

# Éditorial

## QU'ARRIVE-T-IL AVEC LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE?



Le Dr John P. O'Keefe

Il existe un dicton dans le milieu des affaires selon lequel il y aurait 3 types de gestionnaires : ceux par qui les choses arrivent, ceux qui regardent arriver les choses et ceux qui se demandent ce qui est arrivé. Je crains que beaucoup d'entre nous fassent partie de cette dernière catégorie en ce qui concerne l'univers changeant de la réglementation des professions de la santé.

Durant «l'époque dorée des professions» (1920–1970), la médecine et la médecine dentaire avaient le pouvoir de se gouverner elles-mêmes sans presque avoir à se soumettre à un examen minutieux d'intervenants externes. Dans les coulisses, les dirigeants des professions de haut niveau déterminaient qui était accepté dans la profession, qu'est-ce qui devait être enseigné à l'université, comment devait être exercée la profession et quelles mesures disciplinaires devaient être imposées. Ces professions étaient protégées de toute interférence, car l'État les traitait avec beaucoup d'égards et de respect.

La publication de 2 rapports en Ontario mit fin, je crois, à cette époque au Canada. Il s'agit du *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les droits civils* en 1968 et du *Rapport du Comité*

*des arts thérapeutiques* (CAT) en 1970. Le premier a eu une grande incidence, car il énonçait clairement que l'autoréglementation des professions n'avait qu'un seul but, soit de protéger le public. On y soulignait également la nécessité d'harmoniser la réglementation de différents groupes professionnels de la province.

Le CAT recommanda, entre autres choses, qu'on ne verse plus au Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO) les cotisations à l'ADC et à l'Association dentaire de l'Ontario, qu'un organisme de réglementation de l'hygiène dentaire soit constitué et que la population soit représentée au conseil du CRCDO. Pendant 25 ans, de nombreux changements ont été mis en place en Ontario, de telle sorte que le contexte réglementaire dans lequel la province se situe maintenant est très différent de celui qui prévalait en 1970. Ces changements ont été apportés dans le cadre de l'adoption de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) en 1991.

Un ouvrage fascinant intitulé *Health Care Practitioners: An Ontario Case Study in Policy Making* de Patricia O'Reilly, professeure à l'Université Ryerson, explique les étapes qui ont mené à l'adoption de la LPSR. Considérée comme une première, cette loi sert maintenant de modèle à la mise en œuvre de nouvelles lois de réglementation dans d'autres provinces et territoires du Canada.

L'auteure souligne que les architectes de la LPSR s'étaient fixé 4 principaux objectifs en matière de politique lorsqu'ils ont conçu la loi. Deux visaient à maintenir la qualité des soins de santé en Ontario et à empêcher que des praticiens incompetents fassent du tort à la population. Les 2 autres avaient pour but de donner aux Ontariens la liberté de choisir parmi différents types de fournisseurs de soins «dignes de confiance» et de réduire les coûts de la prestation des soins de santé.

Afin de réaliser les 2 derniers objectifs, la LPSR vint modifier l'essence même du concept d'étendue des pratiques professionnelles (de la séparation au chevauchement des champs d'activité). L'apparition de nouvelles professions, dont les

pratiques chevauchaient celles des professions traditionnelles, ouvrit la voie à un conflit constant entre groupes professionnels. Quiconque suit de près l'élaboration d'une nouvelle réglementation des professions de la santé ailleurs au Canada sera à même de constater l'influence de la LPSR.

Je crois que d'importantes leçons doivent être tirées des changements apportés à la réglementation des professions de la santé en Ontario. Premièrement, on ne peut prendre pour acquis que, quels que soient les partis politiques, ils entretiendront une relation particulièrement amicale avec les professions de haut niveau. Après tout, la LPSR a été élaborée sous le règne de 3 gouvernements différents en Ontario. Deuxièmement, les organismes de réglementation professionnelle sont en voie de devenir les instruments du gouvernement plutôt que d'être contrôlés par les professions individuelles.

Le choix du consommateur et le contrôle des coûts sont les dogmes de la prestation moderne des soins de santé. Cela saurait difficilement trouver appui auprès des professions de haut niveau, qui ont toujours préconisé la qualité des soins dans leurs représentations auprès du gouvernement et d'autres intervenants externes. Je crois que désormais nous devons faire valoir d'autres objectifs lorsque nous nous adresserons à des décideurs, notamment l'accès aux soins, le rapport coût-efficacité des soins et la sensibilité aux besoins de la population.

Enfin, nous devons être conscients des tendances internationales en matière de réglementation des professions de la santé. Le Canada doit porter une attention particulière aux pays dotés de systèmes de réglementation semblables au sien, de même qu'aux changements apportés aux accords commerciaux internationaux. Pour être de la première catégorie de gestionnaires, ceux par qui les choses arrivent, les dirigeants de la profession dentaire doivent se tenir à l'affût des tendances les plus subtiles qui se profilent dans les endroits les plus invraisemblables.

John O'Keefe  
1-800-267-6354, poste 2297  
[jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca)