

Un ordre professionnel pour surveiller l'exercice d'une profession qui a évolué

Présenté à

L'Office des professions du Québec

Par

Les techniciennes et techniciens ambulanciers paramédics de la
Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec

Octobre 2016

1. INTRODUCTION

Ce mémoire a été écrit dans l'intérêt des Québécoises et des Québécois afin qu'ils puissent obtenir des soins préhospitaliers de qualité, bien encadrés et empreints d'éthique et vise avant tout à protéger le public en assurant une prise en charge efficace des personnes par des professionnels prodiguant des soins sécuritaires. Dans ce document, les techniciennes et les techniciens ambulanciers de la Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec (CTAQ) demandent à l'Office des professions du Québec d'émettre un avis favorable à la constitution de l'Ordre professionnel des techniciennes et des techniciens ambulanciers du Québec. Les techniciennes et les techniciens ambulanciers (TA) de la CTAQ présentent ici les raisons qui les ont conduits à formuler cette demande; l'évolution de la profession (une avancée majeure de la profession en 50 ans), la mise en place de programmes de formation (diplôme d'études collégiale) et d'un registre de la main-d'œuvre, le contexte nouveau de pratique professionnelle et les enjeux de protection du public qui se posent maintenant.

Le mémoire présente tout d'abord un bref historique du service ambulancier ; la profession a beaucoup évolué et le parcours traversé mérite d'être souligné. Les TA dressent en outre un portrait de la situation à propos de l'encadrement de l'exercice de la profession, de l'état de la situation ainsi que des lacunes constatées, notamment en ce qui a trait à la notion de préjudice et à la protection du public. De même, ce mémoire fait état de la situation dans d'autres provinces canadiennes, soit en Alberta, en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et en Ontario.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	ii
2.	LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	iv
3.	SOMMAIRE DÉCISIONNEL.....	1
4.	L'ÉTAT ACTUEL DE L'ENCADREMENT DE LA PROFESSION.....	5
4.1	Les instances régissant l'encadrement de la profession et le portrait socio-économique des SPU au Québec.	5
4.1.1	Le ministère de la Santé et des Services sociaux.....	5
4.1.2	Les Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux.....	6
4.1.3	Le Directeur médical national des soins préhospitaliers d'urgence.....	7
4.1.4	Le Registre national de la main d'œuvre des techniciens ambulanciers.....	8
5.	LA FORMATION DANS UN COLLÈGE D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : LA DIPLOMATION DEC	8
6.	L'INSTAURATION DU REGISTRE NATIONAL ET DU PROGRAMME NATIONAL D'INTÉGRATION CLINIQUE	9
6.1	Le Registre national de la main d'œuvre.....	9
6.2	Le programme national d'intégration clinique (PNIC).....	9
7.	DES LACUNES IMPORTANTES	10
7.1	Des lacunes importantes pour l'exercice de la profession.....	10
7.2	Des lacunes importantes pour la population.....	11
7.3	Des lacunes importantes pour le développement professionnel.....	17
8.	CE QUI SE FAIT AILLEURS AU CANADA.....	18
	Conclusion.....	21
	Médiagraphie.....	24

2. LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIUSSS :	Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux
CISSS :	Centre intégré de la santé et des services sociaux
CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
DASPU :	Direction adjointe des soins préhospitaliers d'urgence
DMR :	Direction médicale régionale
DMN :	Direction médicale nationale
MDSA :	Moniteur défibrillateur semi-automatique
PICTAP :	Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics
PNIC :	Programme national d'intégration clinique
RIP :	Rapport d'intervention préhospitalière
SPU :	Soins préhospitaliers d'urgence
TA :	Technicien ambulancier

3. SOMMAIRE DÉCISIONNEL

La profession de technicien ambulancier a grandement évolué depuis 1960. La formation de base nécessaire pour exercer la profession était, à cette époque, d'une durée de 40 à 120 heures. Depuis 2006, elle est sanctionnée par un diplôme d'études collégiales (DEC) et atteint maintenant 2 745 heures de formation. Avec la défibrillation, l'intubation, l'assistance ventilatoire, l'administration de médicaments, la prise en charge de traumatisés majeurs, etc., les TA posent des gestes ayant une portée indéniable sur l'intégrité physique et mentale des personnes de même que sur le pronostic de leur survie. Ces gestes ont en effet une incidence directe sur la morbidité et la mortalité de la personne. Pour ce faire, les TA possèdent des connaissances et des compétences uniques à la pratique préhospitalière. Cependant, le public n'est pas adéquatement protégé de ces actes souvent invasifs et vitaux et la gravité du préjudice pouvant survenir se doit d'être soulignée.

Plusieurs éléments militent en faveur d'un avis favorable de la part de l'Office des professions du Québec (OPQ) pour la création d'un ordre professionnel des TA. C'est dans cet esprit que les TA de la Coopérative des Techniciens ambulanciers du Québec (CTAQ) ont produit ce mémoire dans le but ultime d'étayer les éléments justifiant la création d'un organisme transparent de gestion et de surveillance de la pratique des TA. La profession de TA présente actuellement des faiblesses considérables, tant en ce qui concerne l'engagement des pairs dans le processus d'assurance qualité que le contrôle de la compétence ou de son développement; elle répond en tous points aux exigences pour la constitution d'un ordre professionnel.

Le Code des professions du Québec¹, à l'article 25, précise que :

pour déterminer si un ordre professionnel doit ou non-être constitué ou si un groupe de personnes doit ou non-être intégré à l'un des ordres visés à la section III du chapitre IV, il est tenu compte notamment de l'ensemble des facteurs suivants:

- 1° les connaissances requises pour exercer les activités des personnes qui seraient régies par l'ordre dont la constitution est proposée;
- 2° le degré d'autonomie dont jouissent les personnes qui seraient membres de l'ordre dans l'exercice des activités dont il s'agit, et la difficulté de porter un jugement sur ces activités pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature;
- 3° le caractère personnel des rapports entre ces personnes et les gens recourant à leurs services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens;

¹ Code des professions, Office des professions du Québec, 2016.

4° la gravité du préjudice qui pourrait être subi par les gens recourant aux services de ces personnes par suite du fait que leur compétence ou leur intégrité ne seraient pas contrôlées par l'ordre;

5° le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à connaître dans l'exercice de leur profession.

La gravité du préjudice qui pourrait être subi par les gens recourant aux services de ces personnes :

Les TA interviennent dans une gamme variée de circonstances et posent des gestes cliniques significatifs. Ils sont le maillon initial du réseau de la santé et, par conséquent, sont souvent les premiers à intervenir en situation d'urgence. Les TA doivent composer autant avec l'enfant étouffé, qu'auprès du traumatisé de la route ou de la femme enceinte en plein accouchement. Ils doivent apprécier l'état clinique de la personne, porter un jugement sur sa condition, choisir le ou les protocoles appropriés et appliquer plusieurs techniques de soin. Pour ce faire, les TA ont maintenant accès à des procédures autrefois réservées aux médecins telles l'administration de certains médicaments, l'installation d'appareils de ventilation et l'intubation par tube à double lumière. Les gestes et les décisions prises par les TA sont cruciaux pour la survie des personnes et la marge d'erreur liée à ceux-ci est très mince. Le risque de préjudice à la personne requérant les services des TA est bien présent, tout autant que dans le milieu hospitalier. De plus, il importe de préciser qu'un premier de plusieurs groupes à venir de TA avec pratique dite « avancée » est maintenant en fonction. Ces TA, possèdent une formation plus poussée que celle des TA de soins primaires qui les autorise à utiliser des techniques de soin encore plus invasives comme l'intubation endotrachéale, la cricothyroïdotomie, la thoracocentèse à l'aiguille, la cardioversion et la stimulation cardiaque externe. Il va sans dire que le risque de préjudice à la personne recevant ce type de soins s'en trouve accru de façon significative.

Le caractère personnel des rapports entre ces personnes et les gens recourant à leurs services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens et le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à connaître dans l'exercice de leur profession :

Les TA sont appelés à intervenir sur les lieux mêmes de l'urgence. Ils entrent dans le domicile des personnes, dans leur milieu de travail ou de loisir, bref dans leur intimité. Les TA procèdent à des examens ainsi qu'au questionnaire des personnes faisant appel à leur service. Ces personnes leur confient leur histoire, leurs antécédents médicaux, leurs états d'âme, leurs secrets. Toutefois, au sens de la loi, ces informations ne sont pas confidentielles puisqu'elles sont faites à des TA non reconnus comme des professionnels de la santé. Cette situation représente un réel dilemme, car, pour administrer des soins, le TA doit procéder à un examen de même qu'à l'administration

d'un questionnaire et le TA sait qu'il pourrait être contraint à divulguer ces informations à des tiers comme, par exemple, les enquêteurs de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou encore ceux de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). En vertu de la loi, les enquêteurs de ces organismes, sont autorisés, sans mandat de la cour, à obtenir les rapports d'interventions des TA. Ces documents peuvent donc servir d'assise aux enquêtes de ces deux organismes gouvernementaux. Il devient donc évident, à la lumière de ces informations, que les échanges entre les TA et les personnes faisant appel à leurs services ne sont d'aucune façon protégées comme le seraient celles faites à un autre professionnel de la santé.

Les connaissances requises pour exercer les activités des personnes qui seraient régies par l'Ordre :

Les TA sont les spécialistes de l'intervention préhospitalière et possèdent les compétences, les connaissances et l'expérience requises pour l'exercice de cette profession singulière. Au Québec, seuls les TA possèdent une formation collégiale technique de trois (3) ans qui les prépare à prodiguer toute la gamme de soins d'urgence requis dans l'environnement changeant et souvent hostile du milieu extrahospitalier.

Le degré d'autonomie dont jouissent les techniciens ambulanciers :

Travaillant en équipe de deux, les TA interviennent seuls sur le terrain. Ils sont appelés à intervenir à toute heure et dans toutes les situations. Ils sont par ailleurs les seuls maîtres de leurs faits et gestes. Ils apprécient la condition clinique de la personne, portent un jugement sur sa condition, décident du protocole à utiliser, appliquent des techniques de soins invasives (autrefois utilisées qu'en milieu hospitalier et sous la supervision d'un médecin) et modifient le cours de leurs actions selon l'évolution de la personne malade;

Les TA ne sont pas directement encadrés ni supervisés et doivent, dans chaque cas, faire preuve d'initiative, de savoir-être, de savoir-faire et de professionnalisme dans le but d'améliorer la condition clinique des personnes dont ils prennent charge;

Les TA constituent la ressource médicale la plus compétente disponible à la population en cas d'urgence préhospitalière ; ils constituent la première ressource clinique appelée à intervenir en cas d'urgence médicale et, par conséquent, influencent de façon significative le pronostic de morbidité ou de mortalité des personnes requérant leurs services.

La difficulté de porter un jugement sur ces activités pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature :

La profession qu'ils exercent étant singulière, les TA peuvent, à juste titre, en être considérés comme les spécialistes. La pratique préhospitalière, de par le degré d'autonomie qu'elle confère, exige une gestion, un encadrement ainsi qu'une assurance de la qualité exercée par les pairs. Les TA interviennent dans le milieu extrahospitalier et doivent conjuguer au quotidien avec cette réalité. Ils doivent adapter l'ensemble de leurs interventions aux circonstances de l'appel et au milieu où leur intervention est requise.

Les protocoles de soins, appuyés sur l'évidence scientifique, sont présentement élaborés et approuvés par une équipe médicale provinciale. Toutefois, les membres de cette équipe pratiquent en centre hospitalier et, de ce fait, sont très peu ou pas expérimentés à la pratique professionnelle terrain actuelle des techniciens ambulanciers. Les membres de cette équipe, tant au niveau régional que provincial, sont également désignés pour encadrer la pratique des TA. Ils détiennent, de ce fait, l'autorité d'évaluer une prestation de soins et de retirer de façon temporaire ou même permanente le droit de pratique d'un TA. Cette même ambiguïté se transpose également au Registre national de la main d'œuvre des TA devant faire office d'ordre professionnel où la direction médicale nationale détient également un rôle clé : l'équivalent d'un directeur des services professionnels d'un centre hospitalier qui serait également syndic au Collège des médecins. Finalement, il importe de préciser que la pratique de tous les professionnels de la santé œuvrant au Québec est effectuée par les pairs qui sont les seuls habilités à porter un jugement sur leur comportement ; le TA constitue donc la seule exception à cette règle, étant en effet le seul à être jugé par une entité autre que ses pairs. L'encadrement de la pratique des TA est erratique et cette situation met la population en danger.

Les éléments énoncés ci-haut démontrent sans équivoque que dans une vision de protection du public par des soins sécuritaires et un encadrement structuré, les techniciens ambulanciers présentent tous les critères pour la création d'un ordre professionnel :

- qui assurerait une protection du public efficace et rigoureuse;
- qui faciliterait grandement le développement d'un système de santé paramédical efficace et encadré par des pairs, pour le contrôle d'actes et de prises en charge professionnelles compétentes;
- qui permettrait la mise en place et le respect d'un code officiel de déontologie pour les techniciens ambulanciers;
- qui garantirait l'établissement de standards de pratique cohérents et applicables.

4. L'ÉTAT ACTUEL DE L'ENCADREMENT DE LA PROFESSION

4.1 Les instances régissant l'encadrement de la profession et le portrait socio-économique des SPU au Québec

Il apparaît d'abord essentiel de dresser un portrait de l'encadrement actuel du service ambulancier au Québec. On rappelle que celui-ci est subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il appartient au ministère de donner aux Centres intégrés, universitaires ou non, de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) le pouvoir de contracter avec des entreprises ambulancières pour assurer la gestion des services sur le territoire du Québec. Les CISSS et CIUSSS signent par la suite des contrats de services ambulanciers avec chaque entreprise ambulancière de leur territoire. Cependant, on doit préciser que la corporation d'Urgences-Santé, couvrant Montréal et Laval, relève directement du Ministère de la Santé. Il existe actuellement au Québec 92 entreprises ambulancières dont huit coopératives de travailleurs. Comme le mentionne le rapport du comité national des soins préhospitaliers d'urgence en 2014, on compte environ 689 000 transports ambulanciers par année au Québec effectués à l'aide d'une flotte de plus de 680 véhicules ambulanciers. Les coûts annuels des SPU sont de l'ordre de 527 millions de dollars (sur un budget global en santé de 39G)². Le nombre de TA dépasse, quant à lui les 5 000 individus. Les centres de communication santé (CCS), au nombre de dix, traitent près d'un million d'appels annuellement. Depuis 2008-2009, le nombre total de transports ambulanciers a connu une croissance annuelle moyenne de 20 763, soit 13,7 % sur cinq ans (83 000 transports de plus). Pendant la même période, les dépenses ont connu une augmentation annuelle moyenne de 35,1 millions de dollars, soit 36,3 % sur cinq ans (140,4 millions de dollars de plus)³.

4.1.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est le maître d'œuvre dans le domaine des soins préhospitaliers d'urgence au Québec. Il dicte aux CISSS et CIUSSS les orientations privilégiées (article 2 de la *Loi sur la protection de la santé publique*)³, par l'intermédiaire de sa direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence (DASPU). Cet exercice est guidé à la suite d'une consultation d'une table de directeurs médicaux régionaux (DMR), composée de médecins représentant leur CIUSSS/CISSS. Il est important de souligner que la représentation des techniciens ambulanciers à ce comité est très faible. Mis à part quelques représentants d'Urgences-santé, les TA, pourtant spécialistes de l'intervention préhospitalière, ne siègent pas à cette table qui guide la destinée du système dans l'intérêt du public. La faible participation des TA

² Rapport comité national des SPU, 2014

³ Idem.

à cette table de même que l'absence d'exposition terrain des médecins composant cette même table de concertation, peuvent résulter en une inéquation entre le résultat théorique escompté et le résultat pratique sur le terrain. Il est, dans ces conditions, difficile de concevoir que les décisions relatives aux soins préhospitaliers au Québec soient prises par des médecins n'œuvrant pour le compte des soins préhospitaliers qu'à temps partiel, qui n'ont qu'exceptionnellement pratiqué la médecine préhospitalière et qui sont peu au fait des réalités de prise en charge, de traitements et d'évacuations auxquelles sont exposés les techniciens ambulanciers. Comme pour d'autres professionnels du secteur de la santé qui possèdent leur champ d'expertise particulier, les techniciens ambulanciers sont les spécialistes des soins préhospitaliers et le système de santé gagnerait à les mettre à contribution. Cet état de fait peut inévitablement conduire à des situations périlleuses pour le public. Par exemple, pour une modification à un protocole, la demande est d'abord acheminée au directeur médical régional, puis ensuite à la table des directeurs médicaux pour consultation. La demande peut être ensuite examinée à la prochaine table des DMR ou être reportée à une rencontre ultérieure. Lorsque la demande est finalement soumise et évaluée par les directeurs médicaux, la modification au protocole est officiellement faite par la direction médicale nationale (DMN) et ensuite transmise aux directeurs médicaux régionaux mandatés pour publiciser le changement aux TA de la région dont ils sont responsables. Par ailleurs, il est fréquent que le changement ne soit pas final : la modification ne prend souvent peu compte de la réalité terrain. Une deuxième, voire une troisième version de la modification est ainsi souvent nécessaire. Les délais imposés par cette procédure sont importants et la confusion émanant des différentes modifications peut, dans certains cas, causer des préjudices aux patients. Il est grandement temps de modifier cette façon de faire afin d'améliorer l'efficacité des applications sur le terrain, et ce pour le plus grand bénéfice du patient. Il est par ailleurs intéressant de noter que le dossier des soins avancés en préhospitalier a mis treize ans à se concrétiser, et ce à un moment où les soins avancés sont acquis en Amérique du Nord depuis les années 90 et où les enjeux de la médecine préhospitalière ont beaucoup changé pour se diriger vers une mission de para-médecine communautaire en pleine évolution.

4.1.2 Les Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux

Les CISSS et CIUSSS délivrent des permis d'ambulance pour leur région respective, en vertu de l'article 2 (g) de la *Loi sur la protection de la santé publique*, et voient à la mise en œuvre du volet opérationnel des services ambulanciers, à l'exception des normes de subventions aux services ambulanciers. Les CISSS et CIUSSS doivent négocier un contrat de service avec les entreprises ambulancières. Les CISSS et CIUSSS travaillent en relation avec les entreprises

ambulancières, mais la gestion des techniciens ambulanciers (TA) relève de leur employeur. Les CISSS et CIUSSS ont également le mandat de déterminer, conformément aux orientations ministérielles, les modalités d'encadrement médical des personnes qui dispensent des services préhospitaliers d'urgence dans leur région. Le problème réside entre autres dans le fait que cet encadrement est souvent prospectif ou rétroactif, mais jamais effectué en temps réel. Avant l'entrée en vigueur de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence en 2002, les CISSS et CIUSSS n'avaient aucun pouvoir pour régir l'exercice de la profession des TA. Ils devaient alors demander aux entreprises ambulancières d'agir à titre de gestionnaire auprès de leurs employés.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les SPU, considérant que l'un des mandats des CISSS et CIUSSS vise la protection de la santé publique, des droits ont été donnés aux directeurs médicaux régionaux afin de gérer la mise à jour des compétences, d'assurer la qualité des soins et en partie, la protection du public. Les mandats sont clairs quant au droit d'exercer un encadrement des actes professionnels à caractère médical posés par les techniciens ambulanciers, mais qu'en est-il de la forme de cet encadrement ? Que doivent-ils faire concrètement pour l'assurer ? Comment cet encadrement se concrétise-t-il sur le terrain ? Les mandats sont clairs, mais en ce qui concerne leur application, il en est toutefois autrement ; les TA sont en effet souvent laissés à eux-mêmes.

4.1.3 Le Directeur médical national des soins préhospitaliers d'urgence

Pour le conseiller et l'assister sur l'aspect médical des services préhospitaliers d'urgence, le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence. Cette personne doit être un médecin possédant une formation et une expérience pertinente en médecine d'urgence. Cette directrice ou ce directeur a, entre autres fonctions, celle de définir les normes nationales de soins et d'équipements préhospitaliers et de veiller à leur application, à leur utilisation et à leur évaluation. Il doit également formuler des recommandations au ministre quant au niveau de compétence clinique requis des acteurs de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, participer aux travaux de coordination interministériels relatifs à la détermination des programmes de formation initiale et établir des programmes nationaux de formation continue. Il doit également promouvoir la recherche et l'éducation du public en matière de services préhospitaliers d'urgence ainsi que participer à l'élaboration et au maintien de systèmes d'informations de gestion pertinents à l'analyse de la performance et à l'amélioration de la qualité des services préhospitaliers d'urgence⁴. Bref, le directeur médical national exerce plusieurs mandats visant l'élaboration et la gestion des soins préhospitaliers d'urgence, mais il a également celui de définir et d'exercer l'autorité clinique nécessaire au maintien des normes de qualité déterminées par le ministre pour les services

dispensés et la qualification du personnel d'intervention. Le directeur médical national est en outre le seul à détenir l'autorité pour la radiation temporaire ou permanente des TA.

4.1.4 Le Registre national de la main d'œuvre des techniciens ambulanciers

Le Registre national a été mis en place le 9 juin 2011. Le but principal de la création du Registre était d'encadrer la qualité de l'acte et le maintien des compétences des TA en collaboration avec les directeurs médicaux régionaux, par l'intermédiaire des CISSS et CIUSSS.

La Loi prévoit en outre que la constitution et la mise à jour du Registre national sont de la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux. Cependant, afin de faciliter la gestion administrative, par entente, le ministre délègue certaines de ses responsabilités aux CISSS et CIUSSS ainsi qu'à la Corporation d'Urgences-santé.

Ainsi, on comprend qu'afin d'en faciliter la gestion, ce registre remet tous ses éléments de contrôle aux mêmes acteurs et selon les mêmes modalités qui étaient en place avant sa création (ex : CIUSSS, CISSS, DMR, DMN). Dans la réalité, on ne fait que déplacer le problème. Considérant qu'il tend à démontrer qu'il veut tenir lieu d'ordre professionnel, le Registre révèle les mêmes faiblesses que le gouvernement voulait corriger par sa création, c'est-à-dire, aucun lien avec les TA, délais importants dans le traitement des dossiers, gestion aléatoire des signalements d'écarts et des sanctions et, finalement très faible implication des TA, pourtant spécialistes de la profession, dans le processus de discipline.

5. LA FORMATION DANS UN COLLÈGE D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : LA DIPLOMATION DEC

Comme on l'a vu dans la section portant sur l'historique du service préhospitalier au Québec, l'année 2006 ouvre de nouveaux horizons pour la profession, notamment avec l'instauration d'une formation sanctionnée par un DEC en soins préhospitaliers d'urgence. En plus de la formation spécifique et générale conduisant à l'obtention d'un DEC, plusieurs habiletés telles que l'analyse, la synthèse et le jugement critique font désormais partie intégrante du cursus de formation, à l'instar de ce qui se fait pour les soins infirmiers, les techniques en inhalothérapie, en radio-oncologie, en radiodiagnostic ou en analyses biomédicales. Cette formation est à présent d'une durée de 2 745 heures. Ainsi, depuis 2009, les étudiants qui graduent des programmes de SPU sont titulaires d'un DEC en soins préhospitaliers d'urgence. La diplomation DEC constitue sans aucun doute une étape déterminante pour l'avancée de la profession et surtout pour

l'optimisation de la qualité des soins dispensés à la population. Les TA sont désormais formés pour agir à titre d'intervenants du système de santé, spécialistes dans le domaine de la prise en charge, des soins, du transport et de toute intervention se déroulant dans un contexte d'urgence en milieu extrahospitalier.

6. L'INSTAURATION DU REGISTRE DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET DU PROGRAMME NATIONAL D'INTÉGRATION CLINIQUE (PNIC)

6.1 Le Registre national de la main-d'œuvre

Le Registre national permet d'attester de la compétence d'une personne à exercer la profession de technicienne ou de technicien ambulancier dans l'ensemble du Québec. Il permet également d'assurer un suivi du maintien de cette compétence (formation continue et évaluation⁴). La mise en place du Registre national est prévue par l'article 63 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Pour agir à titre de TA, une personne doit satisfaire certaines conditions, dont celles d'avoir terminé la formation collégiale initiale reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, avoir réussi l'examen afférent à cette formation, être inscrite au Registre national de la main-d'œuvre maintenu par le ministre et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier. Le Registre national gère ainsi la carte de compétence de même que celle du statut de TA. Il faut signaler que la gestion faite par le registre présente des lacunes, ce dont il sera question plus loin.

6.2 Le programme national d'intégration clinique (PNIC)

Le Programme national d'intégration clinique en est un de formation et d'évaluation d'une durée de deux jours, tenu à Québec ou à Montréal, qui permet à la candidate ou au candidat d'obtenir un droit de pratique au Québec. Il a été mis en place en même temps que le Registre national de la main d'œuvre des techniciens ambulanciers et est géré par ce dernier. Le candidat dispose d'une période maximale de deux ans après la date d'obtention de son diplôme pour déposer une demande conforme d'inscription au Registre national, ce qui inclut la réussite du PNIC. Après cette période, il ne lui sera plus possible de s'inscrire au Registre national, donc d'exercer la profession de TA au Québec. Trois essais au PNIC sont permis et des frais sont exigibles pour chacune des reprises, selon la ou les sections à reprendre. Le programme comprend deux volets d'évaluation : l'un théorique et l'autre pratique (technique et scénario).

⁴ <https://www.urgences-sante.qc.ca/direction-medicale-nationalespu/registre-national-pnic/>

7. DES LACUNES IMPORTANTES

7.1 Des lacunes importantes pour l'exercice de la profession

On l'a vu plus tôt, il est vrai de dire que l'instauration d'un registre national constitue une étape vers une reconnaissance officielle de la profession de TA, mais ce dispositif demeure insuffisant. Le registre prétend assurer les mêmes missions qu'exercerait un ordre professionnel, mais il est permis d'en douter, l'une des missions de l'Ordre professionnel étant de contrôler la compétence et l'intégrité de ses membres. Il persiste une importante confusion quant à l'attribution des rôles, à l'application des sanctions et à la cohérence des règles régissant l'exercice. L'assurance qualité et l'encadrement des TA relèvent en effet de l'entreprise ambulancière, mais aussi des CISSS et CIUSSS, par l'intermédiaire des procédures provinciales et des particularités régionales, celles-ci étant encadrées au surplus par celles du Registre national, qui lui-même gère également le droit de pratique.

Il faut également noter que le renouvellement au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers est à mettre à jour tous les quatre ans. Cependant, depuis que le registre national est en place, il présente des difficultés d'efficacité en ce qui a trait à cette mise à jour du statut de compétence. Plusieurs TA de la CTAQ, notamment les 228 de la région de Québec, ont bénéficié d'un an de sursis, leur statut expirant la même année, car le registre n'arrivait pas à

respecter le délai pour le renouvellement. Il est donc possible d'affirmer que, pendant près d'un an, le public a été soumis aux actes de techniciennes et de techniciens ambulanciers sans statut actif ni carte de compétence renouvelée. Cela démontre clairement l'incapacité du registre à contrôler la mise à jour du statut de ses

« Nul ne peut agir de manière à donner lieu de croire qu'il est un ordre s'il n'en est pas un ».

Code des professions

membres. Que s'est-il donc passé entre la mise en place du registre en 2011 et le renouvellement des statuts en 2015? Il incombait pourtant au registre de prévoir ces renouvellements. Pendant quatre années, le registre n'a donc pas été en mesure d'exercer les fonctions qui lui sont dévolues; la protection du public faisant partie de celles-ci.

Le constat est clair, il est plus que temps que la profession soit prise en main de manière structurée et rigoureuse par un mécanisme transparent géré par des pairs.

7.1 Des lacunes importantes pour la population

Le registre national se prétendant apte à encadrer la profession au même titre qu'un ordre professionnel, il doit donc assurer le maintien, l'encadrement et la mise à jour des compétences. Il doit également répondre de l'assurance qualité afin de protéger le public.

Au sein des CISSS et des CIUSSS, chaque année, des techniciennes et de techniciens ambulanciers formateurs dispensent des formations en vue du maintien et du rehaussement des compétences des TA. Les attestations de réussite sont ensuite versées au dossier des TA et acheminées aux employeurs. Certains TA sont également employés par les CISSS et les CIUSSS pour agir, à titre de réviseurs cliniques. Le mandat qui leur est confié est celui d'effectuer l'assurance qualité et, le cas échéant, de signaler les écarts observés. Plus précisément, leur tâche consiste à écouter des interventions enregistrées sur le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) et à relire des rapports d'interventions préhospitalières (RIP). Si un écart est constaté (sur la base d'une évaluation faite à partir du plan qualité clinique, échu depuis 2011), une procédure est alors suivie afin de corriger la faute relevée. Cependant, malgré cette procédure, plusieurs situations relatées démontrent le manque de rigueur tout comme de suivi de la procédure établie. Le nombre de cas évalués diffère d'une région à l'autre toutefois, il est juste de prétendre que moins de 10 % des cas sont révisés. Par ailleurs, à plusieurs reprises, pour une situation d'écart clinique, on a offert une formation d'appoint au TA en cause alors que dans une situation similaire, la sanction a plutôt été celle du retrait du privilège du TA (par exemple, le droit d'intuber un patient, d'administrer un médicament, d'utiliser le moniteur défibrillateur semi-automatique) par le directeur médical régional (DMR), ceci pour une durée déterminée. Certains TA se sont également vus retirer le droit de pratique auprès du patient et ont été relégués à la fonction de conducteur de l'ambulance. Dans une autre situation pourtant semblable, le TA s'est vu retirer son privilège par le DMR et a été, de plus, suspendu de ses fonctions par son employeur pendant une période déterminée. Il est également arrivé qu'un TA soit suspendu par son employeur, considérant la faute grave commise, sans qu'il n'ait pour autant été sanctionné par une autre entité en ayant le devoir et la prérogative. On observe donc un manque important de communication entre les entités responsables de l'assurance qualité (CISSS et CIUSSS, DMR, DMN, employeurs) et de cohérence dans les actions qu'elles posent, certes quant aux droits des TA, mais surtout aux devoirs qui leur incombent.

Le rapport national des soins préhospitaliers d'urgence de 2014⁵ soulignait à ce sujet ce qui suit :

Plusieurs règlements afférents à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence sont désuets, faute de mise à jour, ou ne sont pas même mentionnés, ce qui a contribué à semer la confusion chez les acteurs. Des lacunes majeures émaillent la mise en application des dispositions relatives aux orientations, aux plans stratégiques, aux politiques, au mode d'intervention, aux objectifs opérationnels et aux standards de qualité, particulièrement en ce qui concerne le volet administratif ou la performance. Avec le temps est née une sorte de confusion à l'égard des activités et des rôles exercés à certains niveaux. Non seulement les rôles et les responsabilités doivent-ils être clairement définis, mais le personnel clé ne fait pas non plus l'objet d'un plan de relève, bien structuré et régulièrement suivi, pour assurer la continuité des opérations.

Pour l'instant, la confusion règne, plaçant le public dans une situation pour le moins inquiétante. L'importance de l'encadrement par un ordre professionnel revêt alors tout son sens. Les sanctions varient et le public est protégé de façon aléatoire, lorsqu'il l'est.

Les TA exercent dans le secteur de la santé ; des personnes peuvent subir de graves préjudices si une faute professionnelle est commise. Les actions posées par les premiers intervenants dans les situations critiques quant à la stabilisation ou à la détérioration de l'état de santé du patient font la différence. En effet, plusieurs interventions ambulancières, si elles ne sont pas bien exécutées, pourraient causer un tort au patient, pouvant même conduire à la mort. Plus précisément, les brûlures, les arrêts cardiorespiratoires (défibrillation et assistance ventilatoire), les hémorragies graves (amputation), les fractures de la colonne (immobilisation), les réactions anaphylactiques sont quelques exemples de la gravité des dangers encourus s'il y avait incompetence de la part d'un TA⁶. Souvent, le geste ambulancier est déterminant et pourra minimiser les conséquences préjudiciables. Considérant ces faits, exercer un contrôle sur la compétence des TA s'impose. Il est difficile de concevoir que tous les autres intervenants de la chaîne de soins soient membres d'un ordre professionnel alors que les TA qui interviennent les premiers et de façon déterminante lors de situations critiques, ceux qui agissent souvent pour assurer la survie du patient, sont les seuls à ne pas l'être.

On doit aussi signaler qu'actuellement, les TA ne peuvent agir dans leur champ de compétence que s'ils sont en service. Ainsi, si un individu présente un malaise et nécessite des soins que peut lui procurer un TA et que ce dernier est présent, mais qu'il n'est pas en fonction, il ne peut intervenir qu'à titre de premier intervenant.

⁵ Rapport comité national SPU, Services préhospitaliers : urgence d'agir, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Juin 2014.

⁶ Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle des TA au Québec, CRPTAQ, décembre 1994.

N'étant pas membre d'un ordre professionnel, le TA possédant pourtant les compétences et les connaissances requises pour intervenir promptement, ne peut le faire, car légalement, il n'est pas affecté à un « appel » et, de ce fait, l'intervention ne peut être révisée par la direction médicale régionale le cas échéant. Il s'avère donc qu'en de telles circonstances, pour les TA, de ne pas être régis par un ordre professionnel et surtout, ne pouvoir agir à la hauteur de leurs connaissances met le public en danger. Il est possible de faire le parallèle avec les médecins ou les infirmières. Il est inconcevable d'imaginer qu'en dehors de l'hôpital, un médecin ou une infirmière ne devrait agir qu'à titre de premier intervenant, et ce en présence d'un individu nécessitant des soins pour lesquels l'un et l'autre détiennent une expertise indispensable.

On peut en outre établir un lien entre d'éventuels préjudices et l'autonomie dont disposent les TA dans l'exercice de leur fonction. Il faut le rappeler, les TA agissent seuls sur le terrain. Au moment d'une intervention donnée, ils sont certes parfois accompagnés d'un superviseur ou amenés à collaborer avec leurs collègues premiers répondants, policiers ou pompiers, mais ce degré d'autonomie est rarement le fait d'autres professionnels du secteur de la santé. Les TA ne sont pas encadrés par une équipe pluridisciplinaire ni protégés des turbulences habituelles dans un hôpital. Les TA doivent donc être soumis à un encadrement structuré et surtout sans faille. À cet égard, encore une fois, le manque de ressources et de rigueur pour assurer les suivis est mis en évidence.

Un problème reconnu dans l'exercice de la profession de TA découle de ce degré d'autonomie. Il est difficile pour le public de porter un jugement sur les actes accomplis ou de juger des compétences d'un TA en raison de sa méconnaissance des rôles et responsabilités. Comme le mentionne le Code des professions, les pairs, parce qu'ils ont les mêmes connaissances et habiletés, sont considérés les plus susceptibles de déterminer si une action a été convenablement effectuée en vue d'atteindre les résultats attendus. Il faut donc revoir la gestion et l'encadrement de cette profession et donner à celles et à ceux qui l'exercent le contrôle de cette dernière.

Il en est de même pour la responsabilité de la formation continue. À ce sujet, la mise à jour des compétences n'est pas constante et est souvent échelonnée sur plusieurs mois. De plus, pour ce qui est du maintien des compétences, celui-ci est, à l'occasion, assuré par les employeurs, car les formations qui visent ce maintien sont quasi inexistantes si ces compétences ne sont pas en lien avec la mise en place d'un nouveau protocole. Comme le signale l'OPQ⁷, sous la supervision d'un ordre professionnel, les activités de formation continue sont obligatoires et ont pour but de permettre

Les sanctions varient et le public est protégé de façon aléatoire.

⁷ Article 25, Office des professions du Québec.

aux membres d'acquérir, de maintenir, de mettre à jour, d'améliorer et d'approfondir les connaissances, les habiletés et les attitudes liées à l'exercice de leurs activités professionnelles : « *Le maintien des compétences et la mise à jour des connaissances contribuent directement au volet prévention de la mission de protection du public confiée aux ordres professionnels dont un des rôles et responsabilités est de contrôler la compétence de ses membres*⁸ ». L'exercice de la profession de TA exige, encore une fois, le nécessaire encadrement que seul un ordre professionnel peut assurer. Une autogestion par des pairs veillerait à établir et à faire respecter les conditions d'un exercice compétent et intègre de la profession, comme c'est le cas dans plusieurs professions similaires à celle des TAP (inhalothérapeutes, infirmières et infirmiers, technologues en radio-oncologie et imagerie médicale, technologues en analyses biomédicales) et à assurer une formation continue obligatoire et structurée visant la protection du public par la supervision des services professionnels.

En ce qui concerne la protection du public, une autre préoccupation demeure : le secret professionnel. Un sondage Léger Marketing⁹ effectué en avril 2016 dans tout le Québec auprès de près de 1 007 répondants âgés de 18 ans ou plus révèle que les techniciens ambulanciers paramédics sont les intervenants de santé auquel le public fait le plus confiance. La relation professionnelle qui existe entre les TA et le patient pris en charge lors d'un accident, d'un malaise ou d'une blessure, est identique à celle de la relation entre un professionnel et son client. Les patients sont généralement en état de crise ou de vulnérabilité et ils s'en remettent totalement à l'intervenant paramédical qui leur porte assistance. Ils leur confient leur vie ou celle de leurs proches. Ils doivent informer les TA de la situation, de leurs habitudes de vie, de leurs antécédents, et peuvent même leur faire part de situations particulières ou personnelles, on l'a mentionné. Les TA entrent dans leur domicile, jettent un regard sur leur mode de vie et questionnent la famille et les amis. Les TAP sont alors considérés par ce patient comme les personnes ressources qui le prennent en charge, le traitent, le stabilisent et qui sont là pour le rassurer et le conduire vers un centre hospitalier approprié à leur condition. Les TA se doivent en effet de connaître le profil de santé des patients ; les médicaments qu'il prend, ses antécédents de santé, sa consommation de drogues ou d'alcool et ses habitudes de vie. À cette fin, les TA questionneront le patient sur des faits ou des éléments de nature confidentielle. Malgré le professionnalisme dont font preuve les TA, ils ne sont pas membres d'un ordre professionnel et ne sont pas soumis à un code officiel de déontologie. Le patient livre

La relation professionnelle qui existe entre les TAP et le patient est identique à la relation entre un professionnel et son client.

⁸ Idem.

⁹ Le baromètre des professions 2016, sondage Léger Marketing, avril 2016.

ses renseignements personnels et accorde une confiance aveugle aux TA, mais en retour, les TA ne peuvent en aucun temps garantir la confidentialité de ces propos ; la protection du secret professionnel émanant d'un ordre professionnel n'est donc pas assurée.

La confiance est la fibre même de la relation professionnelle; elle impose donc au professionnel une lourde responsabilité pour la maintenir. En outre, les interventions sont souvent effectuées dans des situations d'urgence et le patient n'a pas le choix de composer avec l'intervenant qui se présente devant lui, indépendamment de la qualité de ce dernier. Le rapport qui s'établit entre les TA et le patient revêt un caractère personnel et est basé sur une entière confiance. Le TA n'étant pas lié au secret professionnel, les informations transmises par le patient ou concernant le patient (rapport d'intervention préhospitalière-RIP) peuvent être utilisées ou consultées sans contrainte par les enquêteurs de la CNESSST et de la SAAQ comme assise à l'approbation ou non d'une réclamation.

Comme le précise le Code des professions, la protection des informations du patient devient essentielle quand, pour obtenir des services risquant de l'exposer à des préjudices graves, un patient pourrait être forcé d'accepter de livrer des confidences. Dans le même ordre d'idées, les dispositions de la Loi stipulent que l'essence même du secret professionnel se trouve dans les confidences que la personne fait au professionnel, spécifiquement en raison du statut de professionnel de la personne qui reçoit la confiance. Les personnes ne se confieraient pas si celui ou celle à qui elles transmettent les informations n'avait pas ce statut de professionnel. La personne fait une confiance en raison de la confiance qu'elle porte au professionnel. Le professionnel doit respecter son obligation même lorsque la relation professionnelle est terminée. Il la conserve tant que la personne qui lui a fait la confiance ne l'a pas relevé de cette obligation ou à moins que la loi ne lui permette de divulguer cette information.

La confiance est la fibre même de la relation professionnelle, elle impose donc au professionnel une lourde responsabilité pour la maintenir.

Cette problématique relative au secret professionnel a également été soulevée par la Cour du Québec le 26 mai 2011. La Cour applique la décision de la Cour d'appel établissant qu'il n'existe pas de secret professionnel lors d'une intervention ambulancière¹⁰.

¹⁰ R. c. Nadeau, 2011 QCCM 154 (CanLII), <http://canlii.ca/t/flzd6>.

Bref, les TA n'étant pas assujettis aux règles d'un ordre professionnel, les confidences ou informations données par le patient ne sont pas protégées en vertu du secret professionnel et l'accès à ces dernières peut être demandé à des fins d'enquête ou encore divulguées à la cour.

Ne pas être considérés pleinement comme des professionnels de la santé représente également une contrainte majeure lorsque les TA sont appelés à effectuer le transfert d'un patient d'un centre hospitalier à un autre ou encore au moment du retour du patient à son domicile. Les TA ne peuvent en effet consulter le dossier médical papier de la personne prise en charge ni être tenus informés de son profil de soins : le dossier médical et son contenu ne sont accessibles qu'aux professionnels attitrés à cette personne. Ils doivent donc s'en remettre au rapport verbal que veut bien leur donner le personnel médical qui toutefois, selon la même règle de confidentialité, pourrait le placer dans une situation éthique douteuse. Ainsi, en situation d'urgence ou lorsque l'état du patient se dégrade au cours du transport, parce que les TA n'ont reçu que des bribes d'informations sur les antécédents de la personne prise en charge, il peut leur être difficile, voire périlleux, d'effectuer une prise en charge efficace et diligente. Une fois encore, le patient risque d'en subir de sérieux préjudices.

Parallèlement au volet légal de la pratique présenté plus haut, la protection des renseignements confidentiels, un autre élément mérite l'attention : la validité des protocoles établis par la table des directeurs médicaux. Actuellement, au moins deux protocoles vont à l'encontre du Code civil du Québec (ex. : MED-LEG 3 et le droit de refuser les soins (article 12 du Code civil du Québec). Les TA ont l'obligation d'appliquer les protocoles cliniques en vertu de la Loi, mais certains protocoles sont en porte-à-faux avec celle-ci et briment les droits des patients, plaçant ici les TA dans une situation de vulnérabilité.

En conclusion, la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé¹¹ ne peut suffire et le public, pour sa protection, ne peut s'en contenter. Cette loi, ainsi que les articles du Code civil du Québec auxquelles elle réfère, ne s'applique qu'aux renseignements contenus dans un dossier. En l'occurrence, le TA recueille plusieurs renseignements verbaux qu'il déposera ensuite dans le dossier du patient, par l'intermédiaire de son rapport écrit. De ce fait, les renseignements ne sont assurés d'aucune protection. De surcroît, les protocoles imposés par la table des directeurs médicaux vont à l'encontre des lois en vigueur au Québec et c'est le public qui peut en subir un préjudice.

¹¹ L.R.Q.,c. C-147 (onglet 26)

7.3 **Des lacunes importantes pour le développement professionnel**

Il faut souligner que les TA ne sont pas perçus comme des professionnels œuvrant pour la santé publique, mais plutôt comme des agents des services d'urgence ou encore comme des secouristes œuvrant pour la sécurité publique. Or la profession a évolué et a prouvé sa raison d'être pour la prise en charge et la prestation de soins. Les TA sont en effet dorénavant considérés comme des experts en traumatologie ainsi qu'en réanimation cardio-respiratoire. Toutefois, à titre d'exemple, les TAP ne peuvent collaborer avec des ressources qui effectuent de la médecine communautaire. Ils ne peuvent donc être mis à contribution afin de déployer des ressources dans un but de prévention. Ils sont pourtant bien outillés, à proximité de la clientèle et sont souvent les premiers à agir dans la chaîne d'intervention. À ce sujet, comme le décrit le ministère de la Santé et des Services sociaux¹² :

Le spécialiste en santé publique et médecine de prévention utilise ses connaissances et ses compétences pour agir comme leader ou comme collaborateur dans les activités destinées à préserver et à améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Il évalue et surveille, en partenariat interdisciplinaire et intersectoriel, les besoins des populations en matière de santé et il élabore des stratégies de promotion des modes de vie sains, de prévention des maladies et de protection de la santé afin d'améliorer la santé et le bien-être.

En collaborant avec des TA, ces équipes de prévention pourraient notamment cibler des clientèles mobilisant régulièrement les services d'urgence et établir un profil d'intervention en fonction de leurs réalités, de leurs besoins et des dispositifs offerts dans le système. On pourrait même songer à l'établissement d'un partenariat entre les TA et les centres ou les cliniques spécialisés (problèmes de dépendances, de santé mentale, etc.) dans le but de mobiliser les ressources appropriées, d'assurer une prise en charge personnalisée de la clientèle, de préconiser une référence à une ressource appropriée et d'éviter, ce faisant, les transports ambulanciers inutiles et ce, à l'instar de ce qui est assuré dans plusieurs provinces canadiennes. Si les TA étaient considérés comme des professionnels de la santé, on pourrait envisager la mise en œuvre de projets prometteurs comme la mise en place d'un programme de soins paramédicaux à domicile, en partenariat avec les infirmiers et infirmières le cas échéant.

Il est dès lors temps de reconnaître la valeur de la profession de TA et la place que ces professionnels occupent dans le système de santé. On doit signaler qu'il existe une collaboration efficace et courtoise entre les professionnels membres de divers ordres professionnels du réseau de la santé. On peut penser notamment à celle établie par les pneumologues et les anesthésistes avec les inhalothérapeutes ou celle encore des technologues en médecine nucléaire ou en radio-oncologie avec certains médecins spécialistes. La population gagnerait sans nul doute en qualité

de services et d'actes posés si le système de santé collaborait avec les TA et si la formation de ces derniers de même que leur bagage de connaissances et de compétences étaient davantage mis à profit par une reconnaissance professionnelle.

Pour conclure, il tarde à ce que les TA soient enfin considérés pleinement comme des acteurs déterminants dans le système de santé et non uniquement comme œuvrant pour la sécurité publique. La médecine communautaire et le système de santé gagneraient en effet grandement à la contribution de ces professionnels si l'exercice de leur profession était assujéti aux obligations d'un ordre professionnel et qu'ils étaient de ce fait soumis à un code de déontologie. Du reste, de tout ce déploiement de ressources, de connaissances et de compétences, le patient en sortirait gagnant.

8. CE QUI SE FAIT AILLEURS AU CANADA

La CTAQ juge à propos de dresser brièvement un portrait de la structure des services préhospitaliers dans deux provinces canadiennes, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta, où on a jugé nécessaire de créer un ordre professionnel des techniciens ambulanciers. Il est également intéressant de souligner que les paramédics de la Saskatchewan relèvent également d'un ordre professionnel et que l'Ontario est actuellement en processus pour la création d'un ordre professionnel des paramédics.

En Nouvelle-Écosse d'abord, depuis novembre 2015, le gouvernement de la province a autorisé l'autoréglementation de la profession de paramédic, désormais sous la gouverne d'un ordre professionnel. Cette nouvelle législation prévoit la mise en place d'un collège des paramédics qui fixera les normes de la pratique et de l'éthique et assurera la gestion des plaintes et sanctions. On a avancé alors l'idée que l'instauration de cet ordre professionnel des paramédics mettait en lumière le rôle essentiel qu'ils jouent dans un système unifié de soins de santé, soulignant leur haut niveau de professionnalisme. Bruce Sangster, membre du Comité consultatif ambulancier qui a aidé à élaborer le projet de loi, mentionnait que grâce à cette législation, les paramédics seraient enfin en mesure de fournir les niveaux de soins que les Néo-Écossais veulent et méritent. Il soulignait en outre que par la même occasion, le Collège paramédical donnerait une voix forte aux paramédics en établissant des normes professionnelles de soins et de responsabilisation tout en gardant le contact avec le champ changement de pratique¹². Pour sa part, Léo Glavine, ministre de la Santé et du Mieux-être, déclarait ce qui suit :

¹²<http://novascotia.ca/news/release/?id=20151118010>

La Nouvelle-Écosse dispose maintenant d'un système de classe mondiale en « santé d'urgence » et les paramédics sont hautement qualifiés. Ils travaillent dans toutes les collectivités de l'ensemble de la Nouvelle-Écosse et sont des membres essentiels de l'équipe de soins de santé.

La mise en place de l'ordre professionnel des paramédics de la Nouvelle-Écosse constitue un avancement notable pour la profession. En plus de mobiliser les ressources paramédicales pour assurer l'évolution de la profession, l'ordre initie un changement de culture de la profession. Cette nouvelle culture met en avant le niveau de formation des paramédics, la qualité des soins qu'ils posent ainsi que le professionnalisme dont ils doivent faire preuve. Les paramédics sont considérés comme des acteurs majeurs et déterminants dans un système de santé unifié et on tient ainsi compte de leurs recommandations et points de vue. Il a été souligné qu'en tenant compte des actions posées ainsi que du lien privilégié qu'ils établissent avec les patients, les paramédics devaient être régis par un ordre professionnel, ce qui favoriserait certes l'avancement du système de santé, mais aussi la protection du public.

Il en est de même en Alberta. Les paramédics de la province sont membres d'un ordre professionnel depuis quelques années, le Collège des paramédics de l'Alberta, ce qui représente un atout pour les paramédics, pour l'avancement de leur profession, mais surtout pour une meilleure protection du public. Les paramédics ont maintenant un droit de regard et de parole dans l'élaboration et l'application des protocoles qui régissent leurs actes. Carl D'Amour, paramédic en Alberta, le confirme en mentionnant que depuis l'instauration de l'Ordre professionnel, les paramédics ont maintenant une place à la table des médecins lorsque vient le temps d'élaborer ou de mettre en place des directives ou des protocoles pour la pratique préhospitalière. Ils sont maintenant écoutés et entendus par leurs collègues qui exercent d'autres professions. Ils sont en effet en mesure de préciser si les protocoles sont applicables sur le terrain. Qui, sinon les paramédics sont les mieux placés pour répondre de l'applicabilité sur le terrain des protocoles établis? En collaboration avec les médecins, ils sont en mesure de modifier les standards de pratique et bénéficient de latitude quant aux prises de décisions. Contrairement à ce qui se fait au Québec jusqu'à présent, les protocoles élaborés par les médecins et les paramédics servent de lignes directrices : les protocoles ne s'appliquant pas tous de la même façon dans toutes les situations, les paramédics formés et éduqués peuvent adapter le protocole à la situation, ceci pour le plus grand bénéfice du patient.

Dans le système établi en Alberta et en Nouvelle-Écosse, c'est d'abord le patient qui est pris en considération. C'est notamment en considérant le niveau de formation des paramédics et leurs champs d'expertise que l'ordre leur accorde cette latitude. Les paramédics fondent leurs choix sur des bases fondamentales solides et s'assurent d'agir dans un contexte sécuritaire pour le patient

C'est pour le bien-être du patient qu'œuvrent les paramédics et c'est en toute connaissance de cause qu'ils adaptent leurs procédures. Le patient est donc au centre des préoccupations.

Les paramédics albertains étant considérés comme des professionnels, ils assument la responsabilité de leurs actes et sont en mesure d'en rendre compte. En Alberta, il reviendrait toutefois au syndic de l'ordre professionnel de gérer les plaintes et d'appliquer les sanctions requises, au besoin. Dans le cas où une sanction devrait s'appliquer, les actes ou comportements des paramédics en cause seraient jugés par leurs pairs et le préjudice causé serait démontré. Dans ce processus il importe de préciser que les actions de ces paramédics seront revues par des pairs, experts de contenu en paramédecine préhospitalière. En Alberta comme au Québec, en cas de litige de nature clinique, le directeur médical pourrait tout de même demander à rencontrer les TA afin d'éclaircir les circonstances qui ont guidé leurs choix et les actions qu'ils ont posées.

En conclusion, la mise en place d'un ordre professionnel en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Saskatchewan a permis à ses membres de prouver la valeur de leur profession et de mettre en lumière le rôle qu'ils jouent dans un système de santé unifié. L'ordre encadre l'exercice de la profession et établit un code de déontologie pour ses membres. Il assure également l'élaboration de standards de pratiques applicables, ceci en collaboration avec les médecins et autres intervenants appropriés du système de santé. Il permet également le rehaussement des standards qu'il juge requis et assure la formation continue de ses membres. Il joue, par ailleurs, un rôle important dans l'établissement des standards d'éducation et instaure les exigences du niveau de compétence à l'entrée pour l'exercice de la profession. Enfin, l'ordre professionnel s'assure que ses membres sont aptes au travail, aussi bien physiquement que psychologiquement, et que leurs connaissances et compétences sont à jour. L'instauration d'un ordre professionnel des paramédics en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan ainsi qu'en Alberta fait ressortir un élément important ; la culture a changé et le patient est au centre des préoccupations. Il s'avère essentiel d'appliquer ces standards et cette culture au Québec. Il est plus que temps de s'inspirer de ce qui a été mis en place ailleurs, avec succès.

9. CONCLUSION

Dans ce document, la CTAQ a présenté les éléments qui la conduisent à demander à l'Office des professions d'émettre un avis favorable à l'instauration d'un ordre professionnel pour les techniciennes et techniciens ambulanciers du Québec. Il lui apparaît en effet que pour l'heure, le public n'est pas bien protégé, risque de subir des préjudices et ne peut en aucun cas compter sur la confidentialité des informations transmises dans des situations de vulnérabilité, et ce malgré le lien étroit de confiance qui se crée entre les personnes nécessitant l'intervention des SPU et le TA. La CTAQ a voulu démontrer dans ce mémoire que les TA sont des professionnels de la santé, les premiers dans la chaîne d'intervention, possédant une expertise particulière qu'on ne retrouve dans aucune autre profession de la santé, mais qu'ils sont cependant les seuls professionnels de cette chaîne à ne pas avoir une profession encadrée par un ordre professionnel. Il est grandement temps pour les TA du Québec, à l'instar de ceux de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan et de l'Alberta, de se faire reconnaître comme des experts de cette profession singulière ; la paramédecine préhospitalière. Les TA québécois présentent toutes les caractéristiques pour être membres d'un ordre professionnel.

En s'appuyant sur l'article 25 du Code des professions¹³, il est clair que les TA ont les connaissances et les compétences requises pour exercer la profession de technicien ambulancier. Ils ont également le degré d'autonomie requis des professionnels régis par un ordre. Il apparaît évident que pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature, il est difficile de porter un jugement sur leurs activités. Les TA posent des actions décisives qui influent le pronostic de survie des patients et la gravité du préjudice que ces derniers pourraient subir est majeure. À ce jour, ce risque est présent, mais il n'existe pas de système d'encadrement et de contrôle efficace. Actuellement, le registre national détient plusieurs renseignements dont dispose habituellement un ordre professionnel, notamment les suivants : une liste des membres, leur statut professionnel, des données en rapport avec leur identité et le maintien de leur compétence, mais il n'est pas en mesure d'acquiescer les autres tâches reliées à l'ordre professionnel. Or « *Le droit exclusif d'exercer une profession ne peut être conféré aux membres d'un ordre que par une loi; un tel droit ne doit être conféré que dans les cas où la nature des actes posés par ces personnes et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requises pour être*

¹³http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284

membres de cet ordre ». Le registre national ne peut donc se prévaloir de ce titre ni déclarer qu'il agit comme tel. De plus, le caractère personnel des rapports entre les TA et les patients, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'ils leur dispensent des soins est unique. Pourtant, le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à détenir dans l'exercice de leur profession n'est pas protégé. Pour toutes ces raisons, il est urgent que soit instauré un ordre professionnel des techniciens ambulanciers paramédics du Québec.

Finalement, dans ce mémoire, les TA de la CTAQ soulèvent aussi des inquiétudes au regard des préjudices pouvant être causés aux patients dont ils prennent charge. Ils soulignent le manque d'encadrement des pratiques et de rigueur en ce qui concerne la formation continue et le maintien des compétences. Ils font aussi part de la problématique majeure que cause l'absence d'un code de déontologie officiel et, de ce fait, la non-assurance du secret professionnel. Les préjudices aux patients ne sont pas que d'ordre physique; ils peuvent aussi être psychologiques. Les TA de la CTAQ demandent donc à l'Office des professions d'accueillir favorablement leur demande et de recommander la création d'un ordre professionnel des techniciens ambulanciers du Québec. L'objectif est d'assurer le développement d'un système de santé paramédical efficace et encadré, ceci d'abord et avant tout pour une plus grande protection du public.

REMERCIEMENTS

À Maître André Caron, avocat et technicien ambulancier paramédic, pour son apport précieux, notamment à la recherche et à la rédaction d'un précédent mémoire duquel le présent s'est grandement inspiré.

Nos remerciements s'adressent aussi aux personnes suivantes, pour le temps qu'elles nous ont consacré et pour leurs judicieux conseils :

Madame Lise Ouellet, directrice des études au Cégep de Sainte-Foy, maintenant à la retraite.

Madame Hélène Morin, conseillère pédagogique au Cégep de Sainte-Foy, maintenant à la retraite.

Monsieur Alain Couture, inhalothérapeute et responsable de l'épreuve synthèse de programme provinciale (ESPP) au Cégep de Sainte-Foy.

Monsieur Carl D'Amour, paramédic en Alberta.

Monsieur Claude Cinq-Mars, technicien ambulancier, et enseignant en soins préhospitaliers d'urgence au Cégep de Ste-Foy.

MÉDIAGRAPHIE

- Loi sur la protection de la santé publique, Gouvernement du Québec.
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, Gouvernement du Québec, 1er janvier 2016.
- Orientation de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (version janvier 1994)
- Rapport comité national SPU, Services préhospitaliers : urgence d'agir, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Juin 2014.
- Rapport Dicaire, Urgences préhospitalières, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, décembre 2000, 338 pages.
- Rapport Fréchette, Chaque minute compte, Services préhospitaliers d'urgence au Québec, Gouvernement du Québec, 1992.
- Code des professions du Québec, articles 25-26, chapitre C-6, Gouvernement du Québec, avril 2016.
- Plan qualité clinique, énoncés d'assurance de la qualité, indicateurs cliniques. Programme d'amélioration continue de la qualité, Table des directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers d'urgence du Québec, version 2.1, Août 2011
- Mémoire, Comité Ad Hoc pour la représentation des intérêts professionnels des techniciens et techniciennes ambulanciers du Québec, mai 2000.
- Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle des TA au Québec, CRPTAQ, décembre 1994.
- R. c. Nadeau, 2011 QCCM 154 (CanLII), <http://canlii.ca/t/flzd6>
- Québec première ligne, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux. Vol.1 No 3, décembre 1996.
- Urgences santé, Programme d'administration des 5 médicaments, version 1.0, janvier 2015.
- Urgences Santé, Gouvernement du Québec, < <https://www.urgences-sante.qc.ca/direction-medicale-nationalespu/registre-national-pnic/>>.
- Sondage Léger Marketing, Le baromètre des professions 2016, La Presse, publié le 28 avril 2015 à 11h27, avril 2016.
- Wikipédia, < <https://fr.wikipedia.org/wiki/Param%C3%A9dic>>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?id=49,89,0,0,1,0>>
- Site officiel Nova Scotia Canada, <<http://novascotia.ca/news/release/?id=20151118010>>