regard de l'article 39 du *Code du travail* :

39. De plein droit, au cours de son enquête, et en tout temps sur requête d'une partie intéressée, la Commission peut décider si une personne est un salarié ou un membre d'une association, si elle est comprise dans l'unité de négociation, et toutes autres questions relatives à l'accréditation.

[66] L'article 2 de la *Loi concernant les unités de négociation* prévoit que les dispositions du *Code* s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, dans la mesure où elles ne sont pas incompatibles avec celles de la *Loi concernant les unités de négociation*. De plus, l'article 3 de cette même loi confère une compétence générale à la Commission pour trancher toute question relative à son application comme celle que confère le *Code* et ce, aux fins de la décision qu'elle est appelée à rendre :

2. Les dispositions du *Code du travail* (L.R.Q., chapitre C-27) s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, dans la mesure où elles ne sont pas inconciliables avec celles de la présente loi.

3. La Commission des relations du travail saisie d'une requête peut, aux fins de la décision qu'elle est appelée à rendre, trancher toute question relative à l'application de la présente loi et du *Code du travail*.

...

[67] En plus de ces règles particulières au régime de représentation syndicale dans le secteur des affaires sociales, la Commission doit prendre en compte et appliquer, en regard de l'exercice de sa propre compétence en matière d'accréditation, les règles déclarées d'ordre public aux articles 29 et 30 de la *Loi concernant les conditions de travail*, ce qui concerne la nomenclature des titres d'emploi et les libellés d'emploi correspondants.

[68] Il ne s'agit plus, dans le secteur des affaires sociales, de rechercher la portée intentionnelle de l'accréditation. Le législateur québécois y pourvoit expressément, en identifiant les catégories d'emploi ou de fonctions visées par chacune des seules unités de négociation qui peuvent être constituées suivant quatre catégories nommées de personnel. De plus, le champ d'application d'une accréditation s'étend à toutes les activités, centres et installations d'un

établissement, au sens donné à ce mot dans la Loi sur les services de santé et services sociaux. C'est ce que prévoient les règles de détermination d'une nouvelle unité de négociation, à la suite d'une intégration ou cession partielle d'activités d'un établissement à un autre ou encore à l'occasion d'une fusion d'établissements.

[69] Pour les postes de salariés au sens du *Code*, la Commission, saisie d'une requête portant sur l'inclusion ou non d'un salarié dans une unité de négociation, accordée en application de la sous-section § 1.— *Règles générales* (articles 4 à 11) de la *Loi concernant les unités de négociation*, doit donc : (1) identifier, à partir des attributions principales et réelles qu'exerce le salarié, à quel titre d'emploi les attributions de ce poste sont reliées, que ce titre d'emploi soit prévu à la nomenclature ou que sa validité ait été reconnue, s'il y a eu création d'un titre d'emploi non prévu à la nomenclature; et, (2) déterminer à quelle catégorie de personnel il appartient, aux fins de la représentation syndicale.

[19] Pour ce qui est de la présente demande, les exigences scolaires, prévues aux descriptions de fonction de technicien en électronique et de technicien en génie biomédical, sont identiques et les détenteurs de ces fonctions ont la même échelle de salaire.

[20] Quant aux tâches prévues à ces deux fonctions, elles apparaissent similaires, sinon identiques.

[21] Une distinction de ces fonctions, sur la base que l'une des descriptions mentionne des équipements médicaux et l'autre des équipements de type biomédical, ne peut se justifier par l'affirmation que les appareils de type biomédical, contrairement aux appareils médicaux, concernent les appareils qui touchent directement au patient, tels que dialyseurs, pompes à perfusion, défibrillateurs, etc.

[22] Cette distinction et cette affirmation ne reflètent pas le sens usuel des mots « médical » et « biomédical ». Le dictionnaire Antidote donne les définitions suivantes:

Biomédical: « Qui concerne à la fois la biologie et la médecine. Appareils biomédicaux. »

Médical: « Relatif à la médecine. Un acte médical. Des soins médicaux. »

Biologie: « Science de la vie, des êtres vivants et des phénomènes qui les caractérisent. Biologie animale, végétale, cellulaire, moléculaire. »

Médecine: « Science ayant pour objet la prévention et la guérison des maladies des êtres humains. Médecine curative, préventive, opératoire, mentale, infantile, générale, clinique, expérimentale, allopathique, homéopathique, pasteurienne, psychosomatique, dentaire, périnatale. Médecine nucléaire. »

[23] Biomédical n'a donc pas le sens de « toucher directement le patient » et un équipement médical peut être un appareil biomédical à moins de vouloir prétendre que la médecine doit exclure la biologie.

[24] Par contre, la précision, dans la description de la fonction de technicien en génie bio-médical, que cette fonction doit se faire « à l'intérieur d'un service de génie ou de physique bio-médical » apparaît déterminante pour la distinguer de celle de technicien en électronique.

[25] Chez l'employeur le génie biomédical n'est pas un service, mais qu'un des trois centres de coût des services des installations matérielles relevant de monsieur Blais.

[26] L'absence d'un service de génie ou de physique biomédical ne permet pas, aux personnes concernées par la présente demande, de prétendre que leurs tâches sont visées par la description de fonction de technicien en génie biomédical. Ils sont des techniciens en électronique couverts par l'unité de négociation représentée par Syndicat des travailleuses et travailleurs du Centre de santé et de services sociaux Sud-Ouest (CSN).

EN CONSÉQUENCE, la Commission des relations du travail

REJETTE la demande.

Michel Denis

M^e Denis Bradet
GRONDIN POUDDRIER BERNIER
Représentant de la requérante

M^e Hélène Bélanger
Représentante de l'intimée

M. Jean-Pierre Daubois
Représentant du mis en cause

Date de l'audience : 29 juin 2006

planification de la main-d'œuvre



*dans le secteur
du génie biomédical*

planification de la main-d'œuvre



dans le secteur
du génie biomédical



Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-41291-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants	5
Introduction	7
Section 1 – Contexte	11
1.1 Technicien en génie biomédical	13
1.1.1 Description de la profession.....	13
1.1.2 Formation.....	13
1.1.3 Perfectionnement.....	14
1.1.4 Cadre légal	14
1.2 Ingénieur biomédical	15
1.2.1 Description de la profession.....	15
1.2.2 Formation.....	16
1.2.3 Cadre légal	16
Section 2 – Organisation des services	19
2.1 Services techniques de génie biomédical.....	21
2.2 Services professionnels de génie biomédical.....	22
2.3 Nouveaux modes d'opération	23
Section 3 – Projection des besoins de recrutement des techniciens en génie biomédical en comparaison avec le nombre de diplômés disponibles	25
3.1 L'offre de main-d'œuvre	27
3.1.1 L'effectif en emploi.....	27
3.1.2 L'effectif disponible	28
3.2 La détermination de la pénurie initiale	29
3.3 La projection de l'attrition.....	30
3.4 L'estimation de l'évolution des besoins de main-d'œuvre et du recrutement	32
3.5 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés	36
Section 4 – Plan d'action pour les techniciens en génie biomédical	39

Section 5 – Projection des besoins de recrutement des ingénieurs biomédicaux en comparaison avec le nombre de diplômés disponibles	47
5.1 L'offre de main-d'œuvre	49
5.1.1 L'effectif en emploi	49
5.1.2 L'effectif disponible	50
5.2 La détermination de la pénurie initiale	51
5.3 La projection de l'attrition.....	51
5.4 L'estimation de l'évolution des besoins de main-d'œuvre et du recrutement	53
5.5 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés	54
5.5.1 La prévision du nombre de diplômés disponibles	54
5.5.2 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés disponibles.....	55
Section 6 – Plan d'action pour les ingénieurs biomédicaux	57
Annexes	65
Annexe 1 – Techniciens en génie biomédical	67
Scénario 1	69
Scénario 2	70
Annexe 2 – Présentation du modèle de projection pour la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux	71

FAITS SAILLANTS

L'importance de la main-d'œuvre des techniciens et des ingénieurs dans le secteur du génie biomédical

Les techniciens en génie biomédical et les ingénieurs biomédicaux¹ occupent une place essentielle dans le réseau de la santé et des services sociaux en assurant le maintien d'un parc d'équipement médical fonctionnel, fiable et performant. Ces deux groupes comptent au moins 500 travailleurs.

La pénurie de main-d'œuvre et la croissance des besoins

On constate actuellement une pénurie chez les techniciens en génie biomédical ainsi que chez les ingénieurs biomédicaux. De plus, plusieurs facteurs indiquent que la demande de main-d'œuvre va continuer d'augmenter dans ce secteur au cours des prochaines années. En effet, on a assisté au cours des cinq dernières années à une augmentation constante des heures travaillées d'au moins 2,5 % par année tant chez les techniciens que chez les ingénieurs. Par ailleurs, on observe la croissance du parc d'équipement, l'émergence des technologies dans toutes les disciplines et l'arrivée d'équipements plus complexes. Compte tenu de ces facteurs et de la capacité budgétaire des établissements, le pourcentage de 2,5 % semble devoir être retenu comme indice annuel d'accroissement des besoins.

L'augmentation du nombre de diplômés disponibles pour des emplois dans le réseau de la santé et des services sociaux

Les départs prévisibles pour des raisons de décès, de retraite ou de réorientation de carrière ainsi que l'indice d'accroissement des besoins qui a été retenu nécessitent une augmentation du nombre de diplômés disponibles pour combler les emplois à venir. Étant donné que le réseau de la santé et des services sociaux est un employeur peu connu par les diplômés des programmes de Technologie de l'électronique industrielle et de Technologie de l'électronique ainsi que par les diplômés en génie, différentes mesures de promotion devront être mises en place auprès de ces étudiants pour les inciter à solliciter ces emplois.

Par ailleurs, les diplômés du DEC en Technologie de l'électronique ou en Technologie de l'électronique industrielle doivent bénéficier d'une formation additionnelle leur permettant d'acquérir des compétences dans le domaine biomédical.

¹ La planification de main-d'œuvre réalisée pour les professionnels œuvrant dans le secteur du génie biomédical comprend principalement l'effectif des ingénieurs (code 1205) et des physiciens (code 1203) travaillant dans le secteur du génie biomédical.

L'organisation des services et les conditions de travail

Les modes d'organisation des services de génie biomédical sont nombreux et varient d'une région à l'autre et même d'un établissement à l'autre. Afin de disposer d'une main-d'œuvre suffisante pour répondre aux besoins croissants des établissements, il apparaît souhaitable de réévaluer les modes d'organisation afin de favoriser une utilisation optimale des services.

On devra également travailler à améliorer la rétention des employés en poste et s'assurer que les techniciens puissent avoir accès à une formation adéquate.

Le plan d'action

Le plan d'action proposé aux sections 4 et 6 du présent document vise à :

- faire la promotion des professions de technicien en génie biomédical et d'ingénieur biomédical ;
- augmenter le nombre de diplômés en Technologie de l'électronique industrielle et en Technologie de l'électronique de même que le nombre d'ingénieurs détenteurs d'une maîtrise en génie biomédical disponibles et intéressés pour des emplois dans le réseau de la santé ;
- s'assurer d'avoir une formation initiale adéquate pour la relève des techniciens en génie biomédical répondant aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux ;
- s'assurer que les techniciens en génie biomédical reçoivent une formation continue adéquate ;
- favoriser une utilisation optimale des services de génie biomédical ;
- préciser le champ de pratique professionnelle expressément dévolu à l'ingénieur biomédical ;
- reconnaître le technicien et l'ingénieur biomédical dans le réseau de la santé ;
- améliorer les facteurs d'attraction et de rétention des techniciens en génie biomédical et des ingénieurs biomédicaux ;
- assurer le suivi du processus de planification.

INTRODUCTION

Le présent document fait état du rapport du Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical et se rapporte spécifiquement aux techniciens en génie biomédical et aux ingénieurs biomédicaux.

La mise sur pied du groupe de travail s'inscrit dans le cadre du programme de travail de la Direction de la planification et de l'analyse du Ministère qui a amorcé un processus de planification de main-d'œuvre pour l'ensemble des titres d'emploi du réseau.

Pour mieux définir ses priorités d'intervention, la Direction a établi un système de monitoring permettant de cibler les titres d'emploi pour lesquels un déséquilibre peut être appréhendé dans un horizon de quinze ans. Ces travaux sont menés de concert avec le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). Les résultats de ce suivi sont disponibles pour tous les titres d'emploi relatifs aux services de santé et aux services sociaux requérant une formation professionnelle, technique et universitaire.

Les techniciens en génie biomédical ainsi que les ingénieurs biomédicaux ont été retenus pour un exercice de planification de main-d'œuvre parce que le Ministère a constaté, par l'utilisation de son modèle de projection, la présence d'indications laissant supposer que ces titres d'emploi pourraient connaître une situation de pénurie au cours des prochaines années.

Cette approche intégrée présente l'avantage d'exposer la démarche méthodologique à l'ensemble des représentants, ce qui assure du même coup une compréhension commune et une certaine uniformisation du processus. La présence des divers intervenants visés, dont plusieurs travaillent en complémentarité sinon dans un même lieu de pratique, a également amélioré la capacité d'appréhender la réalité complexe de l'organisation du travail.

Au terme de l'analyse diagnostique, le groupe de travail soumet ses recommandations sous forme d'un plan d'action applicable à chaque profession en particulier.

Le diagnostic de même que les mesures prévues au plan d'action feront par la suite l'objet d'un suivi visant à mettre à jour les variables et les hypothèses inhérentes au modèle de projection utilisé et à évaluer la progression de la mise en place des mesures recommandées.

Mandat du groupe de travail

Le mandat du groupe de travail consistait à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations liées à la planification de l'effectif et à proposer au Ministère des orientations et un plan d'action à partir de consensus sur différents problèmes et de visions communes quant aux solutions à appliquer. Le plan d'action vise principalement à proposer des mesures à court, à moyen et à long terme pour que le Québec puisse disposer d'une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante pour répondre aux besoins.

Démarche méthodologique

Afin de remplir ce mandat, le Ministère a proposé une démarche méthodologique qu'il a mise au point pour l'ensemble des emplois cliniques du réseau. On en trouve une description détaillée à l'annexe 2. Les membres du groupe de travail ont adhéré à cette démarche.

Essentiellement, le groupe de travail a été appelé à :

- établir une projection des besoins de recrutement ;
- effectuer une projection du nombre de nouveaux diplômés disponibles ;
- évaluer l'écart entre ces deux projections ;
- proposer les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

De plus, en cours de route, le groupe de travail a convenu de proposer des mesures visant à solutionner divers problèmes touchant la formation (compétences requises, réalisation des stages, etc.), l'organisation du travail en rapport avec les besoins en main-d'œuvre ainsi que les conditions de travail et d'exercice.

La projection des besoins de recrutement nécessite :

- que l'on convienne de l'année de début de la projection ;
- que l'on estime, pour l'année de début de la projection, l'écart entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, c'est-à-dire l'ampleur de la pénurie ou du surplus de main-d'œuvre ;
- que l'on évalue l'attrition de l'effectif actuel causée par les départs à la retraite, les décès et les cessations d'emploi ;
- que l'on convienne de l'évolution probable des besoins en considérant notamment l'effet du vieillissement et de l'augmentation de la population et en tenant compte de l'effet des nouveaux développements dans les secteurs d'activité ;
- que l'on prévoie si possible les répercussions de l'organisation du travail et de son évolution prévisible sur les ressources et les compétences requises.

La projection du nombre de diplômés disponibles au collégial repose par ailleurs sur le modèle de prévision mis au point par le ministère de l'Éducation. Enfin, l'observation des écarts annuels entre les besoins de recrutement (évalués en fonction des départs et de l'accroissement de la demande de services) et le nombre attendu de diplômés donne la mesure des surplus ou des déficits prévus. La projection du nombre de diplômés disponibles à l'université repose sur les données fournies par le ministère de l'Éducation.

Le plan d'action (sections 4 et 6 du présent rapport) résume les mesures qui doivent être prises à court, à moyen et à long terme pour répondre aux besoins pressentis. Il indique quels sont les organismes et les personnes chargés de définir ces mesures, leurs collaborateurs le cas échéant, et propose un échéancier de réalisation. Le plan d'action devra être ajusté à la lumière des nouveaux diagnostics qui seront éventuellement produits dans le cadre du processus dynamique de planification.

Composition du groupe de travail

Organismes	Représentants
Centrale des professionnelles et professionnels de la santé	Madame Carolle Dubé Monsieur Henri Laurent
Association des technicien(ne)s en génie biomédical	Monsieur Roch Geoffroy
Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec	Monsieur Jean-François Dubé Monsieur Fernand Jalbert Monsieur Renald Lemieux
Fédération de la santé et des services sociaux – CSN	Monsieur Bruno Leblanc Madame Johanne Turbide
Syndicat canadien de la fonction publique – Secteur affaires sociales	Monsieur René de Montigny Madame Françoise Deslauriers Monsieur Normand Lafrenière Monsieur Bruno Tremblay
Association des hôpitaux du Québec	Madame Suzanne Clément Monsieur Raymond Paquin
Régies régionales	Monsieur Louis Auger
Ministère de l'Éducation	Monsieur Jean-Pierre Fons Monsieur Alain Rousseau Monsieur René Brisson Monsieur Jean-Paul Bergeron
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Madame Yola Dubé Madame Anne Magnan Madame Lucie St-Amant

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



SECTION 1

Contexte

SECTION 1 - CONTEXTE

La présente section vise à mettre en contexte les principaux éléments d'information nécessaires à la compréhension du secteur du génie biomédical avant d'aborder l'analyse prévisionnelle proprement dite.

Elle permettra également de présenter la formation des techniciens en génie biomédical et celle des ingénieurs biomédicaux et leur profession respective dans le cadre plus général du secteur du génie biomédical.

La recherche d'un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical est motivée par un souci d'éviter les effets indésirables d'une pénurie ou d'un surplus de techniciens et d'ingénieurs biomédicaux.

1.1 Technicien en génie biomédical

1.1.1 Description de la profession

Le technicien en génie biomédical est un professionnel dont les responsabilités visent à maintenir, à l'intérieur des normes et des hauts standards de qualité requis, les caractéristiques techniques des équipements médicaux spécialisés, en vue d'en assurer un fonctionnement fiable et sécuritaire pour les bénéficiaires et les utilisateurs. Ces activités s'exercent dans différents secteurs, qu'ils soient cliniques, diagnostiques ou de recherche.

Les techniciens exercent leur profession en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Ils sont les premiers à intervenir sur les équipements médicaux spécialisés, notamment lors de problèmes rencontrés. Ils sont également impliqués dans l'évaluation, le choix et l'installation des équipements de même que dans la formation du personnel devant utiliser ces équipements.

1.1.2 Formation

Les techniciens en génie biomédical détiennent à la base un diplôme d'études collégiales (DEC) en Technologie de l'électronique (243.11) ou en Technologie de l'électronique industrielle (243.06) du ministère de l'Éducation.

Trente-six cégeps sont autorisés à offrir l'un ou l'autre programme en électronique ou les deux sanctionnés par un DEC.

Le programme Technologie de l'électronique mène à trois spécialités : ordinateur, télécommunication et audiovisuel, alors que le programme Technologie de l'électronique industrielle comporte deux spécialités : instrumentation et automatisation, électrodynamique. Ces programmes n'offrent pas de spécialité dans le domaine du génie biomédical, et on n'en prévoit pas, au terme de la révision en cours. Cependant, ces nouveaux programmes, élaborés par compétences, laissent aux collègues une

entière autonomie dans le choix des activités d'apprentissage dans la mesure où celles-ci contribuent à l'atteinte des compétences prescrites par le Ministère.

Force est de constater cependant que les programmes collégiaux ne répondent pas intégralement aux besoins des établissements. L'absence de connaissances biomédicales chez les jeunes diplômés complexifie indûment l'intégration en emploi.

De plus, aucun programme structuré et uniforme d'intégration en emploi n'existe dans le réseau. La pénurie de main-d'œuvre et la charge de travail importante limitent la capacité des établissements d'offrir des possibilités de supervision ou de mentorat pour les jeunes diplômés advenant l'absence de formation de base adéquate dans le domaine.

Les besoins en personnel technique qualifié se font cependant de plus en plus sentir. En effet, souvent dépassés par la technologie, les utilisateurs (médecins, chercheurs, techniciens ou infirmières) ont de plus en plus besoin de support technique.

1.1.3 Perfectionnement

Depuis l'automne 1999, l'École Polytechnique de Montréal offre un certificat en technologies biomédicales, instrumentation électronique. Ce programme permet d'acquérir certaines connaissances de base dans le domaine biomédical et répond au besoin de formation spécifique du technicien en électronique travaillant dans le milieu hospitalier. Le premier groupe inscrit à ce certificat est formé de techniciens en emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, il est nécessaire d'assurer une formation continue des techniciens. Pour répondre aux besoins, l'Association des technicien(ne)s en génie biomédical, l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec et l'École Polytechnique de Montréal ont mis en place des sessions de formation dites sur mesure et portant sur l'utilisation de plusieurs types d'équipements médicaux spécialisés ou sur plusieurs principes fondamentaux de prestation des soins. Ces sessions de formation sont cependant ponctuelles.

Lors de l'acquisition d'équipements, une formation spécialisée est, s'il y a lieu, assurée par le fournisseur ou le fabricant. Dans certains cas, celle-ci n'est disponible qu'aux États-Unis ou dans d'autres pays, ce qui s'avère très coûteux et donc accessible à un nombre restreint de techniciens.

1.1.4 Cadre légal

Le technicien en génie biomédical n'est membre d'aucun ordre professionnel.

1.2 Ingénieur biomédical

1.2.1 Description de la profession

L'ingénieur biomédical fournit un support scientifique et technique aux utilisateurs de technologies et aux administrateurs des organisations offrant des services de soins de santé.

L'un des rôles de l'ingénieur biomédical est de s'assurer que l'ensemble du parc d'équipements médicaux d'un établissement demeure fonctionnel, fiable et performant selon les spécifications des manufacturiers. Il a également la tâche essentielle de s'assurer que l'utilisation des équipements médicaux se fasse de façon sécuritaire et conforme aux normes en vigueur. En ce sens, il supervise les programmes d'entretien préventif et correctif, les programmes de contrôle de qualité de même que les systèmes de gestion des alertes médicales. Il agit également en tant que consultant sur les questions de sécurité électrique, sur l'utilisation des gaz médicaux et des rayonnements non ionisants comme les lasers.

Dans le contexte actuel du vieillissement des parcs d'équipements médicaux, l'ingénieur biomédical est sollicité de plus en plus pour évaluer l'état de désuétude technique, technologique ou économique des équipements biomédicaux et, le cas échéant, en recommander le remplacement.

Il contribue, par son expertise technique, à documenter l'urgence de remplacer certains équipements ou, encore, à préciser les opportunités technologiques susceptibles d'aider un établissement dans la poursuite de sa mission en matière de prestation des services. La technologie requise pour assurer des services de télésanté constitue un bel exemple.

L'ingénieur biomédical joue un rôle d'intégrateur important au moment de la planification, de l'acquisition, de l'installation et de l'utilisation des technologies médicales par un établissement. En effet, il peut participer à la formation clinique et technique du personnel utilisateur et de soutien ou encadrer cette formation. Il est donc appelé à travailler en collaboration avec des équipes multidisciplinaires et auprès de plusieurs intervenants, dont notamment les médecins, les infirmières, les technologues, les techniciens, le personnel administratif et les gestionnaires.

L'ingénieur biomédical peut également participer à des activités d'enseignement et d'encadrement de stagiaires tant de l'université que du collège ainsi qu'à des activités de recherche dans le domaine médical ; celles-ci peuvent viser le développement de nouvelles techniques, de procédés ou d'applications aux fins de prévention, de diagnostic, de thérapie, de réadaptation, d'analyse ou même de sécurité.

1.2.2 Formation

L'ingénieur biomédical détient un baccalauréat en génie, généralement dans l'une des spécialités suivantes : génie électrique, génie mécanique ou génie physique. La durée de la formation de l'ingénieur au baccalauréat est de quatre ans.

Au Québec, la spécialisation au cycle supérieur en génie biomédical est offerte par deux institutions : l'Institut de génie biomédical, affilié à l'Université de Montréal et à l'École Polytechnique de Montréal, et l'Université McGill. La durée minimale de la formation de maîtrise en génie biomédical est de deux ans.

À l'Institut de génie biomédical, la formation peut être de type recherche et conduire au grade de maîtrise en sciences appliquées (M. Sc. A.) ou de type professionnel et conduire au grade de maîtrise en ingénierie (M. Ing.). Alors que le grade de M. Ing. est un diplôme terminal, le grade de M. Sc. A. peut permettre de poursuivre des études au doctorat et par la suite en spécialisation postdoctorale. Les ingénieurs possédant ces derniers diplômes œuvrent généralement en recherche.

L'ingénieur biomédical détenteur d'une maîtrise en sciences appliquées a obtenu une formation ayant favorisé le développement de connaissances scientifiques approfondies et une initiation à la recherche. Il peut œuvrer comme assistant de recherche dans des centres de recherche affiliés aux institutions du réseau de la santé ou dans les universités, comme ingénieur en recherche et développement dans des entreprises privées ou encore comme ingénieur clinicien dans le réseau de la santé.

L'ingénieur biomédical détenteur d'une maîtrise en ingénierie a obtenu une formation davantage axée sur la pratique professionnelle. La principale orientation est le génie clinique. Le stage, d'une durée de quinze semaines, a pour but d'initier l'étudiant au fonctionnement du milieu hospitalier et à la pratique du génie clinique. L'accent est mis sur la formation technologique appliquée à toutes les facettes de la gestion des technologies médicales. La formation en génie clinique vise à préparer les ingénieurs biomédicaux à participer à la gestion et à l'évaluation des technologies médicales dans le réseau de la santé. Ces professionnels œuvrent généralement comme ingénieurs cliniciens dans le réseau de la santé ou comme ingénieurs dans les entreprises privées.

À l'Université McGill, la formation de l'ingénieur biomédical conduit au grade de M. Eng. Dans le cadre de sa formation, l'étudiant doit réaliser un projet de recherche. Ce programme n'est pas axé sur le génie clinique.

1.2.3 Cadre légal

Au Québec, la pratique du génie est encadrée par les dispositions suivantes : la Loi sur les ingénieurs (L.R.Q., cI-9) et le Code des professions (L.R.Q., cC-26).

Selon la Loi sur les ingénieurs

L'article 2 paragraphe c) de la Loi définit le champ de pratique de l'ingénieur comme suit :

« Les travaux électriques, mécaniques, hydrauliques, aéronautiques, électroniques, thermiques, nucléaires, métallurgiques, géologiques ou miniers, ainsi que ceux destinés à l'utilisation des procédés de chimie ou de physique appliquée ; »

L'article 3 de la Loi stipule que l'exercice de la profession consiste à faire, pour le compte d'autrui, l'un ou l'autre des actes suivants, lorsque ceux-ci se rapportent aux travaux énumérés ci-dessus, c'est-à-dire :

- « a) donner des consultations et des avis ;
- b) faire des mesurages, des tracés, préparer des rapports, calculs, études, dessins, plans, devis, cahiers de charges ;
- c) inspecter ou surveiller les travaux. »

L'article 5 prévoit que certaines personnes puissent exécuter ou surveiller des travaux, lorsque ceux-ci sont effectués sous l'autorité d'un ingénieur, et permet à un salarié de poser certains actes sous la direction immédiate d'un ingénieur.

Selon le Code des professions

La profession d'ingénieur en est une à exercice exclusif. L'ingénieur, qu'il œuvre dans le domaine du génie biomédical ou du génie clinique, ne peut utiliser ce titre que s'il est détenteur d'un diplôme délivré par les établissements d'enseignement désignés donnant droit au permis et que s'il est membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec (OIQ). Ce n'est qu'après avoir cumulé 36 mois d'expérience en génie et avoir réussi l'examen professionnel de l'OIQ qu'un finissant peut obtenir un permis d'exercice à titre d'ingénieur.

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



SECTION 2

Organisation des services

SECTION 2 - ORGANISATION DES SERVICES

Les modes d'organisation des services de génie biomédical dans le réseau de la santé au Québec sont nombreux et varient d'une région à l'autre et même d'un établissement à l'autre dans une même région. Aussi, l'objectif recherché ici n'est pas de porter un jugement de valeur sur ces différents modes d'organisation, ce qui demanderait une réflexion qui déborde le cadre établi de l'étude de planification de la main-d'œuvre, mais simplement de tenter de décrire ces modes de façon objective. Pour clarifier la situation, il apparaît important de considérer séparément les modes d'organisation des services propres aux techniciens en génie biomédical et ceux propres aux ingénieurs biomédicaux.

2.1 Services techniques de génie biomédical

Du côté de l'organisation des services propres aux techniciens en génie biomédical, on trouve deux modes d'organisation. Dans le premier, les services de maintenance des équipements médicaux sont assumés par les techniciens en génie biomédical à l'emploi des établissements. Toutefois, pour diverses raisons, il arrive que l'entretien et la réparation de certains équipements, voire la totalité dans certains cas, soient laissés à des techniciens externes, ce qui constitue le deuxième mode d'organisation. Ces techniciens externes sont, dans une minorité de cas, rattachés à un autre établissement du réseau de la santé dont la structure a été prévue pour offrir de tels services à d'autres établissements². Dans la majorité des cas, les techniciens externes travaillent pour des firmes privées (fabricants ou distributeurs d'équipements médicaux) avec lesquelles les établissements peuvent avoir conclu des ententes de services pour un équipement en particulier ou pour un ensemble d'équipements. Les couvertures de services offertes en impartition peuvent prendre différentes formes : appels de service à la pièce, contrats de services complets, contrats de services partagés.

On constate que la coexistence de techniciens en génie biomédical travaillant dans le réseau de la santé et dans le secteur privé (fabricants, fournisseurs d'équipements médicaux) est une source de mobilité du personnel. La rémunération et les conditions de travail étant différentes dans les deux secteurs, certains choisiront le secteur public, d'autres le secteur privé, alors que d'autres seront tentés d'expérimenter les deux secteurs au cours de leur carrière.

En plus de cette mobilité de main-d'œuvre entre les secteurs public et privé, on constate également une mobilité entre les établissements du réseau. Deux éléments principaux favorisent cette mobilité : d'une part, la disponibilité d'emplois dans le réseau et, d'autre part, les conditions de travail qui permettent la prise de congé sans solde tout en conservant le lien d'emploi avec l'établissement.

² Actuellement, il n'existe pas d'organisation régionale de services d'entretien des équipements médicaux dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Un sondage effectué par l'Association des technicien(ne)s en génie biomédical (ATGBM) en mai 2000 dénombre d'une part que, sur 27 départs, 48 % se font vers une entreprise privée (entreprises médicales dans 30 % des cas) et 19 % se font vers un autre établissement du réseau. D'autre part, sur les 57 embauches effectuées dans le réseau, le sondage indique que 32 % des personnes proviennent d'une entreprise médicale et 25 % d'un autre établissement.

2.2 Services professionnels de génie biomédical

Au Québec, on remarque la présence d'ingénieurs biomédicaux à tous les niveaux de la structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux. En raison des nombreuses fonctions que peuvent assumer les ingénieurs biomédicaux en relation avec la gestion des équipements médicaux, on trouve actuellement ces professionnels au niveau national (MSSS), au niveau régional (régions régionales de la santé et des services sociaux) et, en plus grand nombre, au niveau local (établissements). À ce dernier niveau, les services sont habituellement organisés de façon à permettre à l'établissement d'assumer ses responsabilités en matière d'acquisition, d'entretien et d'utilisation sécuritaire des équipements médicaux. Plus particulièrement, on trouve l'ingénieur biomédical dans les activités suivantes :

Expertise-conseil :

- acquisition d'équipements ;
- évaluation des technologies ;
- planification ;
- réingénierie ;
- études ponctuelles scientifiques et techniques.

Gestion des risques :

- alertes médicales ;
- utilisation sécuritaire des équipements ;
- sécurité électrique.

Entretien :

- gestion du service d'entretien ;
- élaboration et mise en œuvre des programmes d'entretien préventif ;
- élaboration et mise en œuvre des archives d'entretien d'équipements et des rapports de gestion.

Gestion de projets :

- installation d'unités de soins spécialisés ;
- gérance de projets de nature technologique.

Si, au sein des établissements, les activités précédentes sont généralement assurées par des ingénieurs³ à l'emploi de l'établissement, il arrive pour diverses raisons que certaines de ces activités soient laissées à des consultants externes. Ces derniers peuvent être des professionnels travaillant en pratique privée ou rattachés à une autre organisation du réseau de la santé à vocation locale ou régionale, tel le groupe autonome de la Montérégie dont la structure a été prévue pour offrir de tels services. Il faut bien comprendre que la prise en charge de certaines activités par des consultants externes ne signifie pas pour autant que la présence d'un ingénieur biomédical à l'intérieur de l'établissement ne soit pas nécessaire.

2.3 Nouveaux modes d'opération

Décrits de façon succincte, les différents modes d'organisation actuellement en place dans le réseau de la santé ne sont pas statiques. Différentes pressions, souvent économiques, poussent à revoir ces modes d'organisation sans qu'il soit toujours possible d'en évaluer tous les impacts sur la main-d'œuvre et sur le réseau de la santé dans son ensemble.

Ainsi, dernièrement, des équipements de radiologie ont été acquis dans le cadre d'un processus national d'achats. Si la généralisation de ce processus pour l'ensemble des achats d'équipements biomédicaux devait se produire, cela entraînerait des répercussions sur l'organisation des services de génie biomédical et affecterait conséquemment la contribution des ingénieurs biomédicaux ainsi que celle des techniciens en génie biomédical.

La planification de la main-d'œuvre dans ce contexte de changements rapides des modes organisationnels devra être dynamique et continue afin de s'adapter à ces divers changements, voire de les anticiper.

³ Pour assurer les services de génie biomédical, certains établissements embauchent des physiciens. Bien que leur spécialité soit davantage orientée vers l'imagerie médicale, leur formation peut leur permettre d'exercer certaines fonctions de l'ingénieur biomédical. Les tâches qui leur sont confiées peuvent par conséquent varier d'un établissement à l'autre.

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



SECTION 3

**Projection des besoins de recrutement
des techniciens en génie biomédical
en comparaison avec le nombre
de diplômés disponibles**

SECTION 3 - PROJECTION DES BESOINS DE RECRUTEMENT DES TECHNICIENS EN GÉNIE BIOMÉDICAL EN COMPARAISON AVEC LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS DISPONIBLES

La présente section vise à déterminer les besoins de recrutement des techniciens en génie biomédical et à vérifier si l'offre de personnel qualifié sera en mesure de répondre à la demande des établissements au cours des prochaines années compte tenu du nombre attendu de diplômés.

3.1 L'offre de main-d'œuvre

Le premier objectif du processus de planification consiste à déterminer l'offre de main-d'œuvre qui est définie pour chaque profession et correspond à la somme de l'effectif en emploi et de l'effectif disponible.

3.1.1 L'effectif en emploi

Dans un premier temps, on présente l'effectif des techniciens en génie biomédical en emploi dans le réseau de la santé au 31 mars 2002, à partir de la banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette banque ne permet pas de connaître de façon précise le nombre de techniciens en génie biomédical travaillant dans le réseau mais plutôt le nombre d'emplois occupés. Par ailleurs, comme 90 % des techniciens en génie biomédical travaillent à temps complet et que les autres travaillent en moyenne 80 % d'un temps complet, le nombre de techniciens qui travaillent dans plus d'un établissement demeure marginal.

Le tableau 1 donne la répartition des techniciens en génie biomédical selon le titre d'emploi occupé dans le réseau. Le tableau 2 donne la répartition selon le groupe d'âge et le sexe. Au 31 mars 2002, le réseau compte 392 emplois occupés par des techniciens en génie biomédical.

Tableau 1

**Répartition des techniciens en génie biomédical
selon le titre d'emploi occupé
au 31 mars 2002**

Titre d'emploi (code)	Nombre en emploi
Technicien(ne) en génie biomédical (2367)	152
Technicien(ne) en électronique (2369)	237
Chef du service de génie biomédical (539) ¹	3
Total	392

¹. On compte 15 emplois dans ce titre. Après une vérification effectuée par l'Association des technicien(ne)s en génie biomédical, 3 de ces emplois appartiennent à l'effectif des techniciens et 12 à l'effectif des ingénieurs et des physiciens.

Tableau 2

**Répartition des techniciens en génie biomédical
selon le groupe d'âge et le sexe
au 31 mars 2002**

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
20–24	1	9	10
25–29	5	22	27
30–34	1	39	40
35–39	4	72	76
40–44	3	98	101
45–49	3	54	57
50–54	1	50	51
55–59	0	24	24
60–64	0	6	6
65 et plus	0	0	0
Total	18	374	392

3.1.2 L'effectif disponible

L'évaluation de l'effectif disponible s'effectue en vérifiant s'il y a des techniciens en génie biomédical :

- en chômage (diplômés à la recherche d'un emploi) ;
- travaillant dans un autre domaine et à la recherche d'un emploi dans leur spécialité ;
- travaillant à temps partiel et souhaitant offrir une plus grande disponibilité.

Contrairement aux autres travaux de planification de main-d'œuvre, les données de la Relance au collégial⁴ n'ont pas été considérées puisqu'un faible pourcentage des diplômés en Technologie de l'électronique et Technologie de l'électronique industrielle œuvrent dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Deux sources de données ont été utilisées pour évaluer la main-d'œuvre disponible sur le marché :

- les données sur le nombre de personnes en sécurité d'emploi⁵ dans le réseau (un seul technicien en électronique se trouvait dans cette situation en mars 2003) ;
- les données sur le temps travaillé par le personnel à temps partiel régulier et occasionnel.

En ce qui concerne leur statut, les techniciens en génie biomédical (cadres exclus) se distinguent de l'ensemble des titres de techniciens travaillant dans le réseau puisque la proportion de ceux-ci ayant un statut de temps complet régulier est nettement supérieure à l'ensemble des titres d'emploi de techniciens. En effet, en 2001-2002, 89,2 % d'entre eux ont un statut de temps complet régulier alors que la moyenne pour l'ensemble des titres d'emploi de techniciens est de 51,0 %. Un pour cent des techniciens ont un statut de temps partiel régulier alors que 9,8 % ont un statut de temps partiel occasionnel.

En 2001-2002, la moyenne d'heures travaillées par le personnel à temps complet régulier est de 1 584, celle du personnel à temps partiel régulier est de 1 239 et celle du personnel à temps partiel occasionnel est de 1 269. Bien que le temps travaillé en moyenne par le personnel à temps partiel occasionnel pourrait être théoriquement augmenté, aucune donnée ne permet de quantifier la proportion des techniciens en génie biomédical ayant un statut de temps partiel occasionnel qui pourraient ou souhaiteraient travailler davantage.

Compte tenu des informations ci-dessus, le groupe de travail convient qu'il n'y a pas de main-d'œuvre disponible.

3.2 La détermination de la pénurie initiale

Deux sources d'information sont considérées par le groupe de travail afin de déterminer l'existence ou non d'une pénurie de techniciens en génie biomédical, soit :

- le sondage sur les postes vacants réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux au printemps 2001 ;

⁴ La Relance au collégial est une enquête statistique menée annuellement auprès des personnes diplômées des programmes d'enseignement technique dix mois après la fin de leurs études. La collecte de données s'effectue par téléphone entre la mi-mai et le début du mois d'août et vérifie l'emploi occupé par le nouveau diplômé au 31 mars de l'année en cours.

⁵ Personnes dont le poste a été aboli et qui sont en attente d'être replacées.

- l'examen des heures travaillées en temps supplémentaire en 1999-2000, en 2000-2001 et en 2001-2002 par les techniciens en génie biomédical.

Le sondage sur les postes vacants révèle un poste vacant en recrutement actif depuis 90 jours, soit 0,7 % de l'effectif couvert par le sondage. Ce pourcentage appliqué à l'effectif global donnerait donc trois postes vacants. Comme ce sondage ne couvrirait que 37 % de l'effectif des techniciens en génie biomédical, les résultats doivent être considérés avec prudence.

Par ailleurs, l'examen des heures travaillées en temps supplémentaire montre que celles-ci ont augmenté de 114 % de 1996-1997 à 1999-2000, passant de 13 682 à 29 310. En 1999-2000, ces heures représentent 4,5 % des heures travaillées. Une part de cette augmentation, soit celle qu'on observe de 1998-1999 à 1999-2000, s'explique par le travail supplémentaire requis pour le passage à l'an 2000. C'est pourquoi, en 2000-2001, on assiste à une diminution des heures travaillées en temps supplémentaire de 22 % comparativement à 1999-2000, celles-ci passant à 22 982. En 2000-2001 et 2001-2002, ces heures représentent respectivement 3,6 % et 3,7 % des heures travaillées. Par comparaison, l'ensemble des titres d'emploi de techniciens cumulent 2,2 % et 2,4 % d'heures supplémentaires pendant ces deux périodes.

Étant donné que la majorité de l'effectif travaille à temps complet et que la proportion des heures supplémentaires dépasse celle de l'ensemble des titres d'emploi de techniciens, il est proposé de fixer la pénurie initiale en convertissant en emplois l'excédent des heures travaillées en temps supplémentaire. Donc, le pourcentage de 1,3 % (3,7 % - 2,4 %) majoré à 1,9 %, pour tenir compte du fait qu'une proportion importante du temps supplémentaire fait par les techniciens n'est pas déclarée, donnerait un total de 8 emplois (1,9 % x 625 694/1 549). Le diviseur employé est le nombre d'heures moyen travaillées par emploi en 2001-2002, tous statuts confondus.

3.3 La projection de l'attrition

Le deuxième objectif du processus de planification consiste à projeter l'attrition annuelle des techniciens en génie biomédical.

L'effectif retenu pour la projection est de 392. Étant donné que 89,2 % des techniciens en génie biomédical occupent un emploi à temps complet régulier et que le personnel à temps partiel travaille en moyenne 80 % des heures d'un temps complet régulier, on n'a pas à appliquer de facteur individu / emploi puisque le nombre de techniciens à travailler dans plus d'un établissement ne peut être que marginal.

La projection des départs tient compte des prises de retraite, des décès et des autres cessations d'emploi. Les taux de départs sous-jacents à ces projections sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) pour les besoins des évaluations actuarielles du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). À partir de ces taux et d'un fichier de participants au RREGOP

dans le secteur de la santé et des services sociaux, des taux moyens de retraite, de décès et de cessation d'emploi ont été établis et appliqués au groupe des techniciens en génie biomédical selon leur profil démographique (âge, sexe, années d'admissibilité à la retraite, statut) pour en projeter jusqu'en 2018 les retraites, décès et cessations d'emploi.

Par ailleurs, il est démontré que les taux de cessation d'emploi diffèrent de manière significative pour les employés à temps complet et les employés à temps partiel. En effet, selon l'âge, le taux de cessation d'emploi des employés à temps partiel est de 2,5 fois à 3 fois plus élevé que celui des employés à temps complet.

Compte tenu du fait que la proportion des techniciens travaillant à temps complet est déjà très élevée et que la probabilité que cette proportion augmente est très faible, le groupe de travail a convenu d'appliquer les taux de cessation en fonction de la composition actuelle de l'effectif selon les statuts d'employé à temps complet et d'employé à temps partiel. Le groupe n'a pas jugé nécessaire d'ajuster les taux de cessation même si un sondage réalisé par l'Association des technicien(ne)s en génie biomédical révélait que le réseau perdait une bonne proportion de ses techniciens au profit de postes dans des entreprises. Le même sondage révélait aussi que 49 % des techniciens embauchés par le réseau provenaient d'une entreprise privée.

Le tableau ci-après indique que d'ici 2018 le réseau de la santé perdra 211 techniciens en génie biomédical. De ce nombre, environ 75 % devraient prendre leur retraite, 7 % décéder et 18 % quitter pour d'autres raisons.

Tableau 5

Projection des départs des techniciens en génie biomédical

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2002	4	1	5	9
2003	5	1	4	9
2004	5	1	3	9
2005	6	1	3	10
2006	7	1	3	10
2007	8	1	2	11
2008	8	1	2	11
2009	8	1	2	12
2010	9	1	2	12
2011	12	1	2	15
2012	11	1	2	14
2013	12	1	2	15
2014	12	1	2	15
2015	12	1	1	15
2016	13	1	1	15
2017	14	1	1	15
2018	14	1	1	16
Total	159	15	37	211

Les données ayant été arrondies, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties.

3.4 L'estimation de l'évolution des besoins de main-d'œuvre et du recrutement

Le troisième objectif du processus de planification consiste à estimer l'évolution des besoins de main-d'œuvre des techniciens en génie biomédical jusqu'en 2018. Le groupe de travail a pris connaissance d'un certain nombre d'informations qui lui ont permis d'alimenter les discussions et d'en arriver à un consensus sur la question.

Évolution du nombre d'emplois

De 1986 à 2002, le nombre d'emplois (cadres exclus) a augmenté de 90 %, passant de 205 à 389, soit une augmentation moyenne annuelle de 4,1 %. En ne considérant que les cinq dernières années, le nombre d'emplois a augmenté de 13,4 %, passant de 343 en 1997 à 389 en 2002, ce qui représente une augmentation moyenne annuelle de 2,6 %.

Par ailleurs, l'examen des heures travaillées au cours de la période de 1986 à 2002 révèle une augmentation de 92,4 %. En ne considérant que les cinq dernières années, on constate une augmentation du nombre d'heures de 13,2 %, soit une augmentation moyenne annuelle de 2,5 %.

Augmentation annuelle des besoins en services médicaux

À partir des indices de dépenses per capita selon l'âge et des projections démographiques de la population du Québec par groupe d'âge pour les prochaines années, on peut projeter l'évolution des dépenses par programme, reliée aux changements dans la structure démographique de la population. Ce type de projection prend comme hypothèse que le niveau de dépenses pour chaque groupe d'âge demeurera constant pendant la période de projection. Les facteurs sont calculés en appliquant à la structure démographique de la population de 1999 et à celle de 2016 les indices de dépenses par âge établis selon les dépenses de 1997-1998. La dépense de 2016 est ensuite comparée à celle de 1999 et un taux annuel moyen d'augmentation est alors calculé.

On suppose par ailleurs que le taux annuel moyen d'augmentation des dépenses peut également être considéré comme un facteur d'augmentation des besoins en ressources. Lorsqu'on veut obtenir un facteur pour une catégorie d'emploi donnée, à partir de facteurs calculés par mission d'établissement et de la ventilation des heures travaillées par mission d'établissement pour une catégorie d'emploi donnée, il est possible de calculer un « facteur pondéré » pour telle ou telle catégorie d'emploi. Le facteur ainsi calculé pour les techniciens en génie biomédical est de 1,55 %.

Développement des champs d'activité et évolution du parc technologique

On constate, depuis 1970, un développement très important des champs d'activité des techniciens en génie biomédical en milieu hospitalier dont on note la présence dans plusieurs services d'un établissement (laboratoire, cardiologie, inhalothérapie, radiologie, salle d'opération, informatique, etc.). On observe en effet une croissance importante du parc d'équipements, l'émergence des technologies dans toutes les disciplines et l'arrivée d'équipements beaucoup plus complexes.

Par ailleurs, le manque de main-d'œuvre en génie biomédical dans les établissements force les responsables à réduire le temps accordé aux programmes d'entretien préventif. Ces derniers sont pourtant essentiels pour maintenir les spécifications de performance et de sécurité de l'appareil médical. Par conséquent, la réduction du temps consacré à prévenir les bris a un effet sur le fonctionnement efficace et sécuritaire de l'appareil.

Le coût annuel des contrats de services correspond généralement à 10 % du coût d'achat de l'équipement. Le recours à de tels contrats ne garantit toutefois pas un délai d'intervention plus court que celui fourni par un technicien de l'établissement compte tenu, dans ce dernier cas, de la disponibilité immédiate du technicien et du peu de temps requis pour son déplacement. En conséquence, le service aux bénéficiaires peut s'en trouver affecté.

Dans un autre ordre d'idées, la revue *Monthly Labor Review* de novembre 2001 mentionne que le nombre d'emplois d'ingénieurs biomédicaux aux États-Unis devrait croître de 31,4 % entre 2000 et 2010, soit une moyenne annuelle de 2,8 %. Cette information doit être considérée si l'on prend comme hypothèse que l'augmentation du nombre d'emplois d'ingénieurs biomédicaux entraînera une augmentation semblable du nombre de techniciens.

Scénarios étudiés

Compte tenu des informations ci-dessus, le groupe de travail a examiné les trois scénarios suivants :

Scénario 1	Maintien de l'effectif au niveau actuel
Scénario 2	Application d'un indice annuel d'augmentation de 1,6 % basé sur le facteur d'évolution des besoins en matière de services médicaux appliqué aux techniciens en génie biomédical
Scénario 3	Application d'un indice annuel d'augmentation de 2,5 % basé principalement sur l'augmentation des heures travaillées par les techniciens au cours des cinq dernières années et sur l'hypothèse que le réseau de la santé connaîtra une augmentation du nombre d'ingénieurs se rapprochant de celle prévue aux États-Unis au cours des dix prochaines années

Après examen, le groupe de travail a choisi le troisième scénario. Compte tenu de la croissance du parc d'équipements et de la capacité budgétaire des établissements, le pourcentage de 2,5 % apparaît celui pouvant répondre le plus adéquatement possible aux besoins des établissements.

Le tableau qui suit indique pour le scénario retenu les départs attendus, le recrutement brut, le recrutement requis et l'effectif requis. On trouvera à l'annexe 1 les tableaux concernant les deux premiers scénarios.

Tableau 6

Techniciens en génie biomédical
Projection de recrutement nécessaire pour répondre aux besoins
(Selon un indice d'accroissement des besoins de 2,5 %)

Année	Départs attendus	Recrutement brut	Recrutement requis¹	Effectif requis
2002	9	27 ²	30	410
2003	9	19	25	420
2004	9	20	26	431
2005	10	20	27	442
2006	10	21	29	453
2007	11	22	31	464
2008	11	23	32	476
2009	12	23	33	487
2010	12	24	34	500
2011	15	27	38	512
2012	14	27	39	525
2013	15	28	40	538
2014	15	28	41	551
2015	15	28	42	565
2016	15	29	43	579
2017	15	30	44	594
2018	16	31	46	609
Total	211	428	599	

Les données ayant été arrondies, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties.

1. Le recrutement requis tient compte des départs attendus des nouveaux techniciens en génie biomédical.
2. Inclut la pénurie initiale établie à 8.

3.5 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés

La quatrième étape de la démarche de planification de main-d'œuvre consiste à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de nouveaux diplômés. Cela permet de juger de l'adéquation entre les besoins et l'offre en matière de main-d'œuvre.

Lors des exercices de planification de main-d'œuvre, le ministère de l'Éducation se charge habituellement de procéder à une prévision du nombre de diplômés pour les prochaines années. Ces prévisions sont effectuées notamment à partir des prévisions de population étudiante réalisées pour les établissements de formation.

Le cas des techniciens en génie biomédical est cependant particulier. Deux programmes du MEQ peuvent mener à l'exercice de cette profession (Technologie de l'électronique industrielle 243.06 et Technologie de l'électronique 243.11). Les programmes actuels du MEQ ne visent pas comme tel à former des techniciens en génie biomédical mais plutôt des techniciens en électronique. Selon les données de l'enquête Relance sur l'analyse de l'embauche des diplômés de 1996 à 2001, moins de 1 % des répondants de ces deux programmes (0,6 %) ont été embauchés par un établissement hospitalier⁶ durant la première année suivant leur graduation. La situation de ces personnes diplômées n'est cependant pas exceptionnelle. En effet, selon les données de Statistique Canada, à peine 1,6 % des 25 130 techniciens en électronique (CNP 2241) et électroniciens d'entretien (CNP 2242) travaillaient au Québec dans le réseau de la santé en 1996. La proportion de personnes diplômées de ces programmes se dirigeant vers le secteur de la santé demeure donc marginale.

Dans ce contexte, il importe de s'interroger sur la pertinence d'effectuer une simulation de l'évolution du nombre de personnes diplômées pour les prochaines années puisque le nombre de diplômés est considérable si on le compare aux besoins du réseau. En 2000 par exemple, le MEQ a émis 566 diplômes en Technologie de l'électronique industrielle et 552 diplômes en Technologie de l'électronique. Les prévisions du MEQ vont dans le sens d'une relative stabilité du nombre de diplômés dans ces programmes pour les prochaines années à moins que les nombreux efforts menés par le MEQ et ses partenaires ne permettent une hausse du nombre de personnes diplômées⁷. Il convient plutôt de s'interroger sur la raison de l'absence de diplômés récents dans le réseau de la santé et des services sociaux malgré un taux de chômage élevé chez les finissants⁸.

⁶ Sur une période de six ans, des 2 313 personnes ayant répondu à la question sur le secteur d'activité économique de l'employeur, seulement 13 affirment travailler dans le secteur de la santé.

⁷ Plusieurs initiatives touchent ces programmes. On peut noter par exemple qu'ils font l'objet de campagnes de promotion pour en augmenter le recrutement (Top 50 par exemple). De plus, les étudiants inscrits à ces programmes peuvent obtenir une bourse d'études s'ils terminent leur formation avec succès dans le temps prévu (programme de bourses d'études dans le domaine des technologies de l'information qui vise à doubler le nombre de diplômés d'ici 2005). Enfin, il faut noter que les collèges ont inclus ces programmes dans leur plan de réussite afin d'augmenter le taux de diplomation.

⁸ En 2001, le taux de chômage pour les diplômés de 2000 était de 9,4 % pour le programme Technologie de l'électronique industrielle et de 17,2 % pour le programme Technologie de l'électronique.

Pour faire face à leurs besoins, compte tenu d'un indice d'accroissement des besoins de 2,5 %, les établissements du réseau devront recruter d'ici 2007 une moyenne annuelle de 27 techniciens, de 2007 à 2011 une moyenne annuelle de 34 techniciens et de 2012 à 2018 une moyenne annuelle de 42 techniciens. Le plan d'action devra donc prévoir des mesures concernant la formation initiale et la promotion des emplois dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



SECTION 4

Plan d'action pour les techniciens en génie biomédical

SECTION 4 - PLAN D'ACTION POUR LES TECHNICIENS EN GÉNIE BIOMÉDICAL

À la lumière du diagnostic posé, le groupe de travail convient d'un plan d'action qui vise les volets suivants :

- Volet 1 : Formation
- Volet 2 : Organisation des services
- Volet 3 : Conditions de travail
- Volet 4 : Mesures de suivi

On trouve ci-dessous le plan d'action détaillé présentant pour chacun des volets l'objectif, le résultat attendu, les actions, les acteurs concernés ainsi que l'échéancier.

Volet 1 : Formation

Objectif 1

Faire la promotion de la profession de technicien en génie biomédical et développer une meilleure connaissance du milieu hospitalier et une certaine affiliation des étudiants à l'établissement.

Résultat attendu

Un plus grand nombre de candidats postulant des emplois de techniciens et possédant une meilleure connaissance du milieu hospitalier.

Actions

1. Mettre en place différentes mesures de promotion auprès des étudiants des cégeps pour les inciter à postuler aux emplois de techniciens en génie biomédical.
2. Procéder à l'embauche d'étudiants en électronique pendant la période estivale ou développer des ententes entre les établissements et les cégeps permettant la mise sur pied de programmes « alternance travail – études » pour développer une meilleure connaissance du milieu hospitalier et une certaine affiliation des étudiants à l'établissement.

Objectif 3

S'assurer que les techniciens en génie biomédical ont une formation continue adéquate.

Résultat attendu

Une main-d'œuvre qualifiée apte à répondre aux besoins.

Actions

1. Développer sur une base régionale des programmes structurés d'intégration à l'emploi afin de bénéficier d'une masse critique de nouveaux employés et d'offrir une formation uniforme ou standard comblant les lacunes observées relativement à la formation initiale.
2. Promouvoir toute forme de formation continue pertinente, notamment par des cours du certificat en génie biomédical de l'École Polytechnique de Montréal.
3. Favoriser, par des séances de formation, la transmission de l'expertise acquise par des techniciens à d'autres techniciens.

Acteurs concernés

Action 1	Responsables :	régies régionales
	Collaborateurs :	établissements
Action 2	Responsable :	Association des technicien(ne)s en génie biomédical
	Collaborateurs :	établissements, syndicats, régies régionales
Action 3	Responsables :	régies régionales
	Collaborateurs :	établissements, syndicats

Échéancier

- Action 1 : À court terme
- Action 2 : À moyen terme
- Action 3 : Continu

Volet 2 : Organisation des services

Objectif

Favoriser une utilisation optimale des services de génie biomédical.

Résultat attendu

La révision des modes d'organisation des services, tant au sein des établissements qu'entre établissements, afin d'optimiser les services de génie biomédical.

Actions

1. Réévaluer les modes d'organisation des services en génie biomédical.
2. Réaliser une planification de main-d'œuvre locale et régionale.

Acteurs concernés

Action 1	Responsables :	établissements
	Collaborateurs :	régies régionales, syndicats
Action 2	Responsables :	établissements, régies régionales
	Collaborateur :	MSSS

Échéancier

Action 1 : Continu

Action 2 : Printemps 2004

Volet 3 : Conditions de travail

Objectif

Améliorer les facteurs d'attraction et de rétention des techniciens en génie biomédical.

Résultat attendu

L'augmentation du nombre de postulants aux appels de candidatures et la diminution des départs pour cessation d'emploi.

Action

Revoir les conditions de travail et la rémunération globale des techniciens en génie biomédical.

Acteurs concernés

Responsables : MSSS et Secrétariat du Conseil du trésor
Collaborateurs : associations d'employeurs, syndicats

Échéancier

Prochaine négociation

Volet 4 : Mesures de suivi

Objectif

Assurer le suivi du processus de planification.

Résultat attendu

La mise en place d'un processus continu de planification de la main-d'œuvre aux niveaux local, régional et national.

Actions

1. Tenir une rencontre de suivi sur les travaux de l'École Polytechnique de Montréal.
2. Effectuer un suivi des actions prévues.
3. Mettre à jour annuellement les paramètres du modèle d'analyse prévisionnelle.
4. Ajuster le plan d'action au besoin.
5. Améliorer le processus de planification de la main-d'œuvre aux niveaux local et régional.

Acteurs concernés

Responsable : MSSS
Collaborateurs : membres du Groupe de travail sur la planification
de la main-d'œuvre

Échéancier

Action 1 : Automne 2003

Actions 2, 3, 4, 5 : Annuellement

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



Section 5

**Projection des besoins de recrutement des ingénieurs
biomédicaux en comparaison avec le nombre
de diplômés disponibles**

SECTION 5 - PROJECTION DES BESOINS DE RECRUTEMENT DES INGÉNIEURS BIOMÉDICAUX EN COMPARAISON AVEC LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS DISPONIBLES

La présente section vise à déterminer les besoins de recrutement des ingénieurs biomédicaux et à vérifier si l'offre de personnel qualifié sera en mesure de répondre à la demande des établissements au cours des prochaines années compte tenu du nombre attendu de diplômés.

5.1 L'offre de main-d'œuvre

Le premier objectif du processus de planification consiste à déterminer l'offre de main-d'œuvre qui est définie pour chaque profession et correspond à la somme de l'effectif en emploi et de l'effectif disponible.

5.1.1 L'effectif en emploi

Dans un premier temps, on présente l'effectif des ingénieurs biomédicaux en emploi dans le réseau de la santé au 31 mars 2002, à partir de la banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette banque ne permet pas de connaître de façon précise le nombre d'ingénieurs biomédicaux travaillant dans le réseau mais plutôt le nombre d'emplois occupés. Ainsi si un ingénieur biomédical travaille dans deux établissements, il est compté deux fois.

Le réseau compte 81 emplois d'ingénieurs biomédicaux (code 1205). De plus, sur les 67 emplois de physiciens (code 1203), on en dénombre 13 qui exercent leurs fonctions dans le domaine du génie biomédical. Il faut aussi prendre en compte les emplois de chef du service de génie biomédical. On compte 15 emplois dans ce titre. D'après une vérification de l'Association des technicien(ne)s en génie biomédical du Québec, le nombre de chefs du service de génie biomédical qui appartiennent à l'effectif des ingénieurs est d'environ 12. Les trois autres appartiennent à l'effectif des techniciens en génie biomédical.

Le tableau 1 donne la répartition de l'effectif selon le titre d'emploi occupé dans le réseau. Le tableau 2 donne la répartition selon le groupe d'âge et le sexe. Au 31 mars 2002, le réseau compte 106 emplois de professionnels dans le secteur du génie biomédical.

Tableau 1

**Répartition de l'effectif professionnel
travaillant dans le secteur du génie biomédical
selon le titre d'emploi occupé
au 31 mars 2002**

Titre d'emploi (code)	Nombre en emploi
Ingénieur biomédical (1205)	81
Physicien (1203)	13
Chef du service de génie biomédical (539)	12
Total	106

Tableau 2

**Répartition de l'effectif professionnel
travaillant dans le secteur du génie biomédical
selon le groupe d'âge et le sexe
au 31 mars 2002**

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
20–24	0	1	1
25–29	2	8	10
30–34	4	14	18
35–39	6	14	20
40–44	5	16	21
45–49	1	15	16
50–54	0	8	8
55–59	1	9	10
60–64	0	1	1
65 et plus	0	1	1
Total	19	87	106

5.1.2 L'effectif disponible

L'évaluation de l'effectif disponible s'effectue en vérifiant s'il y a des ingénieurs biomédicaux :

- en chômage (diplômés à la recherche d'un emploi) ;
- travaillant dans un autre domaine et à la recherche d'un emploi dans leur spécialité ;
- travaillant à temps partiel et souhaitant offrir une plus grande disponibilité.

Aucune information n'indique qu'il y aurait des ingénieurs biomédicaux à la recherche d'un emploi. Par ailleurs, les données sur le nombre de personnes en sécurité d'emploi en mars 2002 montrent qu'il n'y a aucun ingénieur biomédical dans cette situation.

En ce qui concerne le statut des ingénieurs biomédicaux en 2001-2002, 63 % d'entre eux ont un statut de temps complet régulier et 37 % un statut de temps partiel.

La moyenne des heures travaillées pendant cette période par le personnel à temps complet régulier est de 1 455. Par ailleurs, le personnel à temps partiel occasionnel travaille en moyenne 1 190 heures, ce qui représente 82 % du temps travaillé en moyenne par le personnel ayant un statut de temps complet régulier.

Compte tenu des informations ci-dessus, le groupe de travail convient qu'il n'y a pas de main-d'œuvre disponible.

5.2 La détermination de la pénurie initiale

Le sondage sur les postes vacants réalisé par l'Association des médecins et ingénieurs biomédicaux du Québec en mars 2002 est utilisé par le groupe de travail afin de déterminer l'existence ou non d'une pénurie d'ingénieurs biomédicaux. Ce sondage, réalisé auprès de 25 établissements du réseau, démontre l'existence de neuf postes vacants en recrutement actif depuis 90 jours.

Les membres du groupe de travail conviennent de l'existence d'une pénurie basée sur le nombre de postes vacants mentionné plus haut.

5.3 La projection de l'attrition

Le deuxième objectif du processus de planification consiste à projeter l'attrition annuelle de l'effectif professionnel travaillant dans le secteur du génie biomédical.

L'effectif retenu pour la projection est de 101. On arrive à ce nombre en appliquant un facteur individu/emploi à l'effectif de 106 personnes en emploi au 31 mars 2002 pour tenir compte du fait qu'un certain nombre d'individus occupent plus d'un emploi dans le réseau.

La projection des départs tient compte des prises de retraite, des décès et des cessations d'emploi. Les taux de départs sous-jacents à ces projections sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) pour les besoins des évaluations actuarielles du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). À partir de ces taux et d'un fichier de participants au RREGOP dans le secteur de la santé et des services sociaux, des taux moyens de retraite, de décès et de cessation d'emploi ont été établis et appliqués au groupe des ingénieurs biomédicaux selon leur profil démographique (âge, sexe, années d'admissibilité à la retraite, statut) pour en projeter jusqu'en 2018 les retraites, décès et cessations d'emploi.

Par ailleurs, il est démontré que les taux de cessation d'emploi diffèrent de manière significative pour les employés à temps complet et les employés à temps partiel. En effet, selon l'âge, le taux de cessation d'emploi des employés à temps partiel est de 2,5 fois à 3 fois plus élevé que celui des employés à temps complet.

Compte tenu du fait que la proportion des ingénieurs biomédicaux travaillant à temps complet est très élevée (ceux ayant un statut de temps partiel occasionnel travaillent en moyenne 79 % d'un temps complet régulier), la probabilité que cette proportion augmente est très faible. C'est pourquoi le groupe de travail a convenu d'appliquer les taux de cessation en fonction de la composition actuelle de l'effectif selon les statuts d'employé à temps complet et d'employé à temps partiel.

Le tableau ci-après indique que d'ici 2018 le réseau de la santé perdra 53 professionnels travaillant dans le secteur du génie biomédical. De ce nombre, près de 72 % devraient prendre leur retraite, environ 7 % décéder et 21 % quitter pour d'autres raisons.

Tableau 5

**Projection¹ des départs de l'effectif professionnel
travaillant dans le secteur du génie biomédical**

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2002	1,5	0,2	1,4	3,1
2003	1,6	0,2	1,1	2,9
2004	1,6	0,2	1,0	2,8
2005	1,7	0,2	0,9	2,8
2006	1,8	0,2	0,8	2,9
2007	1,9	0,2	0,7	2,9
2008	1,8	0,2	0,7	2,7
2009	1,8	0,2	0,6	2,6
2010	1,8	0,2	0,6	2,6
2011	2,6	0,2	0,6	3,3
2012	2,5	0,2	0,5	3,3
2013	2,7	0,2	0,5	3,4
2014	2,8	0,2	0,4	3,5
2015	2,8	0,2	0,4	3,4
2016	2,9	0,2	0,4	3,4
2017	2,9	0,2	0,3	3,5
2018	3,1	0,2	0,3	3,5
Total	37,9	3,4	11,3	52,7

¹. Étant donné la petitesse de l'effectif, les résultats de la projection doivent être considérés avec réserve.

5.4 L'estimation de l'évolution des besoins de main-d'œuvre et du recrutement

Le troisième objectif du processus de planification consiste à estimer l'évolution des besoins de main-d'œuvre des effectifs professionnels dans le secteur du génie biomédical jusqu'en 2018.

Le groupe de travail a pris connaissance d'un certain nombre d'informations qui lui ont permis d'alimenter les discussions et d'en arriver à un consensus sur la question.

Évolution du nombre d'emplois

De 1986 à 2002, le nombre d'emplois d'ingénieurs biomédicaux a augmenté de 37,3 %, passant de 59 à 81, soit une augmentation moyenne annuelle de 2,0 %. En ne considérant que les cinq dernières années, le nombre d'emplois a augmenté de 24,6 %, passant de 65 en 1997 à 81 en 2002, ce qui représente une augmentation moyenne annuelle de 4,5 %.

Quant aux emplois sous le titre de physiciens, il n'est pas possible d'estimer leur évolution puisque les données utilisées ne permettent pas de distinguer les physiciens qui travaillent dans les secteurs autres que le génie biomédical.

Taux de croissance des ingénieurs biomédicaux aux États-Unis

La revue *Monthly Labor Review* de novembre 2001 mentionne que le nombre d'emplois d'ingénieurs biomédicaux aux États-Unis devrait croître de 31,4 % entre 2000 et 2010, soit une moyenne annuelle de 2,8 %.

Après discussion, compte tenu des nombreux développements dans ce domaine tels qu'ils sont énoncés dans la section 3.4, les membres du groupe de travail conviennent d'appliquer un taux d'évolution des besoins de 2,5 %.

Le tableau qui suit indique pour le scénario retenu par le groupe de travail les départs attendus, le recrutement brut, le recrutement requis et l'effectif requis.

Tableau 6

Ingénieurs biomédicaux
Projection de recrutement nécessaire pour répondre aux besoins
(Selon un indice d'accroissement des besoins de 2,5 %)

Année	Départs attendus	Recrutement brut	Recrutement requis ¹	Effectif requis
2002	3	15 ²	17	113
2003	3	6	8	116
2004	3	6	8	119
2005	3	6	8	122
2006	3	6	9	125
2007	3	6	9	128
2008	3	6	9	131
2009	3	6	9	134
2010	3	6	9	138
2011	3	7	10	141
2012	3	7	11	145
2013	3	7	11	148
2014	4	7	11	152
2015	3	7	12	156
2016	3	7	12	160
2017	4	8	12	164
2018	4	8	13	168
Total	53	119	179	

Les données ayant été arrondies, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

1. Le recrutement requis tient compte des départs attendus des nouveaux ingénieurs biomédicaux.
2. Inclut la pénurie initiale établie à 9.

5.5 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés

La quatrième étape de la démarche de planification de main-d'œuvre consiste à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de nouveaux diplômés. Cela permet de juger de l'adéquation entre les besoins et l'offre en matière de main-d'œuvre.

5.5.1 La prévision du nombre de diplômés disponibles

La prévision des diplômés pour les prochaines années s'appuie sur le nombre moyen de diplômés en génie biomédical des années 1997 à 2001 selon les données fournies par le ministère de l'Éducation. Bien qu'au cours des années précédentes, les établissements ont embauché un certain nombre de diplômés en physique pour travailler dans le domaine du génie biomédical, il demeure que la formation recherchée pour l'emploi est celle de génie biomédical.

Par ailleurs, d'après les informations recueillies auprès des institutions d'enseignement, seulement 20 % des diplômés en génie biomédical occuperaient un emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Compte tenu du nombre de diplômés formés sur une période de cinq ans, d'un taux de disponibilité de 20 %, cela donne un nombre de 3 diplômés disponibles annuellement pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 7

**Nombre de diplômes émis par lieu de formation et par année
Formation en génie biomédical**

Données du ministère de l'Éducation
Avril 2003

Lieu de formation	Type de diplôme	Année 1997	Année 1998	Année 1999	Année 2000	Année 2001
Université de Montréal	Maîtrise	2	0	3	2	7
Université de Montréal	Diplôme de 2 ^e cycle	0	0	0	1	0
Polytechnique	Diplôme de 2 ^e cycle	1	0	0	0	0
Polytechnique	Maîtrise	8	10	6	9	5
McGill	Maîtrise	6	8	4	5	6
Total		17	18	13	17	18
Taux de disponibilité	20 %	3,4	3,6	2,6	3,4	3,6

5.5.2 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés disponibles

Le tableau qui suit compare les besoins de recrutement, selon le scénario examiné par le groupe de travail, avec le nombre de nouveaux diplômés disponibles pour le marché du travail.

Étant donné que seulement 20 % des diplômés en génie biomédical sont disponibles pour travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux, et ce, parce qu'une proportion de ces diplômés est formée pour travailler dans le domaine de la recherche et qu'un certain nombre se dirigera vers le secteur privé, il manquera en 2018, si la situation des années antérieures se maintient, un nombre de 128 diplômés pour combler les besoins du réseau, si l'on considère un indice d'accroissement des besoins de 2,5 % par année.

Tableau 8

Ingénieurs biomédicaux
Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles
(Selon un indice d'accroissement des besoins de 2,5 %)

Année	Départs attendus	Recrutement requis	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2002	3	17 ¹	3	- 14	- 14
2003	3	8	3	- 5	- 19
2004	3	8	3	- 5	- 24
2005	3	8	3	- 5	- 30
2006	3	9	3	- 6	- 35
2007	3	9	3	- 6	- 41
2008	3	9	3	- 6	- 47
2009	3	9	3	- 6	- 53
2010	3	9	3	- 6	- 60
2011	3	10	3	- 7	- 67
2012	3	11	3	- 8	- 75
2013	3	11	3	- 8	- 83
2014	4	11	3	- 8	- 91
2015	3	12	3	- 9	- 100
2016	3	12	3	- 9	- 109
2017	4	12	3	- 9	- 118
2018	4	13	3	- 10	- 128
Total	53	179	51	- 128	

Les données ayant été arrondies, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

¹. Inclut la pénurie initiale établie à 9.

D'où la nécessité de prévoir dans le plan d'action des mesures visant à augmenter le nombre d'ingénieurs détenteurs d'une maîtrise en génie biomédical disponibles pour des emplois dans le réseau de la santé afin de combler les besoins des établissements.

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



SECTION 6

Plan d'action pour les ingénieurs biomédicaux

SECTION 6 - PLAN D'ACTION POUR LES INGÉNIEURS BIOMÉDICAUX

À la lumière du diagnostic posé, le groupe de travail convient d'un plan d'action qui vise les volets suivants :

- Volet 1 : Formation
- Volet 2 : Organisation des services
- Volet 3 : Conditions de travail
- Volet 4 : Mesures de suivi

On trouve ci-dessous le plan d'action détaillé présentant pour chacun des volets l'objectif, le résultat attendu, les actions, les acteurs concernés ainsi que l'échéancier.

Volet 1 : Formation

Objectif

Augmenter le nombre d'ingénieurs détenteurs d'une maîtrise en génie biomédical disponibles pour des emplois dans le réseau de la santé.

Résultat attendu

Un nombre adéquat de diplômés universitaires pour répondre aux besoins d'ingénieurs biomédicaux.

Action

1. Mettre en place différentes mesures de promotion auprès des étudiants en génie dans les universités pour leur faire connaître le programme de maîtrise en génie biomédical et les inciter à considérer cette orientation de carrière. À cet égard, mettre en évidence les perspectives d'emploi et les besoins de recrutement.

Acteurs concernés

- | | | |
|----------|------------------|---|
| Action 1 | Responsable : | MSSS |
| | Collaborateurs : | MEQ, associations d'employeurs, Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec (APIBQ), Institut de génie biomédical, facultés de génie des universités, Ordre des ingénieurs du Québec (OIQ) |

Échéancier

Action 1 : Continu

Volet 2 : Organisation des services

Objectif 1

Favoriser une utilisation optimale des services de génie biomédical.

Résultat attendu

L'optimisation des modes d'organisation des services, tant au sein des établissements qu'entre les établissements, incluant les contrats de services afin de rentabiliser les services de génie biomédical.

Actions

1. Réévaluer les modes d'organisation des services en génie biomédical.
2. Réaliser une planification de main-d'œuvre locale et régionale.
3. Mettre en place un comité de travail dont le mandat serait de définir des orientations ministérielles en matière de génie biomédical.

Acteurs concernés

Action 1	Responsables :	établissements
	Collaborateurs :	régies régionales, syndicats, APIBQ
Action 2	Responsables :	établissements, régies régionales
	Collaborateur :	MSSS
Action 3	Responsable :	MSSS
	Collaborateurs :	APIBQ, régies régionales, Association des hôpitaux du Québec (AHQ), syndicats (incluant ceux des techniciens), Association des technicien(ne)s en génie biomédical

Objectif 3

Assurer la reconnaissance de l'ingénieur professionnel en biomédical dans le réseau de la santé.

Résultat attendu

Un titre d'emploi exclusif à l'ingénieur biomédical assorti d'une description appropriée.

Action

Réviser le libellé du titre d'emploi « 1205 ingénieur biomédical » en tenant compte du champ de pratique de l'ingénieur.

Acteurs concernés

Responsable : Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS)

Collaborateurs : syndicats concernés et représentants autorisés du MSSS

Échéancier

Court terme

Volet 3 : Conditions de travail

Objectif

Améliorer les facteurs d'attraction et de rétention des ingénieurs biomédicaux.

Résultat attendu

L'augmentation du nombre de postulants ingénieurs aux appels de candidatures et la diminution des départs pour cessation d'emploi.

Action

Revoir la rémunération globale des ingénieurs biomédicaux de façon à maintenir la parité salariale entre ceux-ci et les autres titres d'emploi équivalents dans le secteur public, soit les médecins du réseau de la santé (1203) et les ingénieurs de la fonction publique.

Acteurs concernés

Responsables : MSSS et Secrétariat du Conseil du trésor
Collaborateurs : associations d'employeurs, syndicats et représentants autorisés
par le MSSS

Échéancier

Prochaine négociation

Volet 4 : Mesures de suivi

Objectif

Assurer le suivi du processus de planification.

Résultat attendu

La mise en place d'un processus continu de planification de la main-d'œuvre aux niveaux local, régional et national.

Actions

1. Effectuer un suivi des actions prévues.
2. Mettre à jour annuellement les paramètres du modèle d'analyse prévisionnelle.
3. Ajuster le plan d'action au besoin.
4. Améliorer le processus de planification de la main-d'œuvre aux niveaux local et régional.

Acteurs concernés

Responsable : MSSS
Collaborateurs : membres du Groupe de travail sur la planification de la main-
d'œuvre

Échéancier

Annuellement

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



SECTION 6

Plan d'action pour les ingénieurs biomédicaux

Planification de la main-d'œuvre dans le secteur du génie biomédical



ANNEXES

**ANNEXE 1
TECHNICIENS EN GÉNIE BIOMÉDICAL**

**Scénario 1
Scénario 2**

Techniciens en génie biomédical

Scénario 1

Projection de recrutement nécessaire pour répondre aux besoins (Aucun indice d'accroissement des besoins)

Année	Départs attendus	Recrutement Brut	Recrutement requis ¹	Effectif requis
2002	9	17 ²	19	400
2003	9	9	12	400
2004	9	9	12	400
2005	10	10	13	400
2006	10	10	14	400
2007	11	11	15	400
2008	11	11	16	400
2009	12	12	16	400
2010	12	12	17	400
2011	15	15	20	400
2012	14	14	20	400
2013	15	15	21	400
2014	15	15	21	400
2015	15	15	22	400
2016	15	15	22	400
2017	15	15	23	400
2018	16	16	24	400
Total	211	219	307	

Les données ayant été arrondies, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties.

- ¹. Le recrutement requis tient compte des départs attendus des nouveaux techniciens en génie biomédical.
- ². Inclut la pénurie initiale établie à 8.

Techniciens en génie biomédical

Scénario 2

Projection de recrutement nécessaire pour répondre aux besoins (Selon un indice d'accroissement des besoins de 1,6 %)

Année	Départs attendus	Recrutement Brut	Recrutement requis ¹	Effectif requis
2002	9	23 ²	26	406
2003	9	15	20	413
2004	9	16	21	420
2005	10	16	22	426
2006	10	17	23	433
2007	11	18	25	440
2008	11	18	26	447
2009	12	19	26	454
2010	12	19	27	461
2011	15	22	31	469
2012	14	22	31	476
2013	15	22	32	484
2014	15	23	33	492
2015	15	23	33	500
2016	15	23	34	508
2017	15	24	35	516
2018	16	24	36	524
Total	211	343	481	

Les données ayant été arrondies, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties.

- ¹. Le recrutement requis tient compte des départs attendus des nouveaux techniciens en génie biomédical.
- ². Inclut la pénurie initiale établie à 8.

ANNEXE 2

PRÉSENTATION DU MODÈLE DE PROJECTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Suzanne Jean

Planification et développement de la main-d'œuvre

MSSS-DGPMO

Décembre 2001

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	74
Le modèle en cinq volets	74
A. La distribution de l'effectif étudié	74
Lien direct avec la banque de données du MSSS	74
Facteur individu/poste	75
Heures travaillées	76
B. Projection de l'attrition de l'effectif initial	76
Projection des départs	76
Choix du scénario d'évolution des statuts	77
Facteurs particuliers d'ajustement des départs	77
Autres départs	78
C. Estimation de l'évolution des besoins	78
Pénurie initiale ou surplus initial	78
Évolution des besoins liée aux changements démographiques	79
Secteur d'activité en développement.....	79
Évolution du nombre moyen d'heures travaillées	79
Autre facteur	80
Effectif désiré.....	80
D. Estimation des besoins de recrutement	80
Calcul intermédiaire du recrutement.....	80
Attrition des nouveaux employés.....	80
Recrutement.....	81
E. Comparaison entre les besoins et l'offre en ce qui concerne le recrutement	81
Projection des diplômés disponibles.....	82
Main-d'œuvre additionnelle disponible	82
Comparaison entre le besoin et l'offre de recrutement	82
Comparaison entre l'effectif requis et l'effectif projeté	82
Conclusion	84

Introduction

Le modèle de projection est un modèle quantitatif de prévision de la main-d'œuvre mis au point par le Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce modèle est utilisé dans le cadre des travaux de planification de la main-d'œuvre coordonnés par le MSSS et permet d'anticiper, à court et moyen termes, les besoins relatifs au recrutement dans les différentes catégories d'emploi du réseau.

Plus particulièrement, le modèle permet de comparer les besoins futurs quant au recrutement dans les différentes catégories d'emploi du réseau avec les prévisions en ce qui concerne le nombre de diplômés dans les programmes de formation correspondant. Cette comparaison constitue généralement la première étape du processus de planification de la main-d'œuvre puisqu'elle permet de savoir si le nombre de futurs diplômés sera suffisant pour combler les besoins de main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux dans les prochaines années.

À la suite de ce diagnostic, le MSSS, en collaboration avec ses partenaires - dont le ministère de l'Éducation (MEQ) - établira un plan d'action qui permettra notamment de viser à ce que le nombre de futurs diplômés soit suffisant pour combler les besoins anticipés relatifs au recrutement.

Le modèle en cinq volets

Il est proposé de lire le texte qui suit en consultant en parallèle l'exemple présenté en annexe. Les cinq volets du modèle correspondent aux cinq pages du rapport produit par le modèle au terme de la projection.

A. La distribution de l'effectif étudié

Le premier volet du modèle sert à établir la distribution actuelle de l'effectif de la catégorie d'emploi ou du groupe pour lequel on désire faire la projection (voir à la p.1 de l'annexe).

Lien direct avec la banque de données du MSSS

Il faut d'abord faire la liste des titres d'emploi inclus dans le groupe retenu ; le modèle ira chercher directement dans la banque de données du MSSS (la banque R22) la distribution des effectifs de ce groupe d'employés par groupe d'âge, sexe et statut (temps complet ou temps partiel).

La répartition des effectifs selon le statut ne correspond pas ici aux statuts occupationnels de « temps complet régulier » (TCR), « temps partiel régulier » (TPR) et « temps partiel occasionnel » (TPO) généralement reconnus dans le réseau. Les effectifs sont classés ici en deux catégories, soit « temps complet » (TC) ou « temps partiel » (TP), selon le pourcentage de temps travaillé dans l'année. Lorsque ce pourcentage est égal ou supérieur à 60 % du temps, ils entrent dans la catégorie « temps complet » ; lorsque ce pourcentage est inférieur à 60 %, ils sont dans la catégorie « temps partiel ». Cette distinction permettra d'appliquer plus directement les taux d'attrition qui sont basés sur un critère similaire.

Il est possible également d'entrer directement une distribution d'effectif sans importation de la banque R22. Cela s'avère nécessaire notamment dans les cas où la planification d'effectif dépasse le cadre du réseau de la santé ou lorsque les données provenant d'une autre source sont plus complètes ou plus récentes que celles de la banque R22.

Facteur individu/poste

La banque de données du MSSS ne nous permet pas de connaître de façon précise le nombre d'individus dans un titre d'emploi donné. Elle nous donne plutôt le nombre de postes occupés à la fin de l'année dans ce titre d'emploi, puisqu'une même personne peut occuper plus d'un poste à la fois, dans un ou plusieurs établissements. Il est nécessaire de convertir ce nombre de postes en nombre d'individus pour obtenir des calculs plus précis¹.

À cette fin, le modèle propose l'utilisation facultative d'un facteur estimatif de conversion appelé facteur individu/poste. Ce facteur, qui varie par groupe d'âge, a été calculé globalement à partir d'un fichier non nominatif reçu de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA). Il permet d'établir une correspondance entre le nombre de postes occupés à la fin de l'année dans le réseau de la santé et des services sociaux et le nombre d'individus les occupant.

L'application du facteur individu/poste a, plus précisément, pour effet de réduire le nombre de salariés à temps partiel (TP) qui sont généralement les personnes occupant simultanément plus d'un emploi.

1. Pour affiner nos exercices de planification de la main-d'œuvre, il serait nécessaire d'inscrire dans nos fichiers un numéro identificateur unique pour chaque employé du réseau. Nous pourrions ainsi connaître de façon précise le nombre de personnes qui travaillent dans le réseau. Nous pourrions aussi suivre les mouvements de personnel d'une année à l'autre et d'un établissement à l'autre sans risque de double comptage. De plus, nous pourrions vérifier annuellement nos prévisions d'attrition et même construire des taux d'attrition par catégorie d'emploi.

Heures travaillées

Le modèle importe aussi de la banque R22 les heures travaillées par catégorie d'établissements pour les titres d'emploi retenus. Cette information sera utilisée ultérieurement dans le modèle, notamment pour le calcul du facteur d'augmentation des besoins lié aux changements démographiques.

B. Projection de l'attrition de l'effectif initial

Le deuxième volet du modèle nous permet de projeter l'attrition annuelle pour le groupe étudié (voir à la p. 2 de l'annexe). Le modèle projette les départs selon trois causes : retraite, décès ou cessation d'emploi, pour les quinze prochaines années². On entend ici par « cessation d'emploi » toutes les causes de départ autres que la retraite et le décès.

Projection des départs

Les hypothèses portant sur les départs, qui sont sous-jacentes à ces projections, sont basées sur les taux établis par les actuaires de la CARRA pour les besoins des évaluations actuarielles du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

À partir de ces taux et d'un fichier synthèse des participants au RREGOP dans le secteur de la santé et des services sociaux, nous avons d'abord effectué les calculs nécessaires pour déterminer les départs de l'ensemble des participants en fonction de l'âge, du sexe, des années d'admissibilité à la retraite et du statut (temps complet ou temps partiel). Ensuite, à partir des résultats obtenus, nous avons calculé des pourcentages moyens de retraite, de décès et de cessation d'emploi pour chaque groupe d'âge, sexe et statut, et pour chacune des années de projection.

Le modèle applique ces pourcentages moyens d'attrition au groupe étudié, selon le profil démographique propre à ce groupe, pour en projeter les retraites, les décès et les cessations d'emploi pour les prochaines années.

2. En pratique, puisqu'il y a toujours un certain délai entre la date de la projection et la production des données statistiques sur les effectifs à la base de cette projection, le modèle fait les calculs pour les dix-sept années suivant la date de lecture de la distribution des effectifs. En général, la première année et souvent même la deuxième année de la projection sont déjà écoulées au moment où sont faits les calculs et l'horizon futur de la projection proprement dite est en réalité de quinze ans.

Il faut noter que l'attrition ainsi calculée est toujours celle du groupe initial d'effectif à partir duquel est faite la projection. L'effectif initial diminue progressivement avec les départs qui s'ajoutent au cours des années. D'autres départs, touchant les cohortes de personnel recruté qui s'ajouteront au fil des années, seront calculés à une autre étape de la projection et s'ajouteront à l'attrition de l'effectif initial.

Choix du scénario d'évolution des statuts

Concernant les départs, le modèle permet aussi à l'utilisateur de choisir des taux différents en fonction de l'hypothèse qu'il fait quant à l'évolution future de la composition du groupe selon les statuts (temps complet et temps partiel). Puisque les taux de cessation d'emploi sont fortement conditionnés par le statut - les personnes à temps partiel ayant une propension plus grande à quitter leur emploi - cette option aura un effet important sur la projection des cessations d'emploi et, accessoirement, sur la projection des retraites. L'utilisateur pourra donc projeter les départs en supposant que la composition des statuts demeurera constante dans le temps ou, à l'opposé, que tous obtiendront le statut d'employé à temps complet. Un scénario intermédiaire est aussi réalisable. Cette possibilité offerte par le modèle permet à l'utilisateur de juger de la sensibilité de son hypothèse, quant à la composition du groupe selon les statuts, sur la projection des départs.

Facteurs particuliers d'ajustement des départs

À la base, les taux des départs ont été établis par la CARRA à partir de l'expérience de l'ensemble des participants au RREGOP au cours des dernières années, en tenant compte de l'effet des modifications au régime. Cependant, pour la cessation d'emploi, il a été possible de calculer des taux reflétant l'expérience des participants du secteur de la santé et des services sociaux. Toutefois, il est évident que l'application uniforme de ces taux moyens à des groupes particuliers ne reflétera pas toujours le comportement propre du groupe, particulièrement en matière de cessation d'emploi. C'est pour combler cette lacune que le modèle prévoit l'introduction de facteurs spécifiques d'ajustement des départs³.

3. Les fichiers de la CARRA ne contiennent pas de données sur les titres d'emploi, il n'est donc pas possible de savoir si les mêmes taux s'appliquent à toutes les catégories d'emploi. Toutefois, certaines vérifications ont été faites pour savoir si des différences dans les profils de cessation d'emploi étaient observables sur la base du niveau de salaire des participants. Ces travaux n'ont pas permis de dégager des résultats véritablement concluants quant à des différences significatives selon le niveau de salaire du participant.

Ces facteurs permettent à l'utilisateur d'ajuster le nombre de départs, plus particulièrement les cessations d'emploi, pour tenir compte du comportement du groupe étudié, dans la mesure où l'utilisateur dispose de cette information. Par exemple, il serait approprié d'appliquer un facteur multiplicatif aux cessations d'emploi moyennes dans les groupes pour lesquels on observe une forte attraction vers l'extérieur du Québec. Chaque groupe est un cas d'espèce et doit faire l'objet d'une analyse en cette matière.

Le modèle présente aussi la projection des départs après l'application des facteurs d'ajustement.

Autres départs

Le modèle prévoit la possibilité d'ajouter des départs au-delà du nombre projeté pour le groupe. Cette fonction peut être utile dans le cas où l'on voudrait remplacer les départs d'une autre catégorie de personnel par du personnel de la catégorie pour laquelle on fait la projection.

C. Estimation de l'évolution des besoins

Le troisième volet du modèle sert à estimer l'évolution des besoins relatifs à la main-d'œuvre, pour le groupe d'emploi étudié, tout au long de la période sur laquelle est faite la projection (voir la p. 3 de l'annexe). À cette fin, le modèle prévoit différents paramètres pour lesquels l'utilisateur devra faire certains choix.

Pénurie initiale ou surplus initial

En tout premier lieu, il convient d'évaluer si la quantité des effectifs est suffisante au moment du départ de la projection. Ainsi, s'il y a alors un surplus ou une pénurie de main-d'œuvre, il faut en spécifier l'importance ainsi que la période sur laquelle il est réaliste de compenser ce surplus ou cette pénurie. Cet ajustement permettra, le cas échéant, de rectifier le nombre de salariés pour établir la projection sur une base équilibrée.

Les experts du domaine d'activité peuvent dire si le groupe connaît actuellement un surplus ou une pénurie sur la base de différents indicateurs. Par exemple, une augmentation récente et exceptionnelle du nombre d'heures supplémentaires peut être un indicateur de pénurie. Un nombre important de postes vacants peut être un autre indicateur de pénurie. Inversement, un nombre important de personnes ayant leur sécurité d'emploi serait un indicateur de surplus. Il faut évidemment pouvoir quantifier de façon précise le niveau de pénurie ou de surplus pour pouvoir rectifier le nombre de salariés initial et établir la projection sur la base appropriée.

Évolution des besoins liée aux changements démographiques

Le modèle peut calculer automatiquement un facteur d'augmentation des besoins relatifs à la main-d'œuvre lié au changement dans la structure de la population. Ce facteur est une pondération, selon les heures travaillées par catégorie d'établissements, des facteurs préalablement calculés par catégorie d'établissements, lesquels sont basés sur des indices de dépenses moyennes per capita, selon l'âge appliqué à des projections démographiques. Un document plus complet porte sur le sujet et présente le détail de ces calculs⁴.

Le modèle permet également de considérer tout autre facteur qui pourrait servir à estimer plus précisément la sensibilité des besoins d'effectif du groupe étudié à l'évolution de la population qui compose les usagers de ce groupe.

Secteur d'activité en développement

Si le groupe étudié appartient à un secteur d'activité en développement, *au-delà du développement lié à l'évolution démographique*, il convient de prévoir un facteur additionnel cumulatif au facteur démographique considéré précédemment. Pour établir ce facteur, il faut pouvoir quantifier le niveau et le rythme de ce développement. Inversement, certains groupes pourraient appartenir à des secteurs d'activité qui, parce qu'ils font l'objet de rationalisation ou de transformation, seraient en régression plutôt qu'en développement.

Évolution du nombre moyen d'heures travaillées

Un autre facteur qui influencera directement le nombre requis de salariés pendant la période de la projection est le nombre moyen d'heures travaillées par personne. Par exemple, si l'on prévoit des changements importants dans la composition de l'effectif selon les statuts occupationnels (TCR, TPR TCR), il est probable que le nombre moyen d'heures travaillées par individu variera par rapport au niveau actuel. De même, si l'on envisage des changements dans le nombre de jours de congé, le nombre moyen d'heures travaillées variera en proportion de ces changements.

4. *Estimation des besoins de main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population*, Suzanne JEAN, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction générale de la planification et du développement de la main-d'œuvre, 2001, p.

Le modèle calcule le nombre moyen d'heures travaillées pendant la dernière année par les employés qui font partie du groupe étudié. Si l'on prévoit une variation, il faut estimer les heures travaillées dans les prochaines années et le modèle calculera le facteur correspondant.

Concrètement, si l'on pense que le nombre moyen d'heures travaillées par individu augmentera - par exemple, dans le cas d'une réduction de la proportion relative d'occasionnels -, le facteur calculé aura pour effet de réduire proportionnellement l'augmentation des besoins se rapportant aux effectifs.

Autre facteur

S'il y a lieu de considérer un autre facteur qui pourrait influencer l'évolution des besoins relatifs à l'effectif, il devrait être ajouté ici.

Effectif désiré

Finalement, le modèle combinera les différents facteurs afin de déterminer, pour chaque année de la projection, le nombre de salariés que devrait compter le groupe étudié. On peut ainsi connaître l'accroissement annuel nécessaire pour arriver à ce nombre.

D. Estimation des besoins de recrutement

Le quatrième volet du modèle permet d'estimer les besoins en ce qui concerne le recrutement de personnel (voir à la p. 4 de l'annexe).

Calcul intermédiaire du recrutement

En combinant le nombre annuel des départs, tel qu'il a été évalué au volet B, avec l'accroissement annuel des besoins, comme il a été évalué au volet C, on obtient le nombre minimal de personnes qu'il faudra recruter chaque année pour atteindre le nombre requis de salariés.

Attrition des nouveaux employés

Le nouveau personnel qu'il faudra recruter chaque année pour compenser les départs et répondre aux nouveaux besoins constituera lui-même un nouveau groupe de personnes, dont le nombre ira toujours croissant, qui s'ajoutera à l'effectif initial en décroissance et pour lequel nous devons considérer l'attrition annuellement.

Ici, l'attrition est basée essentiellement sur les taux de cessation d'emploi calculés à partir de l'expérience des participants du secteur de la santé et des services sociaux. Ces taux varient selon le nombre d'années écoulées depuis l'embauche, selon le statut (TC ou TP) et selon le sexe. Ils sont très élevés pour les employés nouvellement embauchés et décroissent graduellement jusqu'à devenir stables après six ans de service. Les taux sont plus élevés pour les employés à temps partiel que pour les employés à temps complet et plus élevés pour les hommes que pour les femmes. C'est pourquoi l'utilisateur doit faire une hypothèse quant à la proportion d'hommes et de femmes et quant à la proportion de postes à temps complet et à temps partiel qu'il prévoit pour les recrues pendant la période de projection. Ainsi, il pourra vérifier la sensibilité de l'attrition des nouveaux employés, selon les proportions retenues.

Un ajustement est également prévu pour moduler globalement le niveau d'attrition des nouveaux. Il faut rappeler que les taux de cessation d'emploi considérés ici sont basés sur l'expérience de l'ensemble des participants du secteur de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. Il n'est donc pas certain que ces taux puissent s'appliquer directement pour évaluer le comportement futur de groupes particuliers, surtout s'il existe une pénurie ou si on envisage des changements importants dans les conditions de travail ou dans le contexte d'exercice d'une profession. Le facteur de modulation est donc prévu pour ajuster le niveau global des départs des nouveaux salariés, selon l'expérience anticipée à cet égard.

Recrutement

Au nombre préliminaire de personnes à recruter pour compenser l'attrition de l'effectif initial et répondre aux nouveaux besoins, il faudra donc ajouter les départs des nouveaux employés pour pouvoir déterminer le nombre total de personnes à recruter annuellement afin d'obtenir l'effectif requis.

E. Comparaison entre les besoins et l'offre en ce qui concerne le recrutement

Le dernier volet du modèle permet de comparer les besoins relatifs au recrutement, tels qu'ils ont été déterminés au volet D, avec les diplômés disponibles.

Projection des diplômés disponibles

Les projections concernant les diplômés sont faites en collaboration avec le MEQ pour les différents programmes d'études des niveaux secondaire, collégial et universitaire se rapportant aux disciplines du domaine de la santé et des services sociaux. Les projections à court terme sont basées sur le nombre d'étudiants actuellement en formation, auquel on applique les taux d'obtention d'un diplôme des dernières années. Pour ce qui est des années ultérieures à l'année d'obtention du diplôme de la dernière cohorte en formation, le nombre d'inscriptions est projeté en supposant le maintien du niveau actuel relatif dans les programmes, tout en considérant l'évolution démographique des étudiants. Les taux historiques d'obtention d'un diplôme sont ensuite appliqués à ces inscriptions projetées.

Les taux de disponibilité (pour l'embauche) peuvent être tirés des enquêtes *Relance* pour ce qui est de la formation secondaire ou collégiale. Ils peuvent aussi être estimés à partir de statistiques obtenues auprès des ordres professionnels ou d'autres partenaires concernés par les exercices de planification de la main-d'œuvre.

Main-d'œuvre additionnelle disponible

En plus des nouveaux diplômés disponibles, il peut exister, pour certains groupes, d'autres sources de recrutement possible. C'est le cas, notamment pour les infirmières, dont certaines ont été recrutées en France. Ce peut être le cas également lorsque des retraités sont disposés à retourner au travail.

Comparaison entre le besoin et l'offre de recrutement

Le modèle compare le nombre de personnes à recruter avec le nombre de personnes disponibles pour le recrutement en plus de présenter les écarts, tant annuel que cumulatif, entre la demande et l'offre. Cette comparaison nous permet de juger si le nombre de diplômés disponibles est suffisant par rapport à nos besoins tout au long de la période que couvre la projection.

Comparaison entre l'effectif requis et l'effectif projeté

Le modèle présente également une comparaison annuelle entre l'effectif requis pour répondre aux besoins et l'effectif projeté en tenant compte du nombre de diplômés disponibles. Lorsque cet écart dépasse un niveau jugé critique, le modèle inscrit un message d'alerte.

Le niveau d'écart critique a été établi préliminairement à 3 %, ce qui correspond à environ une fois et demie la proportion actuelle des heures travaillées en temps supplémentaire par les employés du réseau. Des travaux plus poussés pourraient être faits pour documenter cette question et établir le niveau critique qui conviendrait selon les catégories d'emploi.

Il est à noter que « l'écart par rapport au recrutement » dont on a parlé précédemment est toujours supérieur à « l'écart entre l'effectif requis et l'effectif projeté » dont il est question ici parce que ce dernier calcul prend en compte le fait qu'une partie des recrues quittent le groupe pendant la période sur laquelle est faite la projection.

Conclusion

Le modèle de projection nous permet d'établir le nombre de salariés qu'il faudra recruter pour répondre aux besoins futurs du réseau. Cette prévision constitue la première étape de la démarche globale de planification de la main-d'œuvre qui, généralement, débouche sur l'élaboration, par le MSSS et ses partenaires, d'un plan d'action détaillé pour chacun des groupes étudiés.

Le modèle de projection est plus qu'un simple instrument de calcul ; il constitue une démarche structurée pour traverser l'étape de la prévision quantitative en obligeant les gestionnaires à réfléchir à chacun des éléments qui constituent les hypothèses de la projection. Une fois cette réflexion faite, la démarche globale relative à la planification de la main-d'œuvre est bien engagée et le plan d'action s'en trouve déjà fortement orienté.

*Santé
et Services sociaux*

Québec 

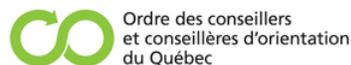
www.msss.gouv.qc.ca



Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives
dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

Guide explicatif

Mai 2012



Cet ouvrage a été élaboré sous la coordination de l'Office des professions du Québec par un comité de rédaction où les ordres professionnels concernés par le PL n° 21 étaient représentés. Des consultations auprès de nombreuses organisations (ministères, associations et autres regroupements) ont grandement contribué à l'enrichissement.

Édition produite par :

L'Office des professions du Québec
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : 418 643-6912, sans frais : 1 800 643-6912
Télécopieur : 418 643-0973
Courriel : courrier@opq.gouv.qc.ca

Le lecteur peut également consulter ou télécharger ce guide sur le site Web de l'Office, à l'adresse suivante :
www.opq.gouv.qc.ca

Dépôt légal – 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-64743-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-64744-7 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Liste des modifications apportées au guide explicatif

Dates des mises à jour	Pages modifiées

Avant-propos

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL n° 21) a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 2009.

Pour favoriser sa mise en œuvre harmonieuse, les ordres professionnels visés par le PL n° 21 et l'Office des professions du Québec ont collaboré à la rédaction d'un guide explicatif unique pour l'interprétation et l'application des nouvelles dispositions législatives.



Charles Bernard
Président-directeur général
Collège des médecins du Québec



Laurent Matte, président
Ordre des conseillers et
conseillères d'orientation du Québec



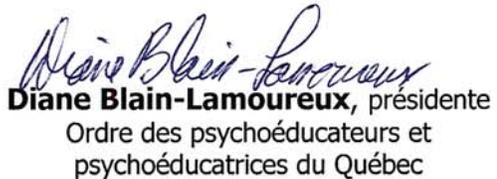
Alain Bibeau
Président-directeur général
Ordre des ergothérapeutes du Québec



Gyslaine Desrosiers
Présidente-directrice générale
Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec



Marie-Pierre Caouette
Présidente et directrice générale
Ordre des orthophonistes et
audiologistes du Québec



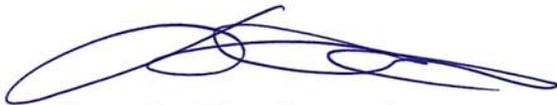
Diane Blain-Lamoureux, présidente
Ordre des psychoéducateurs et
psychoéducatrices du Québec



Rose-Marie Charest, présidente
Ordre des psychologues du Québec



Claude Leblond, président
Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec



Jean Paul Dutrisac, président
Office des professions du Québec

Table des matières

Introduction	8
1. Mise en contexte de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines	10
1.1. La continuité de la modernisation de la pratique professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines	10
1.2. L'encadrement professionnel.....	10
1.3. Le partage des compétences	11
1.4. L'organisation du travail	11
1.5. Intégration des criminologues et sexologues au système professionnel	12
2. La modernisation des champs d'exercice des professionnels qui œuvrent en santé mentale et en relations humaines	13
2.1. Les champs d'exercice mis à jour par le PL n° 21.....	13
2.2. Les critères qui ont guidé la description des champs d'exercice.....	13
2.3. Le champ d'exercice du travailleur social	14
2.4. Le champ d'exercice du thérapeute conjugal et familial	15
2.5. Le champ d'exercice du psychologue	16
2.6. Le champ d'exercice du conseiller d'orientation.....	17
2.7. Le champ d'exercice du psychoéducateur	18
2.8. Le champ d'exercice de l'orthophoniste et de l'audiologiste.....	19
2.8.1. L'orthophoniste	19
2.8.2. L'audiologiste	20
2.9. Le champ d'exercice de l'ergothérapeute	21
2.10. Le champ d'exercice de l'infirmière	22
2.11. Le champ d'exercice du médecin.....	23
2.12. L'information, la promotion et la prévention.....	24
3. La réserve d'activités à risque de préjudice	25
3.1. Les critères pour réserver une activité	25

3.2.	L'effet de l'encadrement par le système professionnel des professionnels qui œuvrent en santé mentale et en relations humaines-----	26
3.3.	Le principe de l'accessibilité compétente-----	26
3.4.	Les activités réservées -----	27
3.4.1.	Les activités d'évaluation réservées -----	27
3.4.2.	Les autres activités réservées -----	29
3.4.3.	Précisions sur ce qui n'est pas réservé-----	29
3.4.3.1.	L'utilisation des outils d'évaluation-----	30
3.5.	Le lien entre l'activité réservée et le champ d'exercice -----	31
3.6.	La portée des activités réservées-----	33
3.6.1.	Évaluer les troubles mentaux-----	33
3.6.2.	Évaluer le retard mental-----	38
3.6.3.	Évaluer les troubles neuropsychologiques, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 -----	40
3.6.4.	Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité -----	44
3.6.5.	Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse-----	48
3.6.6.	Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents -----	51
3.6.7.	Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation-----	53
3.6.8.	Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès -----	55
3.6.9.	Évaluer une personne qui veut adopter un enfant -----	56
3.6.10.	Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant -----	58
3.6.11.	Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique -----	59
3.6.12.	Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins-----	62

3.6.13. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris -----	64
4. Une mesure pour prévenir toute rupture de services-----	67
4.1. L'application des dispositions transitoires de droits acquis pour les personnes non admissibles à un ordre professionnel -----	67
4.2. L'application des dispositions transitoires de droits acquis pour les membres d'un ordre professionnel -----	68
5. L'encadrement de la psychothérapie-----	69
5.1. La définition de la psychothérapie -----	69
5.2. Les interventions qui ne sont pas réservées -----	70
5.3. La réserve de la pratique de la psychothérapie -----	70
5.3.1. Conditions de délivrance du permis de psychothérapeute -----	71
5.3.2. Une formation pertinente -----	71
5.3.3. La reconnaissance des formateurs et des superviseurs -----	72
5.4. La réserve du titre de psychothérapeute-----	72
5.5. La reconnaissance des droits acquis au moment de l'entrée en vigueur de la Loi -----	72
5.6. Des règles communes à respecter pour l'exercice de la psychothérapie -----	73
5.6.1. Des éléments explicatifs-----	73
5.6.2. Des éléments complémentaires -----	74
5.6.3. Les éléments de réussite d'une psychothérapie -----	74
5.7. Une obligation de formation continue -----	74
5.8. Un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie -----	74
Annexe 1 – Lexique -----	76
Annexe 2 – Champs d'exercice -----	80
Annexe 3 – Activités réservées-----	81

Introduction

Le présent guide a pour objet d'expliquer les dispositions du PL n° 21. Les ordres professionnels concernés par le projet de loi ont élaboré un seul et même guide qui sera mis à la disposition du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation et des autres milieux de travail où exercent les professionnels membres de ces ordres.

Il vise à assurer une cohérence et une uniformité d'interprétation dans tous les milieux.

Il s'adresse aux membres des ordres professionnels et aux gestionnaires qui, dans les différents milieux, ont à organiser des équipes de travail en interdisciplinarité. Dans une équipe interdisciplinaire, les résultats des évaluations, des observations et des interventions réalisées par les différents membres de l'équipe sont mis en commun en vue de partager une compréhension globale de la situation et de s'entendre sur des objectifs communs d'intervention. La rubrique « Le contexte de pratique en interdisciplinarité », du présent guide, présente les contributions des professionnels concernés par le PL n° 21, mais ceci n'exclut pas la contribution d'autres intervenants.

Il importe que le sens donné aux dispositions du PL n° 21 soit le même d'une profession à l'autre, d'un établissement à l'autre, dans les directives ou les réponses données dans ces milieux au fil du temps. Les services offerts pour répondre aux besoins de la clientèle devraient être en lien avec la contribution propre aux divers professionnels.

Il est pertinent de rappeler que certains principes, dont la protection des clientèles les plus vulnérables, soutiennent le PL n° 21. La réserve des activités à risque de préjudice aux membres des ordres professionnels ainsi que l'encadrement de la psychothérapie s'inscrivent dans cette logique.

Participants à la rédaction du guide explicatif

Mme Christiane Gagnon, vice-présidente de l'Office des professions du Québec et responsable de la coordination des travaux

M^e Linda Bélanger, Collège des médecins du Québec

Dr Claude Ménard, Collège des médecins du Québec

Mme Martine Lacharité, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec

Mme Louise Tremblay, Ordre des ergothérapeutes du Québec

M^e Hélène D'Anjou, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mme France Laflamme, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mme Marie-Pierre Caouette, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec

Mme Josée Larocque, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec

M. Claude Paquette, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Mme Renée Verville, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

M. Pierre Desjardins, Ordre des psychologues du Québec

M^e Édith Lorquet, Ordre des psychologues du Québec

Mme Natalie Beaugard, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Mme Ghislaine Brosseau, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

M^e Richard Silver, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

M^e Anne-Marie Veilleux, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

M^e Annie Chapados, Ordre professionnel des diététistes du Québec

1. Mise en contexte de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

Cette loi modifie le Code des professions afin de prévoir une redéfinition des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines pour les professions de psychologue, de travailleur social, de thérapeute conjugal et familial, de conseiller d'orientation et de psychoéducateur. Elle établit également pour les membres de ces ordres, de même que pour les infirmières, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, une réserve d'activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

La Loi inclut également dans l'exercice de ces professions les activités d'information, de promotion et de prévention communes à l'exercice de certaines professions de la santé. Elle introduit la prévention du suicide parmi les activités de prévention.

Finalement, la Loi prévoit l'encadrement de la pratique de la psychothérapie. Elle prévoit une définition de la psychothérapie, une réserve de la pratique et du titre de psychothérapeute aux médecins, aux psychologues et aux membres des ordres professionnels dont les membres peuvent être titulaires du permis de psychothérapeute, la gestion du permis par l'Ordre des psychologues du Québec et la création d'un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie¹.

1.1. La continuité de la modernisation de la pratique professionnelle du secteur de la santé et des relations humaines

La première phase de modernisation a débuté, pour les professions de la santé, par l'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (PL n° 90, adopté en juin 2002).

Le PL n° 21, deuxième phase des travaux, concrétise la modernisation devenue nécessaire de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Il a été adopté en juin 2009 à la suite d'une commission parlementaire. Il avait été précédé du PL n° 50 ayant également fait l'objet d'une commission parlementaire en mars 2008.

L'approche développée en santé mentale et en relations humaines prend appui sur les éléments du cadre législatif mis en place par le PL n° 90.

1.2. L'encadrement professionnel

La modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines consiste en :

- ↳ la révision de la définition des champs d'exercice pour qu'ils décrivent les pratiques professionnelles du XXI^e siècle;

1. Notes explicatives qui introduisent le PL n° 21 par l'Éditeur officiel du Québec, 2009.

- ↳ la réserve d'activités qui s'avèrent préjudiciables auprès de clientèles particulièrement vulnérables;
- ↳ l'encadrement de la pratique de la psychothérapie par le système professionnel.

Elle vise les professions suivantes : psychologue, travailleur social, thérapeute conjugal et familial, conseiller d'orientation, psychoéducateur, ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste et audiologiste.

Le PL n° 21 actualise la mission de protection du public des ordres professionnels. Il a pour effet d'obliger les intervenants admissibles à adhérer à leur ordre pour réaliser certaines activités jugées particulièrement préjudiciables, et ce, qu'ils exercent dans le secteur privé, dans les établissements du secteur public de la santé et des services sociaux, le réseau scolaire, les organismes communautaires ou ailleurs. L'appartenance à un ordre professionnel garantit que le professionnel détient les compétences minimales requises pour l'exercice des activités qui lui sont réservées et qu'il est visé par les mécanismes de protection du public, tels le contrôle de la qualité de l'exercice professionnel, la déontologie et la formation continue.

1.3. Le partage des compétences

Le PL n° 21 éclaire sur la particularité de chacune des professions, favorise une utilisation optimale des compétences dans une perspective interdisciplinaire et multidisciplinaire afin d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et d'offrir des services de qualité à la population.

1.4. L'organisation du travail

Le PL n° 21 apporte des modifications au Code des professions, loi-cadre du système professionnel, ainsi qu'à certaines lois particulières². Les lois professionnelles ainsi modernisées fournissent, entre autres, aux gestionnaires de la santé et des services sociaux des moyens supplémentaires pour organiser le travail des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires. L'objectif consiste par conséquent à optimiser l'accessibilité aux services et la contribution de chaque professionnel et, partant, l'efficacité des équipes de travail.

Il relie l'intervention professionnelle aux connaissances et aux compétences que procure la formation reçue, et ce, sur la base des diplômes ou de leur équivalent qui donnent actuellement accès aux permis des ordres professionnels.

Précisons que le travail des intervenants autres que les membres des ordres professionnels n'est pas décrit de façon détaillée dans le présent guide. En effet, ce dernier porte sur les modifications apportées aux lois professionnelles et, surtout, ne vise pas à décrire ou préciser les modalités d'organisation du travail, qui demeurent la responsabilité des employeurs des milieux concernés. En ce qui a trait à la contribution des techniciens en travail social, des techniciens en éducation spécialisée et des techniciens en intervention en délinquance, un portrait de leurs interventions en lien avec les activités réservées par le

2. Loi sur les infirmières et les infirmiers; Loi médicale.

PL n° 21 peut être consulté dans le rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines³.

1.5. Intégration des criminologues et sexologues au système professionnel

Dans le cadre de son mandat, le comité d'experts⁴ chargé de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines a proposé des solutions concernant certains groupes d'intervenants qui ne sont pas intégrés au système professionnel.

Dans ce contexte, les professions de criminologue et de sexologue ont fait l'objet de propositions particulières parce que le comité d'experts considérait qu'il existe des liens entre la pratique de ces dernières et celle des professions reconnues œuvrant dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines.

Les experts ont proposé qu'elles soient reconnues à titre de profession au sens du système professionnel, avec une définition de champ d'exercice et des activités réservées.

Au moment de la tenue de la Commission parlementaire relative au PL n° 50 (première version du PL n° 21), le ministre de la Justice, responsable de l'application des lois professionnelles, a confié à l'Office des professions le mandat d'entreprendre les démarches nécessaires auprès des criminologues et des sexologues afin de les intégrer au système professionnel et de leur réserver les activités proposées dans le rapport du comité d'experts : *Partageons nos compétences — Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*.

L'Office est responsable de l'exécution de ce mandat ministériel. Le processus d'intégration au système professionnel est en cours.

Le présent guide sera mis à jour, le cas échéant, pour introduire ces deux groupes de professionnels dès qu'un décret gouvernemental entérinera leur intégration au système professionnel.

3. www.opq.gouv.qc.ca

4. Le comité d'experts a été formé par l'Office des professions en janvier 2004. Ce comité était présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau et avait pour mandat de poursuivre les travaux du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, présidé par le Dr Roch Bernier. Le comité d'experts a déposé en novembre 2005 son rapport sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines.

2. La modernisation des champs d'exercice des professionnels qui œuvrent en santé mentale et en relations humaines

2.1. Les champs d'exercice mis à jour par le PL n° 21

Les modifications apportées au Code des professions modernisent les champs d'exercice des professionnels qui pratiquent dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

Des descriptions actualisées de la pratique du travailleur social, du thérapeute conjugal et familial, du psychologue, du conseiller d'orientation et du psychoéducateur sont introduites au Code des professions.

Pour leur part, les champs d'exercice de l'orthophoniste et de l'audiologiste, de l'ergothérapeute, de l'infirmière et du médecin ont été revus lors de l'adoption du PL n° 90.

C'est dans le cadre du champ d'exercice que s'exercent les activités réservées pour chaque profession visée dans le PL n° 21.

2.2. Les critères qui ont guidé la description des champs d'exercice

Les champs d'exercice sont descriptifs et non réservés.

L'actualisation des champs d'exercice professionnel est basée sur les principes suivants :

- ↪ être suffisamment précis pour permettre de distinguer une profession d'une autre et établir ainsi sa marque distinctive;
- ↪ être concis afin de s'en tenir à l'essentiel et aux actes pratiqués par la majorité des membres;
- ↪ préciser la finalité de l'intervention du professionnel dans ce qu'elle a de particulier;
- ↪ éviter les listes détaillées d'activités, les descriptions de tâches, les énumérations de moyens, de milieux, de lieux de pratique ou de clientèles;
- ↪ omettre toute mention relative aux biens ou services, aux méthodes et aux techniques utilisées.

Le champ ne prétend pas couvrir l'ensemble d'une discipline, mais plutôt en énoncer les principales activités afin d'en saisir la nature et la finalité. Le contenu des champs est limité aux éléments constitutifs suivants :

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

L'expression « l'être humain en interaction avec son environnement » reflète le travail des professionnels auprès des individus, des couples, des familles, des groupes, des collectivités et des organisations. Selon la profession, l'environnement peut être plus ou moins étendu, et la perspective de l'intervention peut différer d'une profession à l'autre. Les champs

d'exercice de l'ergothérapeute, de l'infirmière, du médecin, de l'orthophoniste et de l'audiologiste, déjà modifiés dans le cadre du PL n° 90, ont été ajustés dans le même sens.

2.3. Le champ d'exercice du travailleur social

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

Le travailleur social évalue le fonctionnement social dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. Cette personne peut être un individu, un couple, une famille, un groupe ou une collectivité.

Quant à l'environnement, il concerne le milieu de vie de la personne, ses réseaux d'appartenance, ainsi que ses conditions matérielles et sociétales. Ce paradigme est au cœur de l'évaluation et de l'intervention du travailleur social, lesquelles se fondent sur la défense des droits de la personne et sur la promotion des principes de justice sociale.

L'évaluation d'une personne par le travailleur social réfère à la façon dont celle-ci exerce ses divers rôles sociaux ainsi qu'aux moyens dont elle et son environnement disposent pour lui permettre d'accomplir ces rôles avec satisfaction, selon ses besoins et sa réalité. Sous réserve des activités réservées au travailleur social aux points 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.8, 3.6.9, 3.6.10 et 3.6.12, l'évaluation du fonctionnement social présente dans le champ d'exercice du travailleur social n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

Dans ce contexte, le plan d'intervention auquel réfère le champ d'exercice du travailleur social n'a pas pour effet de lui réserver cette activité. Toute personne désignée par les établissements pourra continuer à déterminer et mettre en œuvre le plan d'intervention, sous réserve de l'activité qui est réservée au travailleur social au point 3.6.7.

Les interventions du travailleur social consistent généralement en la détermination d'un plan d'intervention sociale dont il assure la mise en œuvre seul ou au sein d'une équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire, ou encore en collaboration avec d'autres partenaires.

L'essentiel de la pratique

Le travailleur social vise l'amélioration du fonctionnement social d'une personne, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité lorsque ces derniers désirent rendre plus satisfaisante une situation selon leurs aspirations. Le travailleur social croit en la valeur intrinsèque de la personne, son droit à l'autodétermination et à l'autonomie. Par ses activités professionnelles, il met en place avec les personnes, les groupes et les collectivités, des conditions favorisant le développement de leur pouvoir d'agir et la réalisation de leurs potentiels et de leurs ambitions. Il vise à répondre à leurs besoins psychosociaux et communautaires, par des interactions sociales et une participation satisfaisante à la vie de la société.

Une finalité particulière

La finalité de la pratique du travailleur social est l'atteinte d'un équilibre entre les besoins d'une personne ou d'une collectivité et la capacité de l'environnement à répondre à ces besoins. Le résultat poursuivi est de favoriser et de renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leurs relations interpersonnelles, l'accomplissement de leurs rôles sociaux et l'exercice de leurs droits individuels et sociaux.

2.4. Le champ d'exercice du thérapeute conjugal et familial

Évaluer la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles, déterminer un plan de traitement et d'intervention ainsi que restaurer et améliorer les modes de communication dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

Le thérapeute conjugal et familial procède à une évaluation clinique de la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles. Sur le plan de l'intervention, le thérapeute conjugal et familial procède donc au traitement de la dynamique relationnelle des couples, des familles et de leurs membres. Il évalue notamment les processus de communication, les interactions, les aspects structuraux du système et des sous-systèmes familiaux, tels le couple et la fratrie. Il étudie aussi l'histoire de la personne, de son couple, de sa famille immédiate et d'origine en dégagant les enjeux intergénérationnels. Il considère l'ensemble des problèmes présents plutôt que de les fragmenter, en les situant dans leur contexte. Il dégage la fonction des problèmes présents, départageant et mettant en interrelation les facteurs individuels, interpersonnels, familiaux et écosystémiques. Il élabore et communique des hypothèses individuelles et relationnelles, formule des recommandations et détermine un plan de traitement et d'intervention avec les clients.

Sous réserve des activités qui lui sont réservées aux points 3.6.4, 3.6.8 et 3.6.9, l'évaluation de la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles présente dans le champ d'exercice du thérapeute conjugal et familial n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

L'essentiel de la pratique

La pratique du thérapeute conjugal et familial se fonde essentiellement sur des interventions thérapeutiques auprès des couples et des familles, et implique la détermination, avec les personnes, d'objectifs de changements à atteindre associés au plan thérapeutique approprié.

Le thérapeute conjugal et familial intervient en procédant au traitement des dynamiques relationnelles afin de restaurer et d'améliorer les processus interactionnels et les modes de communication des couples, des familles et de leurs membres. Il instaure un processus de changement s'appuyant sur la force des liens pour diminuer les interactions négatives et dénouer les impasses relationnelles conjugales et familiales.

Une finalité particulière

Le thérapeute conjugal et familial intervient dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'individu en interaction avec son environnement. Ces interventions restaurent et améliorent les modes de communication au sein des couples et des familles.

2.5. Le champ d'exercice du psychologue

Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

Le psychologue évalue le fonctionnement psychologique, lequel constitue l'objet d'étude et d'intervention de la profession. Il évalue également le fonctionnement mental afin d'en identifier les troubles, au sens d'un dysfonctionnement, d'une altération des fonctions mentales, tels le retard mental, les troubles mentaux et les troubles neuropsychologiques. Sous réserve des activités qui lui sont réservées et qui sont décrites aux points 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3, 3.6.4, 3.6.6, 3.6.8, 3.6.9, 3.6.11 et 3.6.12, l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental présente dans le champ d'exercice du psychologue n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

L'évaluation du fonctionnement psychologique et mental consiste à évaluer notamment les affects, aptitudes, attitudes, cognitions, goûts, intérêts, motivations, ressources et autres, et ce, en vue d'établir un portrait de la personne évaluée, de faire des recommandations ou de déterminer un plan d'intervention.

L'essentiel de la pratique

La définition du champ d'exercice réfère, entre autres, à la pratique d'un clinicien qui œuvre en cabinet privé, en établissement de santé et de services sociaux ou encore en établissement du réseau scolaire. Le champ d'exercice représente également l'intervention de psychologues qui agissent auprès des groupes et des organisations en milieu scolaire ou en milieu de travail. À cet égard, la finalité du champ d'exercice du psychologue qui vise à favoriser la santé psychologique de l'être humain en interaction avec son milieu s'applique aussi au bon fonctionnement des groupes et des organisations.

Une finalité particulière

Le psychologue intervient dans le but de favoriser la santé psychologique des individus, des couples, des familles, des groupes et des organisations. Ses interventions font la promotion d'une meilleure santé psychologique ou visent à établir un bon état de santé psychologique.

Il intervient également pour rétablir la santé mentale. Lorsque la santé mentale est détériorée, un nouvel équilibre est à réinstaurer et le psychologue dispose alors, pour ce faire,

d'un ensemble d'interventions et de traitements qu'il peut déterminer, recommander ou appliquer lui-même.

2.6. Le champ d'exercice du conseiller d'orientation

Évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, intervenir sur l'identité ainsi que développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de permettre des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

Le conseiller d'orientation évalue le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu. Sous réserve des activités qui lui sont réservées et qui sont décrites aux points 3.6.1, 3.6.2, 3.6.4 et 3.6.11, l'évaluation du fonctionnement psychologique, des ressources personnelles et des conditions du milieu présente dans le champ d'exercice du conseiller d'orientation n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

Évaluer, dans un contexte d'orientation professionnelle, consiste à porter un jugement clinique dans le cadre d'un processus permettant d'apprécier la situation d'une personne au regard de son cheminement vocationnel ou de son insertion socioprofessionnelle. Le conseiller d'orientation détermine, par la suite, un plan d'intervention permettant de développer chez la personne sa capacité à s'orienter, à faire des choix personnels et professionnels et à réaliser des projets d'études ou de carrière. Ainsi, le conseiller d'orientation doit considérer les trois aspects, soit le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu dans l'évaluation de la situation de la personne.

Il intervient également pour que la personne maintienne des stratégies actives d'adaptation lorsqu'elle est confrontée à des choix ayant des impacts sur l'ensemble de sa vie, principalement sur le plan des études et du travail.

C'est dans ce contexte que le conseiller d'orientation intervient sur des aspects problématiques liés à l'identité et au développement de la personne, ainsi qu'aux processus psychologiques sous-jacents.

L'essentiel de la pratique

La pratique du conseiller d'orientation consiste à outiller la personne afin qu'elle puisse développer et affirmer son autonomie professionnelle. Ses interventions visent le développement de la personne en portant une attention particulière à la dimension professionnelle. La clientèle du conseiller d'orientation peut également être constituée de groupes ou d'organisations.

Une finalité particulière

La finalité de la pratique du conseiller d'orientation reflète la multiplicité des problèmes éprouvés par sa clientèle. La pratique contemporaine implique des interventions qui peuvent survenir tout au long de la vie d'une personne afin de permettre à cette dernière de faire des choix personnels autant que professionnels et de rétablir son autonomie professionnelle.

2.7. Le champ d'exercice du psychoéducateur

Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

Le psychoéducateur intervient auprès de personnes ayant développé ou étant en voie de développer une relation inappropriée avec leur environnement.

Le psychoéducateur évalue les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives. Sous réserve des activités qui lui sont réservées et qui sont décrites aux points 3.6.4, 3.6.5, 3.6.6, 3.6.7, 3.6.11 et 3.6.12, l'évaluation des difficultés d'adaptation et des capacités adaptatives présente dans le champ d'exercice du psychoéducateur n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

L'évaluation du psychoéducateur consiste à porter un jugement clinique dans le cadre d'un processus qui analyse les causes et la dynamique des perturbations observées dans les relations de la personne avec son environnement. Elle est centrée sur trois axes : la personne, son environnement et l'interaction entre la personne et le réseau dans lequel cette dernière évolue. Le psychoéducateur documente et appuie son analyse notamment par de l'observation participante, réalisée à travers un vécu privilégié avec la personne. Le psychoéducateur établit un pronostic sur les capacités adaptatives de la personne dans le but de déterminer et de mettre en œuvre le plan d'intervention qui en découle.

Dans ce contexte, le plan d'intervention auquel réfère le champ d'exercice du psychoéducateur n'a pas pour effet de lui réserver cette activité. Toute personne désignée par les établissements pourra continuer à déterminer et à mettre en œuvre le plan d'intervention, sous réserve de l'activité réservée au point 3.6.7.

Le psychoéducateur intervient également afin de rétablir et de développer les capacités adaptatives de la personne, et de contribuer au développement des conditions du milieu dans le cadre de cette adaptation. Qu'elle soit de nature préventive ou rééducative, l'intervention psychoéducative porte à la fois sur l'organisation et l'animation de certains éléments du milieu environnant et sur leur relation avec la personne.

L'essentiel de la pratique

L'intervention psychoéducative repose sur une évaluation des capacités adaptatives de la personne telles qu'elles se manifestent dans son milieu de vie habituel. Le psychoéducateur prend part à l'expérience vécue par la personne et l'utilise dans le but d'accroître les capacités adaptatives de cette dernière. Ainsi, cette expertise qu'il a développée lui permet de modifier et de mettre à profit des éléments significatifs de l'environnement au sein duquel la personne est appelée à agir, compte tenu de son âge et de ses conditions de vie.

Une finalité particulière

La finalité de la pratique de la psychoéducation est d'amener la personne aux prises avec des difficultés d'adaptation à son niveau d'adaptation optimal compte tenu de son âge, de son niveau de développement et des ressources disponibles. Le résultat poursuivi est le maintien ou le développement d'un équilibre harmonieux et satisfaisant entre la personne et son milieu.

2.8. Le champ d'exercice de l'orthophoniste et de l'audiologiste

Évaluer les fonctions de l'audition, du langage, de la voix et de la parole, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain en interaction avec son environnement.

2.8.1. L'orthophoniste

La marque distinctive de la profession

L'orthophoniste évalue les fonctions du langage (volets expressif et réceptif dans leurs modalités orales, écrites et non orales), de la voix et de la parole. Il analyse les informations recueillies sur les plans du système nerveux, linguistique, communicationnel et relationnel à partir de tests normés et d'outils non standardisés afin de mesurer la performance en situations réelles, en tenant compte de l'individu dans son environnement, des éléments facilitateurs présents, des situations de handicap qu'il rencontre et en documentant la réponse à l'intervention. Il détermine alors un plan de traitement et un plan d'intervention orthophoniques dont il assume la réalisation en collaboration avec différents intervenants. L'orthophoniste travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire.

L'orthophoniste se distingue par sa capacité à avoir une vision systémique de la communication, qui le guide dans son évaluation des troubles du langage, de la parole et de la voix et dans l'établissement de plans de traitement et d'intervention orthophoniques. Sous réserve des activités qui lui sont réservées et qui sont décrites aux points 3.6.11 et 3.6.12 ainsi qu'à l'article 37.1, 1^{er} alinéa, paragraphe 2^o aux sous-paragraphe c) et d) du Code des professions, l'évaluation des fonctions du langage, de la voix et de la parole présente dans le champ d'exercice de l'orthophoniste n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

L'essentiel de la pratique

L'orthophoniste intervient autant en prévention des difficultés langagières qu'en évaluation et en rééducation. Il utilise un cadre conceptuel de production du handicap qui n'est pas basé sur la déficience mais sur les impacts de la déficience dans différents contextes.

L'orthophoniste accompagne la personne dans son adaptation à sa condition. Il œuvre également auprès de l'entourage de la personne. Il intervient autant auprès de la famille que des membres de l'équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire à qui il procure l'information et le soutien nécessaires pour favoriser leurs échanges communicationnels ou leurs interventions.

Une finalité particulière

Les interventions de l'orthophoniste ont pour but de diminuer les situations de handicap liées à la déficience langagière. Elles visent à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes de communication de la personne en interaction avec son environnement.

2.8.2. L'audiologiste

La marque distinctive de la profession

L'audiologiste évalue les fonctions de l'audition. Il effectue une évaluation globale des besoins en lien avec les capacités auditives et les habitudes de vie de la personne afin d'augmenter ou de rétablir l'aptitude des personnes à entendre et à communiquer par différents moyens, tels qu'appareils d'amplification auditive, implants, stratégies de communication, réaménagement acoustique des milieux de vie ou de travail. En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire, l'audiologiste participe à la détermination du plan d'intervention. De même, il détermine et met en œuvre un plan de traitement.

L'évaluation des fonctions de l'audition présente dans le champ d'exercice de l'audiologiste n'a pas pour effet de lui réserver cette activité, sous réserve des activités qui lui sont réservées et qui sont décrites aux points 3.6.11 et 3.6.12 ainsi qu'à l'article 37.1, 1^{er} alinéa, paragraphe 2^o aux sous-paragraphes a) b) c) du Code des professions.

L'essentiel de la pratique

L'audiologiste intervient autant en prévention des problèmes auditifs qu'en évaluation et en rééducation. Il utilise un cadre conceptuel de production du handicap qui n'est pas basé sur la déficience mais sur les impacts de la déficience dans différents contextes.

L'audiologiste s'assure que les besoins des personnes en matière d'aides auditives ou de toute autre aide technique compensatoire soient pris en compte afin de leur fournir des services adaptés et complets qui favoriseront leur autonomie et leur intégration familiale, scolaire, professionnelle et sociale.

Une finalité particulière

L'évaluation et les interventions de l'audiologiste ont pour but de diminuer les situations de handicap liées à la déficience auditive et aux troubles du système auditif. Elles visent à améliorer ou à rétablir la communication de la personne de façon à optimiser ses interactions avec son environnement.

2.9. Le champ d'exercice de l'ergothérapeute

Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

L'ergothérapeute évalue les habiletés fonctionnelles d'une personne, notamment à travers la réalisation des activités de la vie courante.

L'ergothérapeute évalue et analyse l'impact de divers troubles, notamment les troubles mentaux, neuropsychologiques, physiques ou du développement, ainsi que des facteurs environnementaux (physiques, socioculturels) sur les habiletés fonctionnelles de la personne et sur sa performance dans la réalisation de ses habitudes de vie (activités de la vie quotidienne, activités ludiques, études, travail). L'ergothérapeute porte un jugement clinique sur les habiletés fonctionnelles de la personne et sur sa capacité à réaliser ses habitudes de vie en tenant compte de ses aptitudes, de ses capacités et de ses incapacités sur les plans cognitif, moteur, perceptif, sensoriel, affectif et relationnel, ainsi que de l'environnement dans lequel elle évolue. Sous réserve des activités qui lui sont réservées et qui sont décrites aux points 3.6.4, 3.6.11 et 3.6.12 ainsi qu'à l'article 37.1, 1^{er} alinéa paragraphe 4^o, sous-paragraphe a) du Code des professions, l'évaluation des habiletés fonctionnelles présente dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute n'a pas pour effet de lui réserver cette activité.

Le plan de traitement ou d'intervention déterminé par l'ergothérapeute vise à développer, restaurer et maintenir les aptitudes de la personne et lui donner la possibilité d'accomplir les activités nécessaires à la réalisation de ses habitudes de vie. Il vise également à compenser les incapacités de la personne, diminuer les situations de handicap qu'elle vit, notamment par l'adaptation de son environnement et le soutien à sa famille et à son milieu de vie, de même qu'à faciliter la réalisation de ses habitudes de vie.

L'essentiel de la pratique

L'intervention de l'ergothérapeute repose sur l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne et sur son implication dans des occupations significatives dans le but de favoriser son autonomie. Les forces et les difficultés de la personne, ses ressources personnelles ainsi que les limites et les ressources de son environnement sont mises en relation avec les exigences posées par les occupations exercées. Cette analyse permet à l'ergothérapeute de

déterminer des modalités d'intervention adaptées aux besoins de la personne en harmonie avec son environnement.

Une finalité particulière

La pratique de l'ergothérapeute consiste à amener la personne aux prises avec un dysfonctionnement physique ou mental à un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle.

L'intervention de l'ergothérapeute permet également de diminuer les situations de handicap, de maintenir, rétablir ou améliorer le bien-être et la qualité de vie d'une personne et de ses proches, d'un groupe ou d'une collectivité dans le but de favoriser la participation à des activités significatives pour les personnes.

2.10. Le champ d'exercice de l'infirmière

Évaluer l'état de santé, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs.

La marque distinctive de la profession

La profession d'infirmière vise le maintien, le rétablissement ou l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie d'une personne, d'une famille, d'un groupe et d'une collectivité. Pour ce faire, elle tient compte de la personne dans sa globalité ainsi que de ses interactions avec l'environnement.

L'exercice infirmier se distingue par l'évaluation et la surveillance clinique de la condition de santé physique et mentale de la personne et par la prestation de soins et de traitements. L'évaluation implique que l'infirmière porte un jugement sur la situation clinique de la personne après avoir analysé les données dont elle dispose. Cette évaluation lui permet de détecter des complications, de déceler des problèmes de santé, de déterminer leur degré de gravité ou d'urgence, et d'établir des priorités et des conditions d'intervention. Elle permet aussi d'entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance, de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier, d'intervenir ou de diriger la personne vers un autre professionnel de la santé et des services sociaux ou vers une ressource appropriée.

L'essentiel de la pratique

L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne, la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes constituent l'essentiel de la pratique infirmière quel que soit le lieu d'exercice. Le suivi infirmier comprend, entre autres, la détermination et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, la dispensation des soins et des traitements infirmiers et médicaux requis par la condition de santé de la personne incluant le fait de mettre en œuvre des mesures diagnostiques et thérapeutiques ainsi que l'ajustement de médicaments selon une ordonnance, de même

que l'évaluation et le renforcement de la capacité de la personne à prendre en charge sa situation de santé.

Une finalité particulière

La pratique infirmière a pour but de maintenir et de rétablir la santé d'une personne, de favoriser son autonomie au regard de son état de santé et de son bien-être, selon ses capacités et les ressources comprises dans son environnement, et ce, quelle que soient l'étape de la vie ou la phase de la maladie. Cela signifie que l'infirmière intervient tout au long de la trajectoire de soins incluant la phase de réadaptation.

2.11. Le champ d'exercice du médecin

Évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé, prévenir et traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.

La marque distinctive de la profession

Le médecin détient l'expertise pour diagnostiquer toute déficience de la santé, tant physique que mentale.

L'expertise du médecin peut être requise dans toutes les situations visées par la réserve d'activités dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines.

Le diagnostic, qui leur est exclusivement réservé, comprend toutes les évaluations réservées aux professionnels de la santé mentale et des relations humaines. L'ensemble des activités, liées au diagnostic et au traitement de la maladie qui sont réservées au médecin, inclut l'évaluation de la personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique.

L'essentiel de la pratique

La perspective de l'intervention médicale est globale. Le médecin intervient pour prévenir et traiter les maladies physiques et mentales. Cette définition, bien que générale, implique, entre autres, l'établissement du diagnostic et la détermination du traitement médical.

Une finalité particulière

Le but ultime de la pratique de la médecine est la santé ou son rétablissement, le cas échéant. Elle vise le fonctionnement optimal de l'organisme humain.

2.12. L'information, la promotion et la prévention

Depuis l'entrée en vigueur en 2003 de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, des éléments sont partagés par tous – soit l'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux. Le PL n° 21 ajoute la prévention du suicide. Il importe de rappeler que ces éléments ne sont pas réservés. La Loi indique cependant qu'ils font partie de la pratique pour laquelle le professionnel est imputable au regard de la protection du public.

3. La réserve d'activités à risque de préjudice

Le PL n° 21 introduit une réserve d'activités à certaines professions à titre réservé.

Après analyse des activités rattachées à la pratique des professionnels qui exercent en santé mentale et en relations humaines, il s'est avéré que certaines activités devaient être réservées en raison du risque de préjudice lié à leur réalisation ainsi que des compétences requises et des connaissances exigées pour les exercer⁵.

La réserve d'activités offre les garanties et l'imputabilité propres au système professionnel à certaines catégories de personnes dans des contextes particuliers.

3.1. Les critères pour réserver une activité

Les critères suivants ont servi à identifier les activités qui nécessitent d'être réservées, soit :

- ↵ le risque de préjudice;
- ↵ la formation liée au degré de complexité que comportent les activités, critère sous-tendant que seules les personnes ayant les compétences pour accomplir une activité sont habilitées à le faire;
- ↵ les clientèles vulnérables;
- ↵ les contextes particuliers.

Les activités ont été considérées préjudiciables lorsqu'elles :

- ↵ présentent un caractère irrémédiable;
- ↵ sont complexes;
- ↵ impliquent un haut degré de technicité;
- ↵ sont contre-indiquées dans certaines situations;
- ↵ peuvent causer ou entraîner des complications;
- ↵ peuvent entraîner ou accentuer une atteinte à l'intégrité physique ou morale, notamment sous forme de blessure, de dépendance, de dommage de nature psychologique, de douleur morale ou d'incapacité;
- ↵ comportent un potentiel d'abus physique, émotif ou sexuel;
- ↵ peuvent causer ou entraîner des perturbations, telles l'aliénation, la dépendance ou la détresse;
- ↵ peuvent causer ou 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.

Complémentarité

Le fait de réserver des activités, dans certaines circonstances et pour certaines clientèles, à des professionnels formés et compétents permet d'encadrer la pratique professionnelle dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines. Les activités qui font appel à des compétences détenues par plus d'une profession sont partagées. Il importe toutefois de préciser que, bien que le libellé soit le même pour tous les professionnels exerçant l'activité

5. Trudeau, de Grandmont, Lafrance et Poitras, dans *Le système sanitaire au Québec* (2007), page 267.

en partage, l'activité de l'un diffère de celle de l'autre puisque la finalité propre à chaque profession n'est pas la même. Les différents professionnels ne sont donc pas interchangeables, mais plutôt complémentaires dans l'exercice d'une activité partagée. Par conséquent, le recours à plus d'un professionnel pour exercer une même activité demeure possible et parfois souhaitable en contexte d'interdisciplinarité, compte tenu de la contribution unique de chacun.

Ainsi, en ce qui concerne l'activité « évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité », cela signifie que le travailleur social évalue son fonctionnement social, alors que le psychoéducateur évalue ses difficultés d'adaptation et ses capacités adaptatives. Cette logique est la même pour toutes les autres professions visées par cette réserve. Le champ d'exercice de chaque profession vient ici qualifier la nature et la finalité de l'activité d'évaluation réservée à un groupe de professionnels. Un même mot, « évaluation », mais une portée différente pour chacun des professionnels visés.

Le secteur de la santé mentale et des relations humaines comporte des activités qui sont à risque de préjudice. Auparavant, mis à part les activités médicales et infirmières ainsi que celles déjà réservées à l'ergothérapeute, à l'orthophoniste et à l'audiologiste, aucune autre activité n'était réservée aux membres d'un ordre professionnel dans ce domaine d'intervention. Ce contexte a nécessité d'agir avec circonspection pour réserver des activités tout en conservant la souplesse d'intervention qui va de pair avec l'accessibilité des soins et des services.

3.2. L'effet de l'encadrement par le système professionnel des professionnels qui œuvrent en santé mentale et en relations humaines

Le PL n° 21 s'inscrit dans le cadre des fondements existants du système professionnel, dont l'imputabilité, la responsabilité et la formation continue.

En réservant certaines activités, non seulement le PL n° 21 assure l'application de ces fondements aux activités, mais il a un effet structurant dans les établissements du secteur public où de nombreux professionnels n'ont pas l'obligation d'appartenir à leur ordre pour exercer leur profession. Le PL n° 21 garantit aux clientèles les plus vulnérables que les évaluations et interventions qui comportent un risque élevé de préjudice seront accomplies par des professionnels, membres de leur ordre, et qu'elles seront, par le fait même, couvertes par les mécanismes de protection du public, les professionnels impliqués étant imputables au sens du système professionnel.

3.3. Le principe de l'accessibilité compétente

Le PL n° 21 résulte de travaux basés, entre autres, sur le principe de l'accessibilité compétente. Par conséquent, il favorise l'organisation du travail en utilisant les connaissances et les compétences de chacun pour dispenser le service approprié par une personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise.

3.4. Les activités réservées

3.4.1. Les activités d'évaluation réservées

Les principales activités réservées par le PL n° 21 portent sur l'évaluation (11 activités sur 13). Il importe de bien saisir la nature, le contexte et la finalité de l'évaluation réservée par le PL n° 21.

- ↵ Évaluer les troubles mentaux;
- ↵ Évaluer le retard mental;
- ↵ Évaluer les troubles neuropsychologiques;
- ↵ Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↵ Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse;
- ↵ Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;
- ↵ Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès;
- ↵ Évaluer une personne qui veut adopter un enfant;
- ↵ Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant;
- ↵ Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↵ Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

L'évaluation, telle que déjà définie dans le cadre de l'implantation du PL n° 90, est maintenue dans le cadre de l'application du PL n° 21 :

L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.

Les évaluations réservées requièrent des connaissances et des compétences particulières. Ainsi, la réalisation des évaluations réservées ne peut être accomplie que par des professionnels membres de leur ordre.

L'évaluation réservée implique le jugement clinique du professionnel, au même titre que le diagnostic du médecin, ainsi que la communication de ce jugement.

Pour bien comprendre la portée des évaluations réservées, il faut en préciser la nature et la rattacher au **risque élevé de préjudice** lié au jugement clinique porté sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose, et aux conséquences pouvant être irrémédiables par la communication des conclusions de ce jugement.

- ↳ Les évaluations réservées sont celles qui requièrent une **expertise** faisant appel à des habiletés et des compétences particulières :
 - pour déterminer et utiliser les outils ou les instruments validés aux fins de l'évaluation et pour interpréter les résultats;
 - pour élaborer une hypothèse clinique;
 - pour interpréter de façon globale les différents facteurs ayant un impact sur l'état et la situation de la personne et les mettre en lien avec la problématique vécue;
 - pour anticiper les conséquences, à moyen et à long terme, des diverses interventions qui pourraient être ou ne pas être effectuées par la suite, et ce, de manière à prévenir tout risque de préjudice grave;
 - pour produire des synthèses interprétatives fondées sur les faits et appuyées sur des théories scientifiques;
 - pour statuer et rendre compte de son évaluation et des conclusions qu'elle comporte aux personnes, instances administratives ou juridiques concernées.
- ↳ Il s'agit d'**évaluations différentielles ou multifactorielles**.
- ↳ Ces évaluations, incluant leurs conclusions, ont **statut d'autorité** au plan professionnel. **La communication** de ces conclusions comporte **des risques de préjudice, des conséquences qui peuvent être irrémédiables et dont le professionnel est imputable**.

Catégories d'évaluation réservées par le PL n° 21

On peut distinguer trois catégories d'évaluation réservées par le PL n° 21 :

- 1) Les évaluations qui sont **liées à l'identification de troubles** : présentées aux sections 3.6.1 à 3.6.3 du guide explicatif. Émettre une conclusion sur la présence de tels troubles est réservé aux professionnels visés.

Les trois activités réservées concernées sont :

- ↳ Évaluer les troubles mentaux;
- ↳ Évaluer le retard mental;
- ↳ Évaluer les troubles neuropsychologiques.

- 2) Les évaluations qui visent à **protéger les clientèles vulnérables** : présentées aux sections 3.6.4 et 3.6.12 du guide explicatif. Elles garantissent aux clientèles les plus vulnérables d'être évaluées par des professionnels responsables et imputables. La détermination du plan d'intervention qui résulte de cette évaluation de même que l'application du plan ne sont pas réservées.

Les deux activités réservées concernées sont :

- ↪ Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↪ Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

- 3) Les évaluations de clientèles **vulnérables dans certains cadres juridiques** : présentées aux sections 3.6.5 à 3.6.11 du guide explicatif. (Note : autorisation aux techniciens en travail social (TTS) à 3.6.5)

Les six activités réservées sont :

- ↪ Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse;
- ↪ Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;
- ↪ Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès;
- ↪ Évaluer une personne qui veut adopter un enfant;
- ↪ Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant;
- ↪ Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique.

3.4.2. Les autres activités réservées

- ↪ Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
- ↪ Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

3.4.3. Précisions sur ce qui n'est pas réservé

Sous réserve de l'activité décrite à la section 3.6.7 (Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation), la détermination du plan d'intervention n'est pas réservée.

La détection, le dépistage et l'appréciation ne sont pas réservés, non plus que la contribution à un diagnostic ou à la conclusion de l'identification d'un trouble.

La détection

Activité qui consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risques dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices.

Le dépistage

Activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes.

L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée.

L'appréciation

Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments.

La contribution

Activité qui réfère à l'aide apportée par différents intervenants à l'exécution de l'activité réservée au professionnel.

La notion de contribution ne permet pas de prendre l'initiative de ladite activité ni de l'exercer en toute autonomie, mais plutôt d'agir en collaboration avec le professionnel à qui l'activité a été réservée. Elle permet également d'exécuter tout acte inclus dans cette activité conjointement avec le professionnel à qui elle a été réservée. L'étendue de la contribution ou de la collaboration est déterminée par ce même professionnel.⁶

3.4.3.1. L'utilisation des outils d'évaluation

En matière d'évaluation, le PL n° 21 reflète l'intention des experts de faciliter l'organisation du travail par le partage d'activités réservées tout en ne s'ingérant pas dans l'utilisation des outils d'évaluation. De ce fait, l'utilisation des outils d'évaluation n'est l'objet d'aucune activité réservée. Toutefois, les principes qui ont guidé les travaux de modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, plus particulièrement ceux qui soutiennent l'exercice en interdisciplinarité, l'accessibilité compétente aux soins et aux services et la nécessité de garder la personne au centre des préoccupations, devraient également guider les pratiques des professionnels à l'égard de l'utilisation des outils d'évaluation.

6. Source : *Guide d'application de la Loi 90*, mise à jour du 2003-04-29.

Ainsi, bien que des outils d'évaluation puissent être utilisés par des professionnels de disciplines différentes et que le choix des outils d'évaluation demeure la responsabilité de chaque professionnel, eu égard à son champ d'exercice, les éléments suivants devraient être considérés lors de ce choix :

- ↪ les caractéristiques particulières et parfois uniques des outils : nature des éléments les constituant, finalité, validité, fidélité et autres qualités métrologiques;
- ↪ les clientèles pour lesquelles les outils ont été standardisés (âge, sexe, problématiques en cause, caractéristiques personnelles, sociales, ethniques, communautaires et autres);
- ↪ la concordance entre la nature et l'étendue de l'information ainsi que les conclusions que les outils permettent d'obtenir et l'objectif visé par l'évaluation;
- ↪ le fait que certains outils, particulièrement les outils psychométriques, perdent leur validité lorsqu'ils sont utilisés, en tout ou en partie, plus d'une fois auprès d'un client ou dans un délai déterminé;
- ↪ les compétences particulières qui peuvent être requises pour l'administration, la correction, la cotation et l'interprétation de l'outil d'évaluation.

Finalement, dans la mesure raisonnablement prévisible où des professionnels de différentes disciplines auront à intervenir auprès d'une même clientèle, et considérant que les clients peuvent faire l'objet de multiples évaluations lors d'un épisode de soins et de services, la concertation interprofessionnelle sur l'utilisation de certains outils d'évaluation est recommandée afin que chaque professionnel puisse disposer des outils valides nécessaires au moment où il procédera à l'évaluation, que celle-ci soit une activité réservée ou non.

La collaboration et la concertation interdisciplinaire et multidisciplinaire doivent avoir pour objectif la réponse aux besoins de la personne.

3.5. Le lien entre l'activité réservée et le champ d'exercice

L'activité réservée peut être partagée entre professionnels de différentes disciplines qui possèdent les compétences pour la réaliser. Toutefois, l'activité réservée s'inscrit toujours dans les paramètres fixés par le champ d'exercice professionnel. Ainsi, bien que le libellé soit le même pour tous les professionnels exerçant l'activité en partage, l'activité de l'un diffère de celle de l'autre puisque la finalité propre à chaque profession n'est pas la même.

C'est le premier alinéa de l'article 37.1 du Code des professions qui introduit le lien entre l'activité réservée et le champ d'exercice :

Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer :...

Ainsi, les différents paragraphes de l'article 37.1 réservent des activités au travailleur social, au thérapeute conjugal et familial, au psychologue, au conseiller d'orientation, au psychoéducateur, à l'orthophoniste, à l'audiologiste ainsi qu'à l'ergothérapeute sans reprendre la finalité liée au champ d'exercice de chacune des professions.

En complémentarité avec le premier alinéa de l'article 37.1 du Code des professions, une clause interprétative a été introduite au PL n° 21 afin de faciliter le travail interprofessionnel. L'ajout de la clause interprétative au deuxième alinéa de l'article 38 du Code des professions vient confirmer que les activités décrites dans le champ d'exercice d'une profession peuvent être exercées par les professionnels visés même si des activités ont été par ailleurs réservées et, à l'inverse, que la réserve d'activités n'a pas pour effet d'empêcher l'exercice des activités décrites dans le champ d'exercice⁷.

Ainsi, un diététiste pourra évaluer l'état nutritionnel d'une personne souffrant d'un trouble mental et un orthophoniste évaluer les fonctions du langage, de la voix et de la parole d'une personne atteinte d'un trouble mental.

7. **38.** Rien dans la présente section ne doit être interprété comme donnant aux membres d'un ordre auquel elle s'applique le droit exclusif d'exercer les activités qui sont décrites à l'article 37, dans les lettres patentes constituant cet ordre ou dans un décret de fusion ou d'intégration. (1973, c. 43, a. 38; 1994, c. 40, a. 34; 1998, c. 14, a. 6.)

3.6. La portée des activités réservées

L'intention quant à la portée de chacune des activités réservées aux différents professionnels est explicitée dans la présente section.

3.6.1. Évaluer les troubles mentaux

Ce qui est réservé

Le médecin et le psychologue peuvent évaluer les troubles mentaux. Le conseiller d'orientation et l'infirmière peuvent également les évaluer s'ils sont habilités par leur ordre professionnel.

L'évaluation d'un trouble mental, dans le contexte de la réserve d'activités, consiste à porter un jugement clinique, à partir des informations dont le professionnel dispose, sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales⁸ » et à en communiquer les conclusions. Cette évaluation s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux, notamment les deux classifications les plus utilisées actuellement en Amérique du Nord, soit la CIM⁹ et le DSM¹⁰.

La réalisation de cette évaluation comporte un degré de complexité et de technicité qui requiert des connaissances et des compétences particulières en matière de :

- ↳ théories de la personnalité;
- ↳ psychopathologie (symptomatologie et étiologie);
- ↳ systèmes de classification des troubles mentaux et des éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites;
- ↳ psychométrie (mesure de la personnalité, de l'intelligence, de la motivation, des intérêts et autres), incluant l'administration d'outils psychométriques et la connaissance de leur fiabilité, de leur validité et de l'apport de leurs résultats dans l'élaboration d'un jugement clinique.

Une formation clinique complète et approfondie relative à une clientèle présentant un trouble mental est également nécessaire du fait qu'elle permet l'intégration de l'ensemble des connaissances et habiletés nécessaires.

L'évaluation des troubles mentaux est considérée à risque de préjudice grave. La confirmation de la présence d'un trouble mental présente un caractère quasi irrémédiable; elle est susceptible d'entraîner la perte de droits, tels l'exercice de l'autorité parentale, la gestion des biens, etc. La personne atteinte peut être victime de stigmatisation.

8. Définition de troubles mentaux, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2001, OMS, p. 21.

9. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

10. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Établir un diagnostic est une activité réservée au médecin, et elle inclut l'évaluation des troubles mentaux. Des précisions s'imposent quant au travail des quatre professionnels à qui est réservée l'activité d'évaluer les troubles mentaux. Cette activité s'effectue en se référant à un outil de classification des troubles mentaux reconnu, tels la CIM ou le DSM, pour ne nommer que ceux-là.

Par exemple, plus couramment utilisé en Amérique du Nord, le DSM, dans sa quatrième version, suggère à ses utilisateurs de procéder à une évaluation reposant sur cinq axes :

- ↪ Axe I : les troubles cliniques;
- ↪ Axe II : les troubles de la personnalité et le retard mental;
- ↪ Axe III : les affections médicales générales;
- ↪ Axe IV : les problèmes psychosociaux et environnementaux;
- ↪ Axe V : l'évaluation globale du fonctionnement.

L'évaluation provisoire et l'évaluation finale

Il demeure possible qu'un professionnel n'ait pas, à un moment donné, toute l'information nécessaire pour documenter les cinq axes. Ainsi, ce professionnel peut limiter ses conclusions au tableau clinique propre à un trouble mental normalement codé sur l'axe I, par exemple. Il est alors entendu qu'une telle conclusion demeure provisoire dans le contexte où les symptômes rapportés par une personne correspondent à un trouble mental particulier alors que toutes les informations nécessaires pour conclure de façon définitive ne sont pas disponibles.

Par exemple, les symptômes présentés par une personne pourraient être en tous points comparables à ceux de la dépression, mais tant que la présence d'hypothyroïdie n'aurait pas été exclue, cette conclusion demeurerait provisoire. Il peut néanmoins être important de conclure de façon provisoire afin de pouvoir rapidement offrir des services que requièrent les personnes et qui demeureraient pertinents, quelles que soient les conclusions finales (par exemple des services de soutien ou d'accompagnement).

Les conclusions finales sont celles que communique un professionnel à qui l'activité d'évaluer les troubles mentaux est réservée, peu importe sa profession, lorsque toutes les informations nécessaires sont disponibles et valides, y compris les informations pertinentes obtenues auprès d'autres professionnels.

Reprenons à cet égard l'exemple de cette personne présentant des symptômes de dépression. Le professionnel responsable de cette évaluation, s'il n'est pas médecin, ne peut statuer sur les affections médicales générales (axe III). Toutefois, il importe que celles-ci soient prises en compte. Pour ce faire, les informations permettant d'exclure une maladie physique peuvent être obtenues soit auprès de la personne elle-même ou auprès de son médecin. Le professionnel responsable peut également juger opportun d'orienter la personne vers un médecin pour obtenir un diagnostic si l'information recherchée n'est pas disponible. À noter qu'un médecin peut également orienter la personne vers un autre médecin pour qu'il procède à l'évaluation de la condition médicale générale.

En résumé, tout professionnel à qui l'évaluation des troubles mentaux est réservée et tout médecin à qui est réservée l'activité d'établir un diagnostic peuvent, dans l'exercice de leur activité, juger opportun de tirer des conclusions provisoires. S'il s'agit de tirer des conclusions finales, le professionnel ou le médecin n'a pas à procéder lui-même à chacune des évaluations lui permettant de se prononcer sur chacun des axes du DSM, l'essentiel étant qu'il puisse prendre le tout en compte à la fin, ce qui souligne d'autant plus l'importance de l'interdisciplinarité.

Particularités applicables au conseiller d'orientation et à l'infirmière habilités à évaluer les troubles mentaux

En ce qui concerne le conseiller d'orientation, il détient des connaissances portant sur les théories psychologiques (développement normal et psychopathologie), ainsi que sur la psychométrie, l'évaluation des personnes et les instruments requis. Sa formation lui permet d'évaluer les caractéristiques individuelles (par exemple les aptitudes, les intérêts, la personnalité, les fonctions intellectuelles, cognitives et affectives) et d'établir des liens entre ces caractéristiques et la problématique de l'individu. L'étude des programmes de formation en orientation et en psychologie des différentes universités du Québec révèle un curriculum commun de formation sur les connaissances nécessaires ci-dessus énumérées. Considérant toutefois que l'exposition des conseillers d'orientation aux problématiques de santé mentale varie considérablement selon leur milieu de pratique, ils devront détenir une attestation de formation qui portera sur l'intégration des connaissances et des compétences dans la pratique professionnelle par l'intermédiaire de stages ou d'une autre forme de pratique supervisée. Ces connaissances et compétences pourront être reconnues, si elles sont déjà acquises.

La délivrance d'une attestation de formation permet de standardiser la formation requise pour évaluer les troubles mentaux. Elle garantit que le conseiller d'orientation a été supervisé dans l'acquisition des compétences requises et qu'il a été exposé à un nombre de cas suffisant pour intégrer le savoir théorique nécessaire. L'obligation de détenir une telle formation est prévue par un règlement de son ordre professionnel.

Pour ce qui est de l'habilitation de l'infirmière en santé mentale à évaluer les troubles mentaux, celle-ci doit détenir une formation universitaire de deuxième cycle¹¹ et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées par règlement de son ordre professionnel. Actuellement formée aux divers aspects influençant la santé mentale d'une personne, l'infirmière peut déjà porter un jugement clinique, formuler des conclusions et diriger la personne vers un traitement approprié, lorsque requis. La formation supplémentaire imposée pour évaluer les troubles mentaux permettra à l'infirmière de compléter ses connaissances théoriques ou de les faire reconnaître, si déjà acquises. On reconnaît ainsi la contribution de l'infirmière dans le recours efficace aux professionnels de la santé œuvrant en première ligne ou en ressources spécialisées de deuxième ou troisième ligne.

L'évaluation des troubles mentaux pourra être réalisée notamment en première ligne, par exemple dans les groupes de médecine familiale, les cliniques médicales, dans certains

11. Sous réserve de la réglementation que doit adopter l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

programmes d'un CSSS, et ce, afin d'identifier ces troubles et d'amorcer un traitement ou d'orienter rapidement la personne vers la ressource appropriée. La réserve de cette évaluation accroît pour la population l'accessibilité à des professionnels qualifiés.

Les troubles du spectre de l'autisme

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont classés parmi les troubles mentaux, ce qui implique que l'évaluation consistant à porter un jugement clinique sur leur présence et à en communiquer les conclusions est réservée au psychologue, au conseiller d'orientation détenteur d'une attestation de son ordre professionnel et à l'infirmière qui détient une formation universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées par règlement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ce règlement devant être approuvé par le gouvernement. Le médecin peut diagnostiquer le TSA.

Cependant, les bonnes pratiques en la matière soutiennent l'importance de la collaboration interdisciplinaire et multidisciplinaire, puisqu'un seul professionnel ne dispose pas de toutes les compétences requises pour conclure à la présence de troubles du spectre de l'autisme. Il faut noter à cet égard la contribution d'autres professionnels tels que les ergothérapeutes, les orthophonistes, les audiologistes et les psychoéducateurs. Comme l'exercice de cette activité est particulièrement complexe et qu'il comporte d'importants risques de préjudice grave, l'Ordre des psychologues du Québec et le Collège des médecins du Québec se sont engagés à rédiger des lignes directrices conjointes en vue d'orienter leurs membres, considérant que ceux-ci seront principalement mandatés à conclure à la présence de ces troubles. L'application des lignes directrices permettra alors d'assurer la qualité de l'évaluation et la pertinence des recommandations et des plans d'intervention.

Ce qui n'est pas réservé

L'utilisation des systèmes de classification des troubles mentaux n'est pas réservée. Aussi, les outils développés par les milieux, dont l'IGT (indice de gravité d'une toxicomanie) utilisé par les établissements membres de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec pour évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés, ne sont pas réservés. Tous les intervenants compétents vont pouvoir continuer à les utiliser, en vue notamment de permettre l'orientation vers un traitement approprié, dans la mesure où cela ne permet pas d'évaluer les troubles mentaux.

Les problèmes de dépendance à l'alcool et autres toxicomanies sont souvent concomitants avec la présence d'un trouble mental chez une même personne. Cette situation comporte des difficultés particulières. Par ailleurs, l'évaluation des problèmes de dépendance n'est pas réservée.

Lorsqu'un trouble mental est concomitant avec un problème de dépendance, le travail en interdisciplinarité va pouvoir se poursuivre.

Les établissements peuvent recourir à l'expertise des professionnels là où ils sont le plus efficaces compte tenu de leur champ d'exercice propre, de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur disponibilité.

Évaluation d'une situation de crise

L'évaluation d'une personne en situation de crise au regard des risques qu'elle représente pour elle-même ou pour autrui n'est pas réservée.

Évaluer une situation de crise en vue de faire des recommandations visant à sa résorption n'est pas une activité réservée. L'évaluation d'une situation de crise est circonscrite dans le temps et elle n'implique pas que l'intervenant procède à une évaluation réservée par le PL n° 21.

Cette intervention n'a pas été réservée par les experts afin de conserver une souplesse de réalisation en situation d'urgence. D'ailleurs, certains organismes communautaires, dont les centres de crise, sont mandatés pour intervenir dans le cadre de programmes spécifiques où on accueille, évalue et intervient auprès de personnes en situation de crise.

Appréciation de la dangerosité

L'appréciation de la dangerosité, soit d'un risque de passage à l'acte suicidaire ou homicide, n'est pas une activité réservée. Elle ne constitue pas une évaluation des troubles mentaux au sens du PL n° 21.

Il en est de même de « l'estimation » de l'état mental d'une personne qui présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui faite par un *intervenant d'un service d'aide en situation de crise* comme le stipule la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)¹².

12. L.R.Q., chapitre P-38.001, article 8 :

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 :

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Prise en charge

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Service d'aide en situation de crise

Dans le présent article, on entend par « service d'aide en situation de crise » un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

1997, c. 75, a. 8.

3.6.2. Évaluer le retard mental

Ce qui est réservé

L'évaluation du retard mental est réservée au psychologue et au conseiller d'orientation dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Le retard mental est classé parmi les troubles mentaux. Par conséquent, l'évaluation du retard mental fait l'objet d'une réserve spécifique du fait que le conseiller d'orientation n'a pas besoin d'une attestation de formation supplémentaire à sa formation initiale pour la pratiquer, alors que cette attestation est nécessaire pour qu'il soit autorisé à exercer l'évaluation des troubles mentaux.

La réalisation de cette évaluation comporte un degré de complexité et de technicité qui requiert notamment des connaissances et des compétences particulières au regard de :

- ↳ la psychométrie (notamment en ce qui concerne l'évaluation des capacités intellectuelles et celle des capacités adaptatives), incluant l'administration d'outils psychométriques standardisés et spécialisés et la connaissance de leur fiabilité, de leur validité et de l'apport de leurs résultats dans l'élaboration d'un jugement clinique;
- ↳ la clientèle présentant des incapacités significatives et persistantes sur les plans du fonctionnement cognitif, des habiletés motrices et de la communication, parce qu'elle implique le recours à des méthodes, des techniques d'entrevue et de l'outillage spécialisés.

L'évaluation du retard mental implique une certaine connaissance de la psychopathologie. En effet, compte tenu de la prévalence des troubles mentaux chez les personnes présentant un retard mental et du fait que ces troubles peuvent entraîner des limitations sur les plans intellectuel et adaptatif, conclure hors de tout doute à un retard mental demeure un enjeu.

Cette activité comporte les mêmes risques de préjudice grave que l'évaluation des troubles mentaux. Notamment, l'accès à des services spécialisés dépend de la qualité d'une évaluation qui établira la distinction entre le retard mental et d'autres troubles pouvant expliquer une symptomatologie similaire. Ainsi, lorsqu'un retard mental est identifié chez un enfant, l'avenir de celui-ci, de même que la situation de sa famille s'en trouvent modifiés.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Le psychologue et le conseiller d'orientation détiennent les connaissances nécessaires pour évaluer le retard mental. Par ailleurs, ces deux professionnels pourront utiliser les évaluations réalisées par d'autres professionnels, de même que les observations et les contributions d'autres intervenants pour évaluer le retard mental.

Ce qui n'est pas réservé

L'évaluation du retard mental implique notamment de prendre en compte à la fois les capacités intellectuelles et les capacités adaptatives de la personne qui en fait l'objet. Toutefois, il est possible que soient évaluées seules les capacités intellectuelles ou les

capacités adaptatives sans qu'il ne s'agisse de conclure à la présence d'un retard mental. Ces évaluations constituent plutôt des évaluations psychologiques que peuvent mener différents professionnels, engagés ou non en interdisciplinarité, dans le cadre de leur champ d'exercice propre en vue de documenter les limites et les ressources d'une personne.

3.6.3. Évaluer les troubles neuropsychologiques, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94

Ce qui est réservé

L'évaluation des troubles neuropsychologiques est réservée au psychologue dans le cadre de son champ d'exercice lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre des psychologues du Québec.

Dans le contexte de cette réserve et telle que définie par le comité d'experts, présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau, l'évaluation d'un trouble neuropsychologique consiste à porter un jugement clinique sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par des changements neurocomportementaux (de nature cognitive, émotionnelle et comportementale) liés au dysfonctionnement des fonctions mentales supérieures à la suite d'atteintes du système nerveux central » et à en communiquer les résultats.

Une attestation de formation doit être exigée pour l'exercice de cette activité à la fois considérée à risque de préjudice grave, complexe et assortie d'un degré de technicité qui requiert des connaissances particulières. La délivrance d'une attestation de formation permettra de standardiser les qualifications requises pour évaluer les troubles neuropsychologiques, tenant compte notamment du fait que les conclusions sur la présence de troubles neuropsychologiques vont habituellement au-delà de celles que l'on tire à partir des manuels de classification des troubles mentaux, car ils comportent un volet plus près de la pratique de la neurologie. L'attestation garantit que le psychologue a été supervisé dans l'acquisition des compétences nécessaires et qu'il a été exposé à un nombre de cas suffisant pour intégrer son savoir théorique. Au regard de cette activité, il s'avère nécessaire de reconnaître un cursus de connaissances théoriques et des milieux de stage particuliers.

L'évaluation d'un trouble neuropsychologique s'effectue par l'administration et l'interprétation de tests psychométriques standardisés ainsi que par l'observation systématique du comportement dans une vision intégrée et dynamique de la relation cerveau-comportement.

Le psychologue et le psychologue titulaire d'une attestation de formation

Un psychologue peut se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales »¹³, qu'il soit habilité ou non à procéder à l'évaluation des troubles neuropsychologiques. Porter un jugement clinique sur de telles affections relève en effet de *l'évaluation des troubles mentaux*.

L'évaluation des troubles neuropsychologiques vise à établir un lien cerveau-comportement, soit un lien entre une affection clinique et une altération possible ou confirmée des fonctions cérébrales, plus spécifiquement des fonctions mentales supérieures ou fonctions

13. Définition de troubles mentaux, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2001, OMS, p. 21.

cognitives. Ceci est à distinguer de l'évaluation des troubles mentaux qui vise, quant à elle, à établir la présence et la nature d'une affection clinique, telle que précédemment définie.

Par exemple, conclure à la présence d'un trouble des apprentissages, même chez un enfant cérébrolésé, ne constitue pas en soi l'évaluation d'un trouble neuropsychologique, à moins que l'évaluation ne vise à établir un lien entre les manifestations comportementales, émotionnelles ou cognitives d'une part, et le cerveau, y compris l'une de ses fonctions, d'autre part.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Les activités professionnelles des ergothérapeutes et des infirmières décrites ci-dessous s'inscrivent, notamment, dans le cadre des services offerts par les établissements dans les centres tels les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires, les centres de réadaptation et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, de même que dans des groupes de médecine de famille (GMF) ou des cliniques médicales.

Le psychologue, l'ergothérapeute, l'infirmière, l'orthophoniste et l'audiologiste sont souvent appelés à travailler en complémentarité au bénéfice de la clientèle qu'ils servent. Ils doivent agir dans les limites de leur champ d'exercice respectif.

L'ergothérapeute

Certaines fonctions mentales supérieures faisant l'objet de l'évaluation des troubles neuropsychologiques, telles que les fonctions cognitives, perceptives, exécutives, émotionnelles ou comportementales d'une personne, peuvent être appréciées¹⁴ par l'ergothérapeute conformément à son champ d'exercice en vue, par exemple, de déterminer l'aptitude des personnes à prendre soin d'elles-mêmes ou à se maintenir dans leur milieu de vie.

Cette appréciation ne vise pas à évaluer le fonctionnement mental afin d'en identifier les troubles, au sens d'un dysfonctionnement ou d'une altération, et ne permet pas de statuer sur la nature ou les causes des affections cliniques (évaluation des troubles mentaux). Elle ne vise pas non plus à établir un lien entre l'affection clinique ou le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental et certaines structures ou fonctions cérébrales possiblement altérées, c'est-à-dire à se prononcer sur le lien cerveau-comportement (évaluation des troubles neuropsychologiques). L'évaluation vise plutôt, pour l'ergothérapeute, à apprécier les capacités cognitives, par exemple, l'attention, la mémoire, l'orientation dans l'espace ou la planification dans le cadre de l'évaluation des habiletés fonctionnelles, dans le but de conclure sur les habiletés fonctionnelles de la personne. Par exemple, s'il est demandé à l'ergothérapeute de se prononcer sur une fonction cognitive, telle que la mémoire, aux fins d'un diagnostic de démence, il devra refuser cette demande et discuter avec le demandeur pour, le cas échéant, qu'il redéfinisse sa demande de services afin qu'elle respecte son champ d'exercice, puisqu'il ne s'agit pas ici de statuer sur les habiletés fonctionnelles de la personne.

14. Voir lexique pour définition.

Dans le même sens, l'ergothérapeute qui évalue la capacité d'une personne à conduire sa voiture appréciera les fonctions mentales supérieures, dans le but de conclure sur les habilités fonctionnelles de la personne à réaliser cette activité. Pour cela, il analysera les interactions entre certaines fonctions mentales supérieures, les exigences de l'activité « conduire » et les exigences de l'environnement, il évaluera également l'autonomie de la personne à conduire un véhicule dans le contexte de réalisation de ses habitudes de vie.

L'infirmière

Quant à l'infirmière, elle est habilitée à évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Pour ce faire, l'infirmière procède à un examen clinique de la personne en tenant compte de paramètres concernant à la fois les aspects physiques et mentaux tels que l'état de conscience, l'attention, la mémoire à court et long terme, la concentration, l'orientation spatiale et temporelle, l'organisation de la pensée, les perceptions (ex. : hallucinations), et utilise, si requis, des outils ou des échelles de mesure. L'analyse des données recueillies auprès de la personne et de ses proches permet à l'infirmière de poser un jugement clinique. Selon le champ d'exercice de l'infirmière, cela signifie qu'elle peut détecter des complications, déceler des problèmes de santé, déterminer la gravité ou l'urgence de la situation de santé d'une personne et établir des priorités d'intervention.

L'orthophoniste et l'audiologiste

L'évaluation des fonctions mentales supérieures comporte notamment les sphères du langage et de la parole ainsi que du système auditif central. Conformément à son champ d'exercice, l'orthophoniste est habilité à évaluer les fonctions du langage (volets expressif et réceptif dans leurs modalités orale, écrite et non orale), de la voix et de la parole. Il procède à l'aide de tests psychométriques et d'outils non standardisés dans un objectif autre que celui du psychologue, notamment celui de déterminer un plan d'intervention et de traitement orthophoniques afin de développer, restaurer ou maintenir les habiletés de communication. La réalisation de ces plans par l'orthophoniste en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire vise à optimiser l'autonomie fonctionnelle et à favoriser l'intégration familiale, scolaire, professionnelle et sociale.

Conformément à son champ d'exercice, l'audiologiste est habilité à évaluer les fonctions de l'audition. Il procède à l'aide de tests psychoacoustiques, physiologiques et neurophysiologiques afin de conclure à la présence d'un trouble auditif. L'audition repose sur les fonctions du système auditif périphérique liées aux structures de l'oreille externe, moyenne et interne ainsi que sur celles du système auditif central comprenant différents relais anatomiques allant du nerf auditif jusqu'au cerveau, incluant les aires corticales dédiées au traitement auditif. L'audition regroupe un ensemble de fonctions liées à la perception auditive, notamment la localisation et la discrimination auditives, l'interaction et l'intégration binaurales, la reconnaissance de patrons auditifs et de séquences temporelles auditives.

L'audiologiste et l'orthophoniste apprécient également certaines fonctions mentales supérieures telles que la mémoire, l'attention ou le jugement pour en analyser l'impact sur le trouble de communication et ainsi déterminer les plans de traitement et d'intervention appropriés. La réalisation de ces plans par l'orthophoniste et l'audiologiste en collaboration

avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et multidisciplinaire vise à optimiser l'autonomie fonctionnelle et à favoriser l'intégration familiale, scolaire, professionnelle et sociale.

Ce qui n'est pas réservé

Bien que l'évaluation des troubles neuropsychologiques soit réservée au psychologue détenteur d'une attestation, l'ergothérapeute peut procéder à une appréciation des fonctions mentales supérieures dans le but de porter un jugement clinique sur les habiletés fonctionnelles d'une personne, et ce, dans tous les contextes de soins.

Pour ce qui est des infirmières, elles exercent auprès de personnes présentant des problèmes de santé physique, des troubles mentaux ou neuropsychologiques. Ainsi, pour exercer les activités en lien avec son champ d'exercice, y compris l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne (activité réservée par le projet de loi n° 90), l'infirmière peut utiliser les moyens nécessaires, comme l'histoire de santé individuelle et familiale, l'examen physique, l'évaluation de la condition mentale, des échelles de mesure et d'évaluation des risques, pour poser son jugement clinique sur la condition de santé de la personne.

Bien que les tests psychométriques ne soient pas réservés, et considérant le fait qu'il y a un degré différent d'investigation des fonctions mentales supérieures selon les professionnels impliqués, il est entendu que chacun doit choisir et utiliser les outils psychométriques pertinents et proportionnels à son mandat et en conformité avec son champ d'exercice. Ainsi, chaque professionnel doit être en mesure de justifier ses choix en fonction de son objectif clinique. Ces considérations sont particulièrement importantes en matière d'évaluation des troubles neuropsychologiques, puisque les tests sont souvent uniques et qu'ils ne peuvent être utilisés de façon répétée sans miner leur validité. À cet égard, les professionnels devraient donc se concerter dans le choix des instruments d'évaluation afin que leur client commun puisse être évalué adéquatement par le professionnel approprié qui pourra disposer d'un outil valide. Enfin, un test ne peut être utilisé que lorsque le professionnel a les compétences pour ce faire. Il importe d'ailleurs de rappeler que plusieurs concepteurs et distributeurs de tests précisent le niveau et le domaine de formation requis pour l'utilisation adéquate d'un test.

3.6.4. Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité

Ce qui est réservé

L'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental¹⁵ ou neuropsychologique diagnostiqué ou attesté par un professionnel habilité est réservée lorsqu'elle relève du champ d'exercice d'un des professionnels suivants : travailleur social, thérapeute conjugal et familial, psychologue, conseiller d'orientation, psychoéducateur et ergothérapeute. Seuls ces derniers sont habilités à procéder à cette évaluation.

Ainsi, l'activité réservée par le PL n° 21 : « évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » doit être interprétée en fonction du champ d'exercice de chacun des six ordres professionnels désignés par la Loi.

Pour chacune des professions, l'activité réservée doit se comprendre de la façon suivante pour :

- ↗ **le psychologue** : évaluer le fonctionnement psychologique et mental d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↗ **le travailleur social** : évaluer le fonctionnement social d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↗ **le thérapeute conjugal et familial** : évaluer la dynamique des systèmes relationnels du couple ou de la famille d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↗ **le conseiller d'orientation** : évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↗ **le psychoéducateur** : évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- ↗ **l'ergothérapeute** : évaluer les habilités fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.

Pour le médecin et l'infirmière, il convient de rappeler que :

- ↗ évaluer toute déficience de la santé est réservé au médecin en toute circonstance;
- ↗ évaluer la condition physique et mentale d'une personne, qu'elle soit ou non atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité, demeure réservé à l'infirmière.

15. Inclut le retard mental.

De façon générale, les activités prévues au champ d'exercice de ces professionnels, par exemple l'évaluation du fonctionnement social, l'évaluation du fonctionnement psychologique ou mental ou encore l'évaluation des capacités adaptatives ne sont pas des activités réservées et peuvent être exercées par tout intervenant. Or, dans certaines situations, comme celle-ci où il est question d'une clientèle particulièrement vulnérable, le législateur, à la suite des recommandations du comité d'experts présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau, a choisi de réserver ces évaluations à ces professionnels compte tenu du risque de préjudice qu'elles comportent.

En effet, la réserve de l'évaluation des personnes atteintes d'un trouble mental ou neuropsychologique s'avère majeure. L'incapacité engendrée par la présence d'un tel trouble place la personne en situation de vulnérabilité en maintes circonstances : se loger, quitter son lieu de résidence habituel, accomplir les activités courantes, exercer ses rôles sociaux, maintenir des relations interpersonnelles harmonieuses, poursuivre des études, s'insérer sur le marché de l'emploi, s'intégrer à la société, etc. C'est pourquoi, lorsque ces personnes requièrent une évaluation qui relève du champ d'exercice d'un des professionnels ci-dessus énumérés, seul ce professionnel est habilité à procéder à cette évaluation et à communiquer les conclusions de son évaluation dont il sera imputable.

Dans le cadre de mesures et de programmes administrés par Emploi-Québec et appliqués par les organismes en développement de l'employabilité auprès des personnes ayant un diagnostic de trouble mental ou neuropsychologique, les évaluations qui y sont requises peuvent être des activités réservées au sens de la Loi, par exemple :

- ↪ l'évaluation de l'autonomie socioprofessionnelle, dans le cadre d'une référence par Emploi-Québec;
- ↪ l'évaluation reposant sur un jugement clinique effectuée par les services spécialisés de main-d'œuvre auprès de personnes handicapées;
- ↪ l'évaluation spécialisée de clientèles, dans le cadre d'une référence par Emploi-Québec.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Bien que cette activité soit partagée par plusieurs professionnels, il demeure que chacun l'exerce de façon différente et y apporte la contribution unique que lui confère son champ d'exercice. À titre d'exemple, le travailleur social qui évalue une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique, procède à l'évaluation du fonctionnement social de la personne et non de ses capacités adaptatives, laquelle évaluation appartient au champ d'exercice du psychoéducateur.

Le partage de cette activité s'appuie sur la reconnaissance du rôle particulier que peuvent jouer les différents professionnels de la santé mentale et des relations humaines et il permet aux organisations de disposer de diverses compétences complémentaires nécessaires pour assurer les meilleurs services à la clientèle.

Bien que cette activité ne soit pas nommément réservée à l'infirmière, cette dernière est habilitée à procéder à une évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, y compris dans le domaine d'intervention de la santé mentale. La personne symptomatique peut être une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neu-

ropsychologique déjà diagnostiqué ou attesté par l'évaluation d'un professionnel habilité. Par conséquent, le champ d'exercice de l'infirmière et l'activité d'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, qui lui est réservée, confèrent à l'infirmière l'habilitation pour évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique.

Il en va de même pour l'orthophoniste, qui est habilité à évaluer le langage et la communication d'une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique déjà diagnostiqué ou attesté par l'évaluation d'un professionnel habilité. En effet, cette personne peut requérir une évaluation en lien avec un problème de communication. Par conséquent, le champ d'exercice de l'orthophoniste et l'activité d'évaluation des troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophoniques, qui lui est réservée, confèrent à l'orthophoniste l'habilitation pour évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique.

Cette pratique s'applique également à l'audiologiste qui est habilité à évaluer les troubles de l'audition d'une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique déjà diagnostiqué ou attesté par l'évaluation d'un professionnel habilité. En effet, cette personne peut requérir une évaluation en lien avec un problème d'audition. Par conséquent, le champ d'exercice de l'audiologiste et l'activité d'évaluation des fonctions de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audiologiques, qui lui est réservée, confèrent à l'audiologiste l'habilitation pour évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique.

En ce qui concerne les médecins, leur expertise peut être requise dans toutes les situations visées par une réserve.

Ce qui n'est pas réservé

N'est pas réservée l'évaluation d'une personne présentant des symptômes d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique non attesté par un diagnostic ou par une attestation d'un professionnel habilité, sous réserve de l'évaluation réservée aux infirmières qui consiste à évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique¹⁶.

Toute autre intervention effectuée auprès de cette clientèle particulièrement vulnérable qui n'est pas de même nature que l'évaluation réservée par le PL n° 21 et par le PL n° 90 peut être réalisée par tout intervenant, notamment le soutien, l'accompagnement ou le suivi qui ne sont pas de la nature d'un traitement médical, infirmier ou psychothérapeutique au sens de la Loi.

Des exemples d'interventions qui peuvent être accomplies par tout intervenant, que la personne qui le requiert soit ou non atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité :

- ↳ L'évaluation de la capacité à entreprendre une démarche vers l'emploi réalisée par les agents d'aide à l'emploi;

16. *Loi sur les infirmières et infirmiers*, L.R.Q., c. 1-8, art. 36, al. 1 (1°).

- ↪ La fixation d'objectifs dans le cadre d'un programme de préemployabilité et l'évaluation quant à l'atteinte de ces objectifs (par exemple, l'amélioration d'aptitudes sociales, la ponctualité, l'hygiène personnelle, l'autonomie, la capacité de s'exprimer correctement, etc.);
- ↪ L'évaluation des compétences liées à la recherche d'emploi (rédiger un curriculum vitæ, passer une entrevue d'emploi, etc.);
- ↪ L'évaluation du potentiel d'une personne dans le cadre d'un processus de sélection et de recrutement pour un emploi;
- ↪ L'analyse initiale des besoins d'une personne (accueil, analyse, orientation, référence – AAOR);
- ↪ L'analyse du dossier scolaire en vue de l'inscription à l'éducation des adultes;
- ↪ L'évaluation du rendement scolaire;
- ↪ L'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle du MSSS dans le cadre d'une demande de service de soutien à domicile;
- ↪ Les interventions destinées à la mise en œuvre des plans d'intervention.

3.6.5. Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse

Ce qui est réservé

Cette activité est réservée au travailleur social et au psychoéducateur dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Le technicien en travail social sera autorisé par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec à recevoir le signalement, procéder à une analyse sommaire de celui-ci et décider s'il doit être retenu pour évaluation.

L'évaluation réservée réfère aux quatre étapes suivantes du processus d'intervention en protection de la jeunesse : réception et traitement des signalements, évaluation de la situation et des conditions de vie d'un enfant, orientation d'un enfant, révision de la situation d'un enfant. Ces activités constituent des responsabilités exclusives du DPJ et des membres de son personnel qu'il autorise à cette fin en vertu de l'article 32 de la LPJ. Elles sont énoncées de façon particulière aux articles 45, 49, 51 et 57 de la LPJ.

Le processus d'intervention en protection de la jeunesse

« **45.** Tout signalement à l'effet que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis est transmis au directeur. Celui-ci doit le recevoir, procéder à une analyse sommaire et décider s'il doit être retenu pour évaluation.

49. Si le directeur juge recevable le signalement à l'effet que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis, il procède à une évaluation de sa situation et de ses conditions de vie. Il décide si sa sécurité ou son développement est compromis.

51. Lorsque le directeur est d'avis que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, il prend la situation de l'enfant en charge et décide de son orientation. À cette fin, avant de proposer l'application de mesures volontaires ou de saisir le tribunal, le directeur privilégie, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui favorisent la participation active de l'enfant et de ses parents.

57. Le directeur doit réviser, aux conditions prévues par règlement, le cas de chaque enfant dont il a pris la situation en charge. Il doit vérifier que toutes les mesures sont prises pour assurer un retour de l'enfant chez ses parents. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel retour n'est pas possible, le directeur doit s'assurer de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente. »

À l'étape de la réception et du traitement du signalement, l'intervenant doit notamment recevoir le signalement, procéder à son analyse sommaire et faire des vérifications complémentaires, s'il y a lieu, décider de retenir ou non le signalement et, lorsque le signalement est retenu, déterminer le degré de priorité à la situation.

À l'étape de l'évaluation, le professionnel doit notamment vérifier les faits signalés, analyser la situation familiale et sociale de l'enfant et décider si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis ou non. La LPJ prévoit que le DPJ peut, à certaines conditions, autoriser d'autres personnes que les membres de son personnel (par exemple, un intervenant responsable de l'application des mesures) à procéder à l'évaluation de la situation. Toutefois, cette autorisation ne leur permet pas de décider si la sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis (article 32 de la LPJ).

À l'étape de l'orientation, le professionnel doit déterminer le choix du régime de protection, volontaire ou judiciaire, ainsi que le choix des mesures nécessaires pour mettre fin à la situation de compromission et pour éviter qu'elle ne se reproduise.

À l'étape de la révision, le professionnel doit revoir le cas de chaque enfant dont la situation est prise en charge par le DPJ. Il fait le point sur la situation de l'enfant et il doit décider si la sécurité ou le développement de l'enfant sont toujours compromis. Cette décision est notamment guidée par les recommandations de l'intervenant responsable de l'application des mesures qui est chargé de rédiger le rapport de révision.

La révision est une étape du processus d'intervention ayant des conséquences cliniques et légales majeures. Elle vise plus spécifiquement à déterminer si la situation de l'enfant justifie ou non la poursuite de l'intervention du DPJ et, le cas échéant, si les mesures de protection doivent être maintenues ou modifiées. Le professionnel doit se prononcer tant sur le choix du régime (volontaire ou judiciaire) que sur les mesures retenues pour assurer la protection de l'enfant. En application de l'article 57.2 de la LPJ, il peut également agir en vue de faire adopter un enfant, ou saisir le tribunal pour faire nommer un tuteur à l'enfant.

L'évaluation réalisée à chacune de ces étapes est considérée à risque de préjudice grave. Elle peut entraîner des perturbations, dont un état de détresse tant chez l'enfant que chez les parents. Elle peut également entraîner le retrait de l'enfant de son milieu familial ainsi que la perte de l'exercice de l'autorité parentale. Le préjudice peut être lié autant à l'intervention qu'au défaut d'intervenir.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

La réserve de l'évaluation d'une personne dans le cadre d'une décision du DPJ ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse n'empêche aucun professionnel d'évaluer un mineur ou ses parents selon les interventions, les activités réservées et la finalité rattachées à son champ d'exercice. Le recours à l'expertise complémentaire de ce professionnel pourrait même être indiqué.

L'article 86 de la LPJ prévoit que le tribunal doit, avant de rendre une décision sur les mesures applicables, prendre connaissance de l'étude du DPJ sur la situation sociale de l'enfant et des recommandations qu'il a formulées. Le DPJ peut, à sa discrétion, ou doit si le

tribunal le requiert, y joindre une évaluation psychologique ou médicale de l'enfant et des membres de sa famille, ou toute autre expertise qui peut être utile. Ces évaluations peuvent être réalisées par les professionnels concernés à la demande du DPJ ou du tribunal.

Ce qui n'est pas réservé

Les activités réalisées dans le cadre de l'application des mesures, notamment : la détermination, l'actualisation et la révision du plan d'intervention (à l'exception de la détermination du plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation), les évaluations jugées pertinentes, la documentation des observations recueillies dans le cadre du suivi de l'enfant et de ses parents et l'élaboration du rapport de révision pourront être accomplies par toutes les personnes désignées par le DPJ ou par l'établissement.

Il en va de même pour les différentes évaluations et l'élaboration des rapports produits par le personnel du secteur de la réadaptation lorsqu'un enfant est hébergé dans une installation d'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation dans le cadre de l'application des mesures.

L'évaluation d'une famille d'accueil au moment du recrutement des ressources de type familial ainsi que sa réévaluation ne sont pas réservées.

3.6.6. Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Ce qui est réservé

Cette activité est réservée au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Cette activité s'inscrit dans deux contextes : l'évaluation menant au rapport prédécisionnel et l'examen du manquement aux mesures imposées. L'évaluation dans chacun de ces deux contextes est réservée.

L'évaluation approfondie de l'adolescent, de son histoire délictuelle et sociale, du risque de récidive et des besoins de réadaptation permet d'en arriver aux recommandations visant à éclairer le tribunal sur les peines à imposer et sur les modalités de la réinsertion sociale de l'adolescent.

Finalement, au cours du suivi des sanctions judiciaires, l'examen d'un manquement aux conditions imposées requiert une évaluation de la situation et des circonstances, laquelle peut mener à la révision de la peine susceptible d'entraîner des conséquences plus sévères pour l'adolescent.

Dans ces contextes, cette évaluation est une activité lourde de conséquences. Les décisions qui en découlent doivent viser à la fois la protection de la société, une justice réparatrice pour les victimes ainsi que la réadaptation et la réinsertion du jeune contrevenant dans la société. Elles peuvent entraîner des limites à sa liberté, restreindre ses droits ou le soumettre à des conditions sévères affectant sa vie.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Le travailleur social, le psychologue et le psychoéducateur regroupent un ensemble de compétences professionnelles qui seront utilisées selon leur champ d'exercice respectif.

À la demande du tribunal, un rapport peut, dans le cadre d'une ordonnance, comporter un aspect médical exclusivement réservé au médecin ou témoigner de l'évaluation des troubles mentaux, du retard mental ou des troubles neuropsychologiques faite par un professionnel habilité.

Ce qui n'est pas réservé

L'évaluation de la possible participation de l'adolescent au programme de sanction extrajudiciaire n'est pas réservée. Il s'agit là d'une entrevue dirigée avec l'adolescent et des parents afin de déterminer s'il est opportun de recourir à des sanctions extrajudiciaires dans le respect des dispositions de la Loi prévues à cet effet (articles 10, 11 et 12 de la LSJPA).

Le suivi des sanctions extrajudiciaires alors qu'il s'agit d'actualiser l'entente prise avec le délégué, ainsi que le suivi des peines permettant de soutenir, d'encadrer et d'aider un adolescent dans l'actualisation des mesures ordonnées par la cour continuent d'être réalisés par tout intervenant.

3.6.7. Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

Ce qui est réservé

La détermination du plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement¹⁷ qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation est réservée au travailleur social et au psychoéducateur dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

La détermination de ce plan d'intervention est réalisée dans le cadre de l'application des mesures en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ainsi que dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris. Il s'agit du plan d'intervention qu'un établissement doit élaborer afin d'identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront être fournis. Le plan d'intervention¹⁸ doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

La réserve de l'activité vise les différentes installations du centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, incluant les ressources intermédiaires de type « maison d'accueil » et de type « résidence de groupe » à l'exception des appartements supervisés.

Dans ce contexte précis, la détermination du plan d'intervention revêt une complexité accrue du fait d'une double problématique : d'une part, un problème d'adaptation sociale majeur qui requiert un hébergement dans une installation du centre de réadaptation, et, d'autre part, un trouble mental diagnostiqué ou attesté par un professionnel habilité¹⁹ ou un risque suicidaire documenté.

Cette activité est réservée parce qu'elle concerne la protection d'une clientèle particulièrement vulnérable. La réserve de cette activité au travailleur social et au psychoéducateur offre les garanties et l'imputabilité du système professionnel. Toutefois, elle est limitée aux établissements qui hébergent des jeunes en difficulté atteints d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire²⁰.

Lorsque le plan d'intervention a été déterminé antérieurement à l'identification du trouble mental ou du risque suicidaire, un professionnel habilité doit revoir le plan d'intervention.

17. N'inclut pas les ressources de type familial (RTF) et les familles d'accueil.

18. Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 102.

19. Il peut s'agir d'un diagnostic, de l'attestation d'un professionnel habilité ou d'une conclusion provisoire. (Voir section 3.6.1)

20. Conformément aux procédures en place dans les milieux.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Dans l'optique d'une pratique en interdisciplinarité, le plan d'intervention doit tenir compte, lorsqu'elles existent, des recommandations de traitement d'un médecin ou d'un psychologue, ainsi que de celles d'une infirmière et d'un conseiller d'orientation habilités à évaluer un trouble mental. Ces derniers interviennent en amont du plan d'intervention.

Le professionnel tient compte des observations, des évaluations et des recommandations du personnel qui travaille auprès de la personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire hébergée dans l'installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou dans les ressources intermédiaires relevant du centre jeunesse.

Le plan d'intervention tiendra compte des recommandations de l'infirmière œuvrant en centre jeunesse, et ce, particulièrement en ce qui concerne l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, la surveillance clinique et les activités nécessaires pour en assurer le suivi clinique. Telle que réservée, cette activité ne limite pas la pratique de l'infirmière ni celle des autres professionnels auprès des jeunes atteints d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire lorsqu'elle se situe dans un milieu autre que les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté.

De la même façon, le travailleur social et le psychoéducateur devront tenir compte d'un plan d'intervention déterminé par un ergothérapeute à l'extérieur du centre, pendant un épisode de traitement en milieu psychiatrique, par exemple.

Ce qui n'est pas réservé

La détermination d'un plan d'intervention n'est pas réservée, sauf dans la situation des jeunes atteints d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire et qui sont hébergés dans une installation du centre de réadaptation pour jeunes en difficulté. La mise en œuvre n'est jamais réservée et peut être accomplie par tout intervenant désigné par les établissements.

La détermination d'un plan d'intervention n'est pas réservée dans les cas où le trouble mental n'est pas avéré, c'est à dire en l'absence de conclusions provisoires ou finales.

L'identification de la présence du risque suicidaire n'est pas une activité réservée.

Les appartements supervisés, les ressources de type familial (RTF) et les familles d'accueil ne sont pas visés par cette activité, n'étant pas considérés par la Loi comme des installations d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

3.6.8. Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès

Ce qui est réservé

L'évaluation d'une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès est réservée au travailleur social, au thérapeute conjugal et familial et au psychologue dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Cette évaluation vise les situations de séparation ou de divorce afin de permettre au tribunal de statuer sur la garde des enfants ou sur le droit d'accès des parents à leurs enfants. Le travailleur social ou le thérapeute conjugal et familial ou le psychologue mandaté agit dans un tel contexte à titre de témoin expert. L'évaluation requiert par conséquent des connaissances et un savoir-faire distincts, notamment en ce qui a trait au domaine légal, du fait qu'elle s'exerce en contexte judiciairisé, litigieux et que sa finalité est d'éclairer le tribunal dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Les décisions que prend le tribunal sur la base de ce type d'évaluation ont un impact important sur la vie des enfants et des parents. Elles peuvent comporter un caractère irrémédiable, entraîner un état de détresse, et signifier pour les parents la perte du droit d'accès à leurs enfants.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

En matière de garde d'enfants et de droits d'accès, la Cour supérieure dispose actuellement d'un service d'expertise psychosociale structuré autour des professions de travailleur social et de psychologue. En plus, le PL n° 21 permet de mettre à profit les connaissances et les compétences du thérapeute conjugal et familial, dont le champ d'exercice concerne particulièrement la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles.

Le travailleur social, le thérapeute conjugal et familial et le psychologue présentent des compétences particulières et des compétences transversales qui leur permettent de partager cette activité chacun à l'intérieur de son champ d'exercice distinctif et d'offrir les garanties et l'imputabilité propres au système professionnel.

Toutefois, le tribunal peut toujours faire appel à toute autre expertise qu'il juge utile en complément de l'exercice de cette activité. Par exemple, il peut recourir aux services des professionnels habilités pour évaluer les troubles mentaux, le retard mental ou les troubles neuropsychologiques, de l'infirmière pour évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, de l'ergothérapeute pour évaluer les habiletés fonctionnelles, ou d'un psychoéducateur pour évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'un enfant ou d'un parent. L'expertise médicale en cette matière peut également être requise.

3.6.9. Évaluer une personne qui veut adopter un enfant

Ce qui est réservé

L'évaluation d'une personne qui veut adopter un enfant est réservée au travailleur social, au thérapeute conjugal et familial et au psychologue dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

L'évaluation réservée s'applique aux situations d'adoption d'enfants nés au Québec et hors Québec. Elle vise à apprécier les motivations et les compétences parentales actuelles ou potentielles des postulants à répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux d'un enfant. Elle requiert des connaissances et un savoir-faire distincts, notamment en ce qui a trait aux dispositions légales associées, aux instances impliquées et aux conditions qu'imposent les différents pays d'origine dans le cadre de l'adoption internationale.

Cette évaluation correspond à l'évaluation psychosociale à laquelle réfère la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). En vertu de cette Loi, elle est effectuée par le Directeur de la protection de la jeunesse ou par toute personne qu'il désigne pour le faire. Selon le PL n° 21, cette personne désignée est un professionnel, membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec ou un professionnel membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Il est à noter que, dans le cadre de l'adoption internationale, la LPJ précise déjà qu'un évaluateur est un professionnel membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec ou un professionnel membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Lorsque l'adoption doit être prononcée dans un État signataire de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Convention de La Haye), ou si le pays le requiert, le DPJ confie le mandat de l'évaluation psychosociale à l'un de ces professionnels. Dans les autres cas, l'évaluateur peut être directement choisi par l'adoptant à partir d'une liste disponible auprès des deux ordres professionnels visés par la réserve de cette activité.

La réserve se justifie du fait que la santé, la sécurité et le bien-être d'un enfant reposent notamment sur une évaluation adéquate de la capacité parentale des postulants à l'adoption. De plus, l'évaluation peut entraîner diverses perturbations dont un état de détresse chez le postulant à l'adoption, particulièrement dans les cas de refus.

Adoption internationale

En ce qui concerne l'adoption sur le plan international, les évaluations requises peuvent porter sur deux niveaux. Il y a d'abord l'évaluation psychosociale des postulants, prévue par la LPJ et qui est requise dans la majorité des cas. Cette évaluation requiert des connaissances et un savoir-faire spécifiques, notamment des dispositions applicables et des conditions imposées par les différents pays d'origine dans le cadre de l'adoption internationale.

Il y a aussi l'évaluation psychologique que certains pays d'origine exigent avant de donner leur aval au projet des postulants. L'évaluation psychologique alors requise vise à statuer sur la santé mentale des postulants ou, le cas échéant, à évaluer l'impact d'un trouble mental identifié sur les capacités de ces derniers à accueillir un enfant. Cette évaluation dite

psychologique doit être comprise ici comme étant l'évaluation des troubles mentaux, activité qui est par ailleurs réservée.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Le recours à toute autre expertise professionnelle au regard des adultes postulants est possible, voire requis, telle que le diagnostic du médecin, l'évaluation des troubles mentaux par les professionnels à qui l'activité est réservée, l'évaluation de la condition physique et mentale par l'infirmière, l'évaluation des habiletés fonctionnelles par l'ergothérapeute et l'évaluation des capacités adaptatives par le psychoéducateur.

3.6.10. Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant

Ce qui est réservé

L'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant en vue de formuler une recommandation au tribunal est réservée au travailleur social.

Cette activité est réservée parce qu'elle est susceptible d'entraîner la perte d'un droit, tel l'exercice de la libre gestion de la personne et de ses biens.

La portée de l'activité réservée s'étend au processus de réévaluation des régimes de protection et à l'homologation du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant.

Le travailleur social est imputable de la recommandation qu'il élabore à partir de l'ensemble des données psychosociales résultant de l'évaluation des différents aspects de l'inaptitude, évalués par lui-même ou par d'autres professionnels selon les compétences requises. Sur la base de ces données, il mesure l'impact de celles-ci sur la personne et son environnement en lien avec la mesure de protection à privilégier. Il recommande l'ouverture, le maintien, la modification ou la fin du régime de protection après analyse des différents avis professionnels obtenus au sujet du degré d'autonomie de la personne.

Le médecin est responsable de l'évaluation médicale.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Le degré d'autonomie de la personne peut être évalué par différents professionnels, selon leur expertise respective. L'évaluation du fonctionnement psychologique et du fonctionnement mental réalisée par le psychologue, l'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par l'ergothérapeute, et l'évaluation de la condition physique et mentale réalisée par l'infirmière sont souvent complémentaires et intégrées à la recommandation d'ouvrir ou de maintenir un régime de protection. Chacun de ces professionnels demeure imputable de l'évaluation qu'il effectue.

Ce qui n'est pas réservé

La collecte de données objectives (incluant les observations) portant sur la personne dans son environnement dont sa situation financière, légale ou son éligibilité à des programmes sociaux n'est pas réservée.

3.6.11. Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique

Ce qui est réservé

Cette activité est réservée au psychologue, au conseiller d'orientation, au psychoéducateur, à l'orthophoniste, à l'audiologiste, à l'ergothérapeute et au médecin dans le cadre de leur champ d'exercice respectif lorsque cette évaluation est réalisée dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique²¹.

L'activité réservée doit se comprendre de la façon suivante pour :

- ↗ **le psychologue** : évaluer le fonctionnement psychologique et mental d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↗ **le conseiller d'orientation** : évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↗ **le psychoéducateur** : évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↗ **l'orthophoniste** : évaluer les fonctions du langage, de la voix et de la parole d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↗ **l'audiologiste** : évaluer les fonctions de l'audition d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↗ **l'ergothérapeute** : évaluer les habilités fonctionnelles d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
- ↗ **le médecin** : évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique.

Cette évaluation cible exclusivement la clientèle de l'enseignement primaire et secondaire de même que la clientèle préscolaire au sens de la Loi sur l'instruction publique.

Cette évaluation comporte des risques de préjudice graves pour un élève présentant un handicap ou des difficultés d'adaptation, d'où la nécessité d'en faire une activité réservée.

21. *Loi sur l'instruction publique* (L.R.Q., c. I-13.3, a. 447; 1997, c. 96, a. 128), article 235. La commission scolaire doit adopter une politique relative à l'organisation des services éducatifs offerts à ces élèves qui précise notamment les modalités d'évaluation des élèves handicapés et des élèves en difficulté d'adaptation.

Dans le cas d'un enfant, les résultats de l'évaluation servent à déterminer ses besoins en matière de services éducatifs adaptés. De telles conclusions peuvent présenter un caractère irrémédiable et perturber le cheminement scolaire de l'enfant. Pour les élèves de niveau secondaire, l'évaluation influe également sur le cheminement scolaire, à une étape où ces personnes sont appelées à faire des choix déterminants pour leur avenir et leur vie active en milieu de travail.

La réalisation de cette évaluation par les professionnels habilités offre les garanties et l'imputabilité du système professionnel.

L'effet de la réserve permet une meilleure identification des problèmes consécutifs à une situation de handicap ou à des difficultés d'adaptation.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité et en complémentarité

Le partage de cette activité s'appuie sur la reconnaissance du rôle particulier que peuvent jouer les différents professionnels visés. Il permet aux organisations de disposer de diverses compétences complémentaires nécessaires pour assurer les meilleurs services à la clientèle.

L'intervention auprès d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation constitue une démarche qui requiert la contribution de diverses disciplines, notamment la pédagogie et l'orthopédagogie. Les intervenants impliqués peuvent également contribuer à l'évaluation de ces élèves.

L'expertise médicale et celle des professionnels habilités à évaluer les troubles mentaux, le retard mental et les troubles neuropsychologiques sont également utilisées dans le réseau de l'éducation.

Ce qui n'est pas réservé : les difficultés d'apprentissage

L'évaluation d'un élève présentant des difficultés d'apprentissage en vue d'établir un plan d'intervention en vertu de la Loi sur l'instruction publique n'est pas une activité réservée. Cette évaluation vise notamment à mettre en place les interventions pédagogiques ou orthopédagogiques appropriées.

En milieu scolaire, l'organisation des services s'appuie sur l'identification des besoins de l'élève en vue de lui offrir les services les plus appropriés dans le cadre d'un plan d'intervention. Il n'est pas nécessaire de déterminer préalablement l'appartenance à une catégorie de difficulté donnée²². À cette fin, une approche multidisciplinaire, qui permet de porter un jugement éclairé sur les différentes facettes de la problématique de l'élève, est d'ailleurs préconisée en milieu scolaire.

22. *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2006). Pour l'application de la Loi sur l'instruction publique, l'expression « difficulté d'apprentissage » est un terme générique qui inclut aussi les troubles d'apprentissage.

Par ailleurs, la détection, le dépistage et l'appréciation d'un trouble des apprentissages ne sont pas des activités réservées, notamment en milieu scolaire où les mesures éducatives visant notamment les difficultés d'apprentissage peuvent continuer à être appliquées par les divers intervenants présents dans ce milieu. Elles peuvent donc être réalisées par l'ensemble des professionnels et des intervenants.

L'Office des professions du Québec mettra en place un comité d'experts qui examinera la situation des orthopédagogues en lien avec l'évaluation réservée par le PL n° 21.

La contribution à l'identification ou au diagnostic d'un trouble n'est pas une activité réservée. Qu'il s'agisse de la dyslexie, par exemple, l'attestation de ce trouble résulte souvent d'une démarche requérant la contribution de différents intervenants, particulièrement celle de l'enseignant et de l'orthopédagogue.

Les interventions pédagogiques et orthopédagogiques au regard des difficultés et des troubles des apprentissages, dont la dyslexie, ne sont pas des activités réservées telles que définies par la Loi.

Dans certains milieux, notamment dans les cégeps et les universités, ou pour certains programmes gouvernementaux, le diagnostic par le médecin ou l'évaluation par un professionnel habilité d'un trouble des apprentissages constitue l'une des conditions administratives pour qu'une personne ait accès, par exemple, à des services, à des subventions, à des exemptions ou à d'autres déductions, ou pour qu'un organisme reçoive un financement pour soutenir la dispensation des services à ces personnes. Les professionnels habilités sont les médecins, les psychologues et, pour les troubles des apprentissages en lien avec le langage, les orthophonistes. Certains conseillers d'orientation et certaines infirmières peuvent aussi être habilités par règlement de leur ordre professionnel. Le fait de préciser les activités réservées peut faciliter les démarches nécessaires pour les personnes concernées, dans une optique d'accessibilité compétente. Ainsi, il est important que le parent d'un jeune ou l'adulte sache vers quel professionnel il peut se diriger.

Ce qui n'est pas réservé : autres exemples

- ↪ Procéder à la détection, au dépistage et à l'appréciation des difficultés d'adaptation ou des besoins d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage;
- ↪ Procéder à l'évaluation des besoins d'un élève en vue d'établir un plan d'intervention;
- ↪ Évaluer la capacité à lire ou à raisonner à l'aide de concepts mathématiques;
- ↪ Apprécier les intérêts d'un élève en vue du choix d'un métier semi-spécialisé dans le cadre du « Parcours de formation axé sur l'emploi »;
- ↪ Évaluer le retard scolaire d'un élève.

3.6.12. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins

Ce qui est réservé

Cette activité concernant un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire au sens de la Loi sur l'instruction publique²³ est réservée au travailleur social, au psychologue, au psychoéducateur, à l'orthophoniste, à l'audiologiste, à l'ergothérapeute, à l'infirmière ainsi qu'au médecin dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Cette activité est réservée lorsqu'elle a pour but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation appropriés.

Cette évaluation vise les enfants chez qui des indices de retard de développement ont été observés et peuvent se manifester dans une ou plusieurs sphères de leur développement. Un écart observé dans la façon d'accomplir une activité qui situerait l'enfant hors des limites considérées normales pour son âge constitue un indice de retard de développement.

À partir des indices dont il dispose, le professionnel à qui l'activité est réservée évalue l'enfant dans le cadre de son champ d'exercice afin de préciser la nature et mesurer l'intensité des difficultés qu'il présente, ou encore de conclure à la présence d'un trouble, dans le but de déterminer les services de réadaptation et d'adaptation qu'il requiert. La réserve vise à assurer aux enfants qui éprouvent des difficultés majeures de développement l'accès à une évaluation compétente et à une orientation précoce vers des services adéquats.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

Cette évaluation est partagée par l'ensemble des professionnels énumérés ci-dessus. Sa réalisation nécessite de mettre en commun les expertises diverses compte tenu du jeune âge de l'enfant et de sa trajectoire développementale difficilement prévisible.

23. *Loi sur l'instruction publique* (L.R.Q., c. I-13.3, a. 447; 1997, c. 96, a. 128). Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire, article 12 :

- l'élève qui a atteint l'âge de 5 ans avant le 1^{er} octobre de l'année scolaire en cours et dont les parents ont fait la demande est admis à l'éducation préscolaire;
- l'élève handicapé ou l'élève vivant en milieu économiquement faible, au sens de l'annexe 1, qui a atteint l'âge de 4 ans avant le 1^{er} octobre de l'année scolaire en cours et dont les parents ont fait la demande est admis à l'éducation préscolaire; le ministre établit la liste des commissions scolaires qui peuvent admettre ces élèves vivant en milieu économiquement faible et précise les conditions d'admission de ceux-ci.

Ce qui n'est pas réservé

La détection²⁴ et le dépistage²⁵ ne sont pas des activités réservées. Elles peuvent donc être réalisées par l'ensemble des professionnels et des intervenants.

L'appréciation²⁶ du développement global d'un enfant d'âge préscolaire n'est pas réservée.

24. Voir lexique pour définition.

25. Idem.

26. Idem.

3.6.13. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris

Aux fins de ces activités, les définitions suivantes servent de référence²⁷ :

- ↳ le terme « contention » est utilisé pour décrire « une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap »;
- ↳ le terme « isolement » est utilisé pour décrire « une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement ».

Ce qui est réservé

La décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement est l'activité par laquelle un professionnel décide de la nécessité de recourir à une mesure de contrôle dans un contexte d'intervention thérapeutique ou planifiée en santé mentale, y compris dans les établissements exploitant un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou des unités de soins de longue durée. Cette activité est réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

En établissement, ces activités sont exercées dans le cadre des règles ou politiques en vigueur, adoptées par le conseil d'administration de l'établissement. Ces règles doivent tenir compte des *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*.

La contention et l'isolement sont des mesures se limitant à la personne dont les comportements représentent un danger imminent pour sa santé, sa sécurité ou celles d'autrui. Il ne s'agit pas de mesures punitives ou disciplinaires; elles doivent prendre fin dès que sont disparus les motifs qui les ont justifiées.

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques de préjudice. Elle porte atteinte à l'intégrité physique et morale de la personne, et peut entraîner des dommages de nature physique ou psychologique et des douleurs morales. Elle peut la perturber profondément et la plonger dans un état de détresse.

Vu les risques de préjudice importants liés à leur application, la contention ou l'isolement constituent des mesures exceptionnelles et de dernier recours. Par conséquent, tout doit être fait pour en prévenir et en limiter l'application. Afin de considérer toutes les avenues possibles pour en prévenir l'utilisation, une analyse interdisciplinaire et multidisciplinaire

27. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002, p. 14.

avec la personne et ses proches s'avère essentielle pour élaborer un plan d'intervention individualisé.

Précisions sur la décision d'utiliser des mesures de contention

Une distinction importante s'impose pour la décision d'utiliser la contention. Depuis 2003 (date d'entrée en vigueur de la disposition du PL n° 90 sur la contention), la décision d'utiliser une mesure de contention est réservée au médecin, à l'infirmière, au physiothérapeute et à l'ergothérapeute. Cette décision n'est pas limitée quant au lieu où le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute la prennent : ils peuvent décider, à titre d'exemple, d'avoir recours à cette mesure en milieu scolaire, en garderie ou en camp de vacances.

Le PL n° 21 élargit la liste des professionnels habilités à prendre la décision d'utiliser une mesure de contention au psychologue, au travailleur social et au psychoéducateur. Par ailleurs, cette décision ne leur est réservée que dans une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris²⁸.

Précisions sur la décision d'utiliser des mesures d'isolement

La décision d'utiliser des mesures d'isolement est réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

Le contexte de pratique en interdisciplinarité

La décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement doit être planifiée et devrait résulter d'une démarche interdisciplinaire à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel telle que balisée par son champ d'exercice ou si l'application de la mesure est prévue au plan d'intervention ou prescrite par le médecin dans le cadre du plan de traitement médical.

28. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), article 118.1. ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5), article 150.1. : La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure. Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

Cette décision implique le jugement clinique de professionnels issus de différentes disciplines, possédant une expertise particulière et apportant une complémentarité d'opinions qui garantit une utilisation judicieuse et ultime de telles mesures. Le regroupement d'un ensemble de compétences spécifiques et transversales favorise l'utilisation de ces mesures en dernier recours seulement et offre la garantie et l'imputabilité propres au système professionnel.

Ce qui n'est pas réservé

En situation d'urgence, la décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement ne constitue pas l'objet de la réserve prévue par ces modifications législatives; par exemple, en présence d'un comportement non prévisible qui met en danger la sécurité de la personne ou celle d'autrui²⁹.

En milieu scolaire, la décision d'utiliser des mesures d'isolement n'est pas réservée. Les enseignants et intervenants du milieu scolaire doivent demeurer vigilants face au caractère d'exception d'une telle décision. Le tout devrait se faire dans un contexte d'intervention planifiée qui tient compte des droits reconnus par la Charte des droits et libertés (inviolabilité, intégrité, dignité).

Malgré la réserve de cette activité, les services policiers, les agents de services correctionnels et les services ambulanciers hors établissement peuvent utiliser les mesures de contention ou d'isolement.

L'application d'une mesure de contention ou d'isolement n'est pas réservée. L'intervention planifiée doit être consignée au plan d'intervention et peut être appliquée par tout intervenant formé à cette fin. En établissement, ces mesures seront appliquées selon le protocole adopté par le conseil d'administration.

29. Dès que la situation d'urgence est maîtrisée, l'intervention d'un professionnel habilité est requise.

Mise en garde : section à compléter

4. Une mesure pour prévenir toute rupture de services

4.1. L'application des dispositions transitoires de droits acquis pour les personnes non admissibles à un ordre professionnel

Le PL n° 21 reconnaît des droits acquis aux personnes non admissibles à un ordre professionnel qui, au 20 juin 2010, exerçaient des activités réservées à des professionnels. Les intervenants, bénéficiant de droits acquis, vont être autorisés à faire ce qu'ils faisaient déjà tout en étant assujettis aux conditions et modalités qui seront déterminées par le conseil d'administration de l'ordre professionnel.

Certaines activités ne sont pas visées par la disposition sur les droits acquis :

- ↪ évaluer les troubles mentaux;
- ↪ évaluer les troubles neuropsychologiques;
- ↪ évaluer le retard mental.

L'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec ainsi que l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec ont déterminé les conditions et modalités selon lesquelles les personnes qui, au 20 juin 2010, exerçaient une activité professionnelle réservée à ces ordres pourront bénéficier de la disposition de droits acquis.

Après discussion avec les employeurs, les trois ordres se sont entendus sur ces conditions et modalités qui seront les mêmes pour chaque ordre.

Pour éviter une rupture des services, les personnes suivantes sont réputées avoir exercé l'une ou l'autre des activités réservées le 20 juin 2010 :

- ↪ toute personne qui exerçait l'activité entre le 19 juin 2009 et le 20 juin 2010;
- ↪ toute personne qui aurait pu exercer l'activité réservée entre le 19 juin 2009 et le 20 juin 2010, mais qui était en congé en lien avec les dispositions prévues dans ses conditions de travail (par exemple, un congé parental, un congé sans solde ou un congé de maternité).

Un registre de ces personnes sera créé dans chacun des ordres et, selon les postes occupés, les employeurs fourniront, lors de la déclaration initiale, la liste des personnes qui exerçaient les activités réservées en indiquant l'activité qu'exerçait la personne.

La personne qui ne travaille pas au sein d'un établissement devra informer l'ordre concerné de l'activité réservée qu'elle exerce, par le biais d'une déclaration assermentée.

Des frais administratifs seront exigés de la personne à inscrire au registre lors de la déclaration initiale. Les frais administratifs pour les déclarations annuelles subséquentes sont déterminés par le Conseil d'administration de chacun des ordres.

La personne inscrite au registre devra renouveler annuellement son inscription.

Chacun des trois ordres professionnels a adopté un règlement obligeant la personne à suivre, pour chaque activité professionnelle qu'elle exerce en vertu de cette mesure transitoire, au moins six heures de formation par période de référence de deux ans. Les règlements prévoient les activités de formation admissibles de même que les dispenses pouvant être accordées. Ils prévoient également le mode de contrôle et les conséquences du défaut d'avoir complété ces heures de formation.

4.2. L'application des dispositions transitoires de droits acquis pour les membres d'un ordre professionnel

Des droits acquis sont également reconnus aux membres d'un ordre professionnel qui, au 20 juin 2010, exerçaient des activités qui sont réservées aux membres d'un de ces trois ordres professionnels. Ces professionnels pourront être autorisés par l'ordre professionnel visé par la réserve à continuer d'exercer ces activités selon les conditions et modalités administratives déterminées par le conseil d'administration de cet ordre.

Bien que cette activité ne relève pas de l'exercice de sa profession, le professionnel dont le titre d'emploi est identique à son titre professionnel pourrait laisser croire au public qu'il effectue cette activité dans le cadre de sa profession. À cet égard, le professionnel est assujéti aux obligations déontologiques, dont l'obligation de compétence, et aux mécanismes de protection du public de son ordre professionnel.

Le professionnel dont le titre d'emploi n'est pas le même que son titre professionnel mais qui, d'une quelconque façon, laisse entendre au public qu'il exerce cette activité dans le cadre de sa profession est assujéti aux mêmes obligations déontologiques, dont l'obligation de compétence et aux mécanismes de contrôle de son ordre professionnel.

Par exemple, un psychoéducateur qui exerce une activité réservée aux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (l'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection du majeur) pourra continuer à l'exercer s'il répond aux conditions et modalités déterminées par cet ordre. Ce psychoéducateur occupe un poste d'agent de relations humaines et ne s'affiche en aucune façon comme psychoéducateur; il n'est donc pas assujéti aux obligations déontologiques de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Toutefois, s'il occupe un poste d'agent de relations humaines mais se présente comme psychoéducateur, affiche son permis et signe ses documents avec son titre de psychoéducateur, il doit répondre aux exigences de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec en matière de déontologie et est soumis aux mécanismes de protection du public de son ordre.

**Mise en garde : section à compléter lorsque les dispositions du
projet de règlement sur le permis de psychothérapeute de
l'Office des professions seront en vigueur**

5. L'encadrement de la psychothérapie

Le PL n° 21 contient des dispositions générales qui encadrent de façon rigoureuse la pratique de la psychothérapie au sein du système professionnel.

Il prévoit une définition de la psychothérapie (article 11 qui introduit l'article 187.1, deuxième alinéa au Code des professions), la réserve de cette activité ainsi que la réserve du titre de psychothérapeute.

Le PL n° 21 prévoit qu'à l'exception du médecin et du psychologue, nul ne peut exercer la psychothérapie, ni utiliser le titre de psychothérapeute s'il n'est membre de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers, des psychoéducateurs et psychoéducatrices, des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux et qu'il n'est titulaire du permis de psychothérapeute. Ce permis sera délivré par l'Ordre des psychologues du Québec selon les conditions édictées par un règlement de l'Office des professions du Québec.

5.1. La définition de la psychothérapie

L'Organisation mondiale de la santé reconnaît la psychothérapie parmi les composantes des soins offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement, au même titre que le traitement médicamenteux et que la réadaptation psychosociale.³⁰

Le PL n° 21 définit la psychothérapie comme étant :

un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

Définir la psychothérapie dans une perspective de réglementation vise à protéger le public des personnes qui ne sont pas suffisamment formées pour l'exercer.

Elle constitue un cadre de référence pour la pratique de la psychothérapie. Elle a été élaborée à partir d'éléments qui associent la psychothérapie au traitement psychologique

30. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 — La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS, p. 60, 61, 62.

notamment d'un trouble mental et de perturbations liées au développement de l'être humain pouvant survenir au cours des cycles de la vie.

Le développement actuel des connaissances en cette matière permet de considérer la psychothérapie en tant que traitement. L'efficacité des approches psychothérapeutiques les plus couramment utilisées peut être évaluée de diverses façons, et nous disposons notamment de données probantes de plus en plus nombreuses et diversifiées pour la démontrer. Plusieurs recherches permettent également d'établir l'efficacité d'une approche donnée dans le traitement d'un trouble mental particulier et bien circonscrit. Les interventions sont choisies de façon cohérente et en concordance avec les résultats de l'évaluation rigoureuse que doit faire initialement le psychothérapeute, ainsi qu'avec l'objectif de changement recherché.

Afin d'étendre cette protection au plus grand nombre, le législateur a opté pour une définition qui englobe, en plus des troubles mentaux, les perturbations liées au développement de l'être humain et celles pouvant survenir au cours des cycles de la vie. Les éléments dont il importe de bien saisir la définition et la portée sont les suivants :

- ↪ **La souffrance** : elle réfère à une douleur morale qui ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales.³¹
- ↪ **La détresse psychologique** : elle réfère à un sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance, éprouvé dans une situation poignante, laquelle, lors d'enquêtes épidémiologiques, sert d'indicateur pour mesurer les prévalences des maladies.³²
- ↪ **Le client** : le terme désigne la personne, la famille, le couple.

5.2. Les interventions qui ne sont pas réservées

Définir la psychothérapie doit permettre de la distinguer d'interventions qui n'en sont pas. Ces interventions ne sont pas réservées.

À cet effet, le PL n° 21 prévoit que l'Office, par règlement, établit une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie au sens de la Loi mais qui s'en rapprochent et définit ces interventions. Rappelons que, dans la définition de la psychothérapie, le PL n° 21 spécifie que ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

À VENIR : les interventions et leurs définitions, telles que prévues dans le règlement.

5.3. La réserve de la pratique de la psychothérapie

Le PL n° 21 réserve la pratique de la psychothérapie aux psychologues et aux médecins. Ils n'ont donc pas à obtenir de permis à cette fin.

31. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 — La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Organisation mondiale de la santé, p. 21.

32. *Avis sur les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Conseil médical du Québec, avril 2001, 110 p.

Il réserve également cette activité aux membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers, des psychoéducateurs et psychoéducatrices, des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux pour autant qu'ils détiennent un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec.

La gestion du permis de psychothérapeute sera assumée par l'Ordre des psychologues du Québec. Cette modalité :

- ↳ facilite la gestion du permis de psychothérapeute dans le cadre du système professionnel en instaurant un guichet d'accès unique;
- ↳ facilite le choix d'un psychothérapeute et le dépôt de plaintes, le cas échéant;
- ↳ permet le contrôle de l'exercice illégal de cette activité nouvellement réservée et partagée.

L'Ordre des psychologues du Québec délivre le permis selon les conditions qui apparaissent dans le Règlement sur le permis de psychothérapeute édicté par l'Office. La section qui suit décrit ces conditions.

5.3.1. Conditions de délivrance du permis de psychothérapeute

À VENIR : autres commentaires relatifs au règlement.

En ce qui a trait aux psychologues, soulignons que la psychothérapie est le noyau central de leur pratique. Les programmes actuellement offerts par les universités offrent la formation requise pour pratiquer la psychothérapie. Le médecin, quant à lui, peut être formé pour pratiquer la psychothérapie, particulièrement s'il se spécialise en psychiatrie. De façon générale, la formation initiale de ces deux groupes professionnels correspond aux normes de formation théorique et pratique identifiées par le comité d'experts, présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau, pour être admissible à un permis de psychothérapeute. Par conséquent, les codes de déontologie et les programmes de surveillance de ces ordres attesteront la qualité de la pratique de leurs membres ainsi que l'obligation de posséder les connaissances et les compétences pour ce faire, sans émission de permis spécifique à cet effet. Les normes édictées par le règlement de l'Office des professions devraient soutenir les ordres dans l'application de leurs mécanismes de protection du public à l'égard de leurs membres qui pratiquent la psychothérapie.

Le Conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec délivre un permis de psychothérapeute au membre de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec ou de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec qui satisfait aux conditions suivantes :

À VENIR : conditions prévues au règlement.

5.3.2. Une formation pertinente

À VENIR : autres commentaires relatifs au règlement.

5.3.3. La reconnaissance des formateurs et des superviseurs

Les conditions de reconnaissance des formateurs

Pour être reconnu aux fins de la condition de formation requise pour la délivrance du permis de psychothérapeute, le formateur doit satisfaire aux conditions suivantes :

À VENIR : conditions prévues au règlement et autres commentaires.

Les conditions de reconnaissance des superviseurs

Pour être reconnu aux fins de la condition de l'expérience clinique requise pour la délivrance du permis de psychothérapeute, le superviseur doit satisfaire aux conditions suivantes :

À VENIR : conditions prévues au règlement et autres commentaires.

5.4. La réserve du titre de psychothérapeute

Le PL n° 21 prévoit qu'à l'exception du médecin et du psychologue, nul ne peut utiliser le titre de psychothérapeute ni un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, s'il n'est membre de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices et de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et s'il n'est titulaire du permis de psychothérapeute.

L'Office, par règlement, détermine les conditions d'utilisation du titre de psychothérapeute par le médecin, par le psychologue et par le titulaire du permis de psychothérapeute.

À VENIR : conditions prévues au règlement et autres commentaires.

5.5. La reconnaissance des droits acquis au moment de l'entrée en vigueur de la Loi

Alors qu'actuellement aucune disposition ne régit la psychothérapie, la reconnaissance d'un droit acquis vise à permettre à toutes les personnes qui pratiquent cette activité au moment de l'entrée en vigueur de la Loi, au sens de la définition prévue au PL n° 21, de continuer à la pratiquer sous réserve de satisfaire à certaines conditions édictées par le règlement de l'Office. Par ailleurs, ces personnes seront dorénavant soumises à la réglementation applicable au titulaire du permis de psychothérapeute et à une obligation de formation continue. La reconnaissance des droits acquis tels que proposés revêt un caractère temporaire.

À VENIR : conditions prévues au règlement et autres commentaires.

5.6. Des règles communes à respecter pour l'exercice de la psychothérapie

Le PL n° 21 précise que tout médecin, psychologue ou titulaire d'un permis de psychothérapeute doit exercer la psychothérapie en respectant, outre les lois et les règlements qui le régissent, les règles suivantes :

- ✎ établir un processus interactionnel structuré avec le client;
- ✎ procéder à une évaluation initiale rigoureuse;
- ✎ appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;
- ✎ s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

5.6.1. Des éléments explicatifs

Le processus interactionnel structuré entre un professionnel et un client. Cette appellation affirme l'importance accordée au consentement libre et éclairé dans le cadre de ce processus. Elle introduit la notion de service dispensé par un professionnel à la demande d'un client ou après avoir obtenu son consentement. Elle rend clairement le message qu'il s'agit d'une relation structurée, dans un cadre déterminé, entre un professionnel et un client, laquelle se réalise sur la base d'un contrat thérapeutique.

L'évaluation initiale rigoureuse. Elle constitue un préalable et a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie.

Peu importe l'approche psychothérapeutique choisie, cette évaluation tient compte notamment des éléments suivants :

- ✎ la demande formulée par la personne et son histoire thérapeutique;
- ✎ les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la personne;
- ✎ l'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques, le cas échéant;
- ✎ les ressources et les forces du client;
- ✎ l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur.

Une telle évaluation permet de cerner davantage la situation de la personne et le motif qui l'amène à consulter. Son résultat influence le choix de l'approche psychothérapeutique et des différents tests et techniques utilisés en lien avec cette approche. De plus, elle guide le psychothérapeute dans la décision d'entreprendre et de poursuivre le processus psychothérapeutique au regard des connaissances et des compétences dont il dispose pour traiter une personne aux prises avec un trouble ou un problème particulier. L'information ainsi recueillie doit être consignée au dossier. Les objectifs sous-jacents à cette évaluation font qu'elle se distingue de l'évaluation de la condition mentale et de l'évaluation des troubles mentaux, du retard mental et des troubles neuropsychologiques.

La psychothérapie en groupe. Elle est considérée comme une pratique dont les effets curatifs sont reconnus. En ce sens, une psychothérapie demeure une démarche individuelle qui peut être réalisée au sein d'un groupe la soutenant.

5.6.2. Des éléments complémentaires

Pour être considérée comme telle, une approche psychothérapeutique doit répondre à des valeurs éthiques et à des normes :

- ↪ **scientifiques** : elle doit être validée scientifiquement, tant sur le plan de la théorie que des techniques; la théorie doit reposer sur des hypothèses potentiellement vérifiables et son efficacité doit pouvoir être évaluée;
- ↪ **techniques** : elle repose sur un cadre théorique et un certain nombre de techniques qui correspondent à la théorie. Le psychothérapeute doit les connaître et détenir les compétences pour les utiliser;
- ↪ **déontologiques** : elle doit respecter le cadre législatif y compris les lois et les règlements professionnels, dont le code de déontologie.

5.6.3. Les éléments de réussite d'une psychothérapie

La maîtrise des compétences est à la base de la réussite d'une psychothérapie. Des études ont démontré l'importance de la formation du psychothérapeute dans l'atteinte des objectifs du traitement psychothérapeutique.

Les facteurs communs contribuent également au succès du traitement, soit notamment :

- ↪ la suggestion;
- ↪ les attitudes du psychothérapeute;
- ↪ le cadre et les attentes du client;
- ↪ la qualité relationnelle et la capacité d'établir une alliance thérapeutique;
- ↪ la confiance du client en la réussite de la démarche.

5.7. Une obligation de formation continue

L'Office, par règlement, détermine le cadre des obligations de formation continue auxquelles le médecin, le psychologue qui exerce la psychothérapie ou le titulaire du permis de psychothérapeute doivent se conformer, selon les modalités fixées par résolution du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec; l'Office détermine aussi les sanctions découlant du défaut de suivre la formation et, le cas échéant, les cas de dispense.

Cette obligation a pour but de maintenir les compétences à jour dans la pratique de la psychothérapie.

À VENIR : conditions prévues au règlement, résolutions respectives du Collège des médecins et de l'Ordre des psychologues du Québec et autres commentaires.

5.8. Un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie

Un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie a été institué au sein de l'Ordre des psychologues du Québec.

Cette structure permet la mise en place d'un processus uniforme d'encadrement de la pratique de la psychothérapie, dans le contexte où la psychothérapie est nouvellement réservée et partagée en interdisciplinarité. Dans un contexte d'implantation de normes encadrant la pratique de la psychothérapie, le conseil consultatif interdisciplinaire sera appelé à jouer un rôle essentiel.

Le conseil consultatif interdisciplinaire a pour mandat de donner à l'Office des avis et des recommandations concernant les projets de règlement de l'Office visés au PL n° 21 avant qu'il ne les adopte, ainsi que sur toute autre question concernant l'exercice de la psychothérapie que l'Office juge opportun de lui soumettre.

Le conseil consultatif interdisciplinaire a également pour mandat de donner au conseil d'administration des ordres professionnels dont les membres peuvent exercer la psychothérapie des avis et des recommandations concernant les projets de règlement de ces ordres concernant l'exercice de la psychothérapie, avant qu'il ne les adopte, ainsi que sur toute autre question concernant l'exercice de la psychothérapie que le conseil d'administration de ces ordres juge opportun de lui soumettre.

Le conseil consultatif interdisciplinaire doit, par l'intermédiaire de l'Office, donner des avis et des recommandations au ministre responsable de l'application des lois professionnelles sur toute question que celui-ci juge opportun de soumettre au conseil concernant l'exercice de la psychothérapie.

Le conseil consultatif interdisciplinaire est formé des membres suivants, nommés par le gouvernement et choisis pour leurs connaissances, leur expérience ou leur expertise professionnelles dans le domaine de la psychothérapie :

- ↪ deux psychologues, dont le président du conseil, après consultation de l'Ordre des psychologues du Québec;
- ↪ deux médecins, dont le vice-président du conseil, après consultation du Collège des médecins du Québec;
- ↪ un membre de chaque ordre professionnel dont les membres peuvent être titulaires du permis de psychothérapeute et, le cas échéant, un membre titulaire de chacune des catégories de permis délivrés par cet ordre professionnel, après consultation de l'ordre professionnel dont il est membre.

Le conseil consultatif interdisciplinaire peut consulter toute personne dont l'expertise particulière est requise ainsi que tout représentant d'organisme concerné et les autoriser à participer à ses réunions.

Ainsi, le conseil consultatif interdisciplinaire permet :

- ↪ de maintenir la valeur de l'interdisciplinarité au cœur de l'encadrement de la pratique de la psychothérapie;
- ↪ de maintenir la rigueur nécessaire à la qualité de la pratique;
- ↪ de rassembler des professionnels de diverses provenances autour du titre et de la pratique de la psychothérapie.

Le conseil consultatif interdisciplinaire repose sur l'implication et la collaboration de l'ensemble des ordres concernés.

Annexe 1

Lexique des définitions utiles à la compréhension du projet de loi n° 21

Termes et définitions	Notes explicatives
<p>L'appréciation est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments.</p>	<p>L'appréciation est une intervention non réservée. Elle peut donc être réalisée par l'ensemble des professionnels et des intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans les limites de leurs compétences respectives.</p>
<p>La contention est une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap³³.</p>	
<p>La contribution réfère à l'aide apportée à l'exécution de l'activité réservée à un professionnel.</p>	<p>La contribution est une intervention non réservée. Elle peut donc être réalisée par l'ensemble des professionnels et des intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans les limites de leurs compétences respectives.</p>
<p>Le dépistage vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes.</p> <p>L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée.</p>	<p>Le dépistage est une intervention non réservée. Il peut donc être réalisé par l'ensemble des professionnels et des intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans les limites de leurs compétences respectives.</p>
<p>La détection consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risques dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices.</p>	<p>La détection est une intervention non réservée. Elle peut donc être réalisée par l'ensemble des professionnels et des intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans les limites de leurs compétences respectives.</p>

33. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

Termes et définitions	Notes explicatives
<p>Le diagnostic est l'évaluation médicale qui peut requérir un examen complet de l'ensemble des organes, appareils et systèmes du corps humain.</p>	<p>Le médecin est le seul professionnel de la santé qui détient les connaissances pour ce faire. Il reçoit à cet égard une formation intégrant les sciences fondamentales et les sciences cliniques. L'expertise unique du médecin justifie l'attribution exclusive de cette activité. Ce qui n'empêche pas les autres professionnels de procéder à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif et d'en communiquer les conclusions.</p>
<p>L'évaluation, telle que déjà définie dans le cadre de l'implantation de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (PL n° 90) :</p> <p><i>L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.</i></p>	<p>L'évaluation réservée est celle qui implique l'exercice du jugement clinique d'un professionnel membre de son ordre ainsi que la communication de ce jugement.</p> <p>Les évaluations qui n'ont pas pour but de mener à une conclusion ou à un diagnostic et qui ne sont pas spécifiquement réservées par la Loi sont permises.</p>
<p>Dans une équipe interdisciplinaire, les résultats des évaluations, des observations et des interventions réalisées par les différents professionnels et autres intervenants sont mis en commun en vue de partager une compréhension globale de la situation et de s'entendre sur des objectifs communs d'interventions. Les membres de l'équipe interdisciplinaire travaillent ensemble.</p>	

Termes et définitions	Notes explicatives
<p>Dans une équipe multidisciplinaire, les différents professionnels et autres intervenants mobilisés ne sont pas nécessairement regroupés dans un même lieu de travail. Ces équipes peuvent même être « virtuelles » au sens où les différents professionnels indépendants peuvent être sollicités à titre de consultants experts et expérimentés de façon plus ou moins concertée. Il est important de souligner que le travail d'un seul de ces professionnels ne peut suffire pour conclure dans plusieurs situations.</p>	
<p>L'évaluation provisoire³⁴ : il est possible de recourir à la spécification provisoire quand on a de fortes raisons de penser que tous les critères d'un trouble finiront par être remplis et que l'information disponible est insuffisante pour faire un diagnostic (conclure) avec certitude (...) Un autre emploi du terme provisoire est le cas où le diagnostic différentiel dépend seulement de la durée de la maladie.</p>	
<p>La notion d'installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation comprend les ressources intermédiaires de type « maison d'accueil » et de type « résidence de groupe », à l'exception des appartements supervisés et des familles d'accueil.</p>	<p>Ces installations sont visées à la section 3.6.7 du présent guide et sont précisées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.</p> <p>Ne sont notamment pas visées par la réserve les Ressources de type familial (RTF).</p>
<p>Le terme « isolement » est utilisé pour décrire une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne, pour un temps déterminé, dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement.</p>	<p>Ne réfère pas à des unités fermées ou à des unités prothétiques.</p> <p>Se référer aux orientations ministérielles (www.msss.gouv.qc.ca)</p>

34. DSM-IV TR section : utilisation du manuel.

Termes et définitions	Notes explicatives
<p>La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.</p> <p>Elle a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité, dans son état de santé. Il s'agit d'un processus qui va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.</p>	
<p>Le trouble mental : « affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales ».</p>	<p>L'évaluation du trouble mental s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux, notamment les deux classifications les plus utilisées actuellement en Amérique du Nord, soit la CIM et le DSM.</p>
<p>Le trouble neuropsychologique : « affection cliniquement significative qui se caractérise par des changements neurocomportementaux (de nature cognitive, émotionnelle et comportementale) liés au dysfonctionnement des fonctions mentales supérieures à la suite d'atteintes du système nerveux central ».</p>	

Annexe 2

PL n° 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines Modernisation des champs d'exercice professionnel

<p>Psychologue</p> <p>L'exercice de la psychologie consiste à évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi qu'à déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement.</p>	<p>Travailleur social</p> <p>L'exercice du travail social consiste à évaluer le fonctionnement social, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi qu'à soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.</p>	<p>Thérapeute conjugal et familial</p> <p>L'exercice de la thérapie conjugale et familiale consiste à évaluer la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles, à déterminer un plan de traitement et d'intervention ainsi qu'à restaurer et améliorer les modes de communication dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'être humain en interaction avec son environnement.</p>
<p>Conseiller d'orientation</p> <p>L'exercice de l'orientation consiste à évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, à intervenir sur l'identité ainsi qu'à développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de faire des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement.</p>	<p>Psychoéducateur</p> <p>L'exercice de la psychoéducation consiste à évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, à rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi qu'à contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.</p>	<p>Ergothérapeute</p> <p>L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles, à déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, à compenser les incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.</p>
<p>Infirmière</p> <p>L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.</p>	<p>Médecin</p> <p>L'exercice de la médecine consiste à évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.</p>	<p>Orthophoniste et audiologiste</p> <p>L'exercice de l'orthophonie et de l'audiologie consiste à évaluer les fonctions de l'audition, du langage, de la voix et de la parole, à déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain en interaction avec son environnement.</p>
<p>L'information, la promotion de la santé, la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités³⁵.</p>		

35. Ce paragraphe fait partie de la définition de l'ensemble des champs d'exercice du secteur de la santé mentale et des relations humaines.

Annexe 3

PL n° 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

Évaluation réservée : évaluation qui implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement

Activités réservées	Psychol.	T.S.	T.C.F.	C.O.	Psychoé.	Ergo.	Infirmière	Médecin	Orthop./audiol.
1. Évaluer les troubles mentaux	X			X ³⁶			X ³⁷	X	
2. Évaluer le retard mental	X			X				X	
3. Évaluer les troubles neuropsychologiques	X ³⁸							X	
4. Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité	X	X	X	X	X	X	X	X	
5. Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse		X			X				
6. Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	X	X			X				
7. Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation		X			X				
8. Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès	X	X	X						
9. Évaluer une personne qui veut adopter un enfant	X	X	X						
10. Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant		X						X (volet médical)	
11. Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique	X			X	X	X		X	X
12. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins	X	X			X	X	X	X	X
13. Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris	X	X			X	X	X	X	

36. Devra détenir une attestation de formation supplémentaire de son ordre.

37. Devra détenir la formation et l'expérience requises par règlement de son ordre.

38. Devra détenir une attestation de formation de son ordre.