

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

TECHNOLOGIES ET PROFESSIONS EN SANTÉ :  
LES PROJETS PROFESSIONNELS DES INHALOTHÉRAPEUTES ET DES  
TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS DU QUÉBEC, 1971-2022

MÉMOIRE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR  
STÉPHANIE FARDEAU

AOÛT 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

Nous présentons dans ce mémoire le développement des projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics québécois de 1971 à 2022. Les systèmes de santé et des ordres professionnels du Québec vivent des réformes majeures au début des années 1970, puis au début du 21<sup>e</sup> siècle. C'est dans ce contexte mouvant que plusieurs corps de métier adaptent leurs stratégies pour faire avancer leur statut professionnel. Bien que l'historiographie canadienne tienne compte du développement des projets professionnels dans divers métiers de la santé, elle néglige à la fois la période post-1970 et, surtout, le cas des professions à caractère technique, c'est-à-dire qui se définissent par l'usage de certaines technologies propres. En proposant une histoire comparée des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics, notre mémoire vise à combler ces lacunes, tout en ouvrant une fenêtre sur des zones négligées du monde de la santé, comme les services préhospitaliers d'urgence.

L'objectif de cette recherche est de caractériser les projets professionnels formulés par les représentants des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics du Québec et d'identifier les stratégies utilisées pour les faire avancer. Cet objectif général se décline en deux objectifs spécifiques. Le premier est d'indiquer comment évolue la place des technologies dans les projets professionnels et les stratégies des deux groupes. Les groupes modifient-ils leur usage de la technologie pour s'orienter vers de nouvelles compétences professionnelles ? Comment les nouvelles technologies sont-elles accueillies ? Le second objectif spécifique est d'indiquer comment les réformes successives du réseau de la santé et du système des ordres professionnels influencent, ou non, l'évolution des projets professionnels et des stratégies. Les deux groupes étudiés prennent-ils acte des attentes d'instances comme l'Office des professions ou le ministère de la Santé et des Services sociaux ? Développent-ils des stratégies similaires ou divergentes ?

Nous montrons d'une part que, bien que les deux corps de métier adoptent plusieurs stratégies similaires, leur rapport aux technologies évolue différemment dans le temps. Après 2000, cependant, les deux groupes cherchent à se détacher de l'usage des technologies, pour mettre plutôt en valeur des habiletés cliniques fondées sur l'évaluation directe du patient. Une identité professionnelle basée sur la technologie se présente alors désormais plus comme une contrainte que comme un avantage. Notre analyse montre toutefois que, tout au long de la période étudiée, les deux groupes s'approprient activement les technologies pour s'orienter vers de nouvelles compétences professionnelles désirées. D'autre part, nous montrons que les deux groupes réagissent et s'adaptent activement aux réformes et aux modifications législatives, en modifiant notamment leur argumentaire selon les attentes de l'Office des professions du Québec. Enfin, tant les inhalothérapeutes que les paramédics voient les soins communautaires ou à domicile comme un secteur prometteur pour améliorer leur autonomie professionnelle.

## REMERCIEMENTS

À la fin de l'année 2020, j'ai pris la dure décision de quitter un programme de maîtrise déjà bien entamé pour débiter une nouvelle aventure à l'UQTR. Bien que ce choix ait entraîné plusieurs défis, le support des gens qui m'entourent m'a permis de bien affronter ceux-ci.

J'aimerais adresser un remerciement particulier à mes parents, Colombe et Peter, inhalothérapeute et technicien ambulancier paramédic retraités, grâce à qui mon grand intérêt pour ces deux corps de métier s'est développé et qui m'ont donné le goût d'en savoir plus ! Je tiens aussi à souligner le support du reste de ma famille et de ma belle-famille, ainsi qu'à mon *bestie* Nich, qui m'ont changé les idées, m'ont fait rire et m'ont permis de « décompresser » de temps en temps. Je suis d'ailleurs reconnaissante pour mon frère et tous ses *snacks*, qui ont supporté mon estomac. Je remercie aussi de tout cœur mon conjoint Dominic, qui m'a pleinement encouragée lorsque j'étais emplie d'incertitudes et qui a cru en mes capacités.

J'aimerais ensuite remercier mon directeur de recherche, Julien Prud'homme. Son aide précieuse et sa grande humanité m'ont poussée à persévérer tout au long de mon parcours. Je le remercie grandement pour toutes les opportunités qu'il m'a données, qui m'ont permis de m'épanouir académiquement et de me consacrer pleinement à la recherche et à la rédaction de ce mémoire. Je n'aurais pu avoir un meilleur encadrement et, grâce à lui, j'ai pu pleinement assumer mon choix de « recommencer à zéro » avec une nouvelle maîtrise.

J'aimerais apporter une attention particulière au plus doux des chats, Monsieur Finn, et au plus merveilleux des petits chiens, Zola, dont les présences nous ensoleillent tous les jours, même les plus sombres.

## TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| RÉSUMÉ.....  | ii |
| REMERCIEMENTS .....  | iv |
| TABLE DES MATIÈRES.....  | v  |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS .....   | ix |
| INTRODUCTION.....  | 1  |
| CHAPITRE 1 : HISTORIOGRAPHIE ET MÉTHODOLOGIE.....  | 3  |
| 1.1 BILAN HISTORIOGRAPHIQUE .....  | 3  |
| 1.1.1 Les projets professionnels des groupes paramédicaux et leur relation aux technologies.....                             | 3  |
| 1.1.1.1 La sociologie des professions et des projets professionnels.....   | 3  |
| 1.1.1.2 Les projets professionnels et les groupes paramédicaux.....  | 10 |
| 1.1.1.3 Les technologies et les groupes paramédicaux.....  | 12 |
| 1.1.2 Limites de l’historiographie canadienne et pistes à suivre.....  | 16 |
| 1.2 PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....  | 18 |
| 1.3 SOURCES ET MÉTHODOLOGIE.....   | 20 |
| 1.3.1 Fonds documentaires.....   | 20 |
| 1.3.2 Méthode de dépouillement et d’analyse.....   | 23 |
| CHAPITRE 2 : LES INHALOTHÉRAPEUTES, LES AMBULANCIERS ET LA<br>STRUCTURATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS, 1973-1999 .. | 27 |
| 2.1 LA CRÉATION DU CODE DES PROFESSIONS ET LE SYSTÈME<br>PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS ENTRE 1970 ET 1999 .....                    | 27 |
| 2.1.1 Le système professionnel québécois avant 1973 .....  | 28 |
| 2.1.2 Les ordres professionnels selon la loi de 1973.....  | 32 |
| 2.1.3 De 1990 à 1999 : un balbutiement d’idées pour l’actualisation du système...  | 35 |

|   |    |
|---|----|
| 2.2 LES DÉVELOPPEMENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE .....   | 36 |
| 2.2.1 Rationalisation et délégation des tâches dans le système de santé québécois.  | 37 |
| 2.2.2 Vers un « système » préhospitalier d'urgence, 1972-1992 .....   | 39 |
| 2.3 LES INHALOTHÉRAPEUTES, CES « PROFESSIONNELLES » DES MACHINES.....   | 42 |
| 2.3.1 La naissance de la profession, de l'après-guerre aux cégeps (1950-1970) .....   | 42 |
| 2.3.2 Naissance d'un projet professionnel : entre encadrement et autonomie (1968-1972) .....  | 44 |
| 2.3.3 Technicité et professionnalisme : la ventilation PEP et la rééducation respiratoire (1972-1984).....  | 48 |
| 2.3.4 L'organisation associative et le point tournant de 1984 : l'entrée dans le système professionnel .....                                      | 53 |
| 2.4 LES AMBULANCIERS, CES « TRANSPORTEURS » TECHNIQUES.....   | 56 |
| 2.4.1 Les services préhospitaliers québécois avant 1990 .....   | 57 |
| 2.4.2 La syndicalisation des ambulanciers : un vecteur de professionnalisation (1983-1987).....   | 62 |
| 2.4.3 Une première demande de constitution d'ordre professionnel en 1994.....   | 64 |
| 2.4.4 Les services préhospitaliers d'urgence, 1992-1995 .....   | 68 |
| 2.5 CONCLUSION.....   | 69 |
| CHAPITRE 3 : LES INHALOTHÉRAPEUTES, LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS ET L'ACTUALISATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS, 2000-2022..... | 71 |
| 3.1 L'ACTUALISATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL, 2000-2022 .....   | 72 |
| 3.1.1 La modernisation du système professionnel et les « actes réservés », 2000-2009.....   | 72 |
| 3.1.2 La protection du public et les mécanismes de surveillance, 2010-2012 .....  | 75 |
| 3.1.3 La commission Charbonneau et la gouvernance des ordres, 2011-2017 .....   | 78 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.2 L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME HOSPITALIER ET DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE APRÈS 2000.....                 | 79  |
| 3.2.1 Pour une réforme du réseau hospitalier : le rapport Clair (2000) .....                                  | 80  |
| 3.2.2 L'évaluation des services préhospitaliers d'urgence : les rapports Dicaire et Ouellet (2000-2014).....  | 81  |
| 3.3 LES TECHNICIENS AMBULANCIERS « PARAMÉDICS », LES PROFESSIONNELS DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE ..... | 85  |
| 3.3.1 L'actualisation du mémoire de la CRPTAQ pour la constitution d'un ordre professionnel, 2003 .....       | 86  |
| 3.3.2 Les soins avancés au Québec : un projet qui dérange.....  | 89  |
| 3.3.3 Une nouvelle demande pour la constitution d'un ordre (2020) .....                                       | 95  |
| 3.4 LES INHALOTHÉRAPEUTES, LES PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ CARDIORESPIRATOIRE.....                           | 99  |
| 3.4.1 Les combats de l'OPIQ pour de nouvelles tâches et l'élaboration de formations continues .....           | 99  |
| 3.4.2 Les débats sur la notion d'évaluation en tant qu'activité réservée.....                                 | 102 |
| 3.4.3 La formation initiale : lacunes et proposition de l'OPIQ, 2020.....                                     | 106 |
| 3.5 CONCLUSION.....   | 112 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE .....   | 112 |
| BIBLIOGRAPHIE .....   | 118 |
| 1. SOURCES PRIMAIRES .....  | 118 |
| 1.1 Documents associatifs.....  | 118 |
| 1.1.1 Rapports et mémoires .....  | 118 |
| 1.1.2 Journaux et revues .....  | 119 |
| 1.2 Documents politiques et administratifs.....   | 119 |
| 1.2.1 Rapports et mémoires .....  | 119 |
| 1.2.2 Sites Internet.....   | 121 |

|  |     |
|--|-----|
| 1.3 Programmes et outils cliniques ..... | 122 |
| 2. SOURCES SECONDAIRES.....              | 122 |
| ANNEXE 1.....                            | 126 |

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AAQ : Association des anesthésiologistes du Québec

AEC : Attestation d'études collégiales

AETMIS : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

APPQ : Association professionnelle des paramédics du Québec

AQTMU : Association québécoise des techniciens médicaux d'urgence

CAIT : Canadian Association of Inhalation Therapists

CAS : Canadian Anaesthetists Society

CLSC : Centre local de services communautaires

CNRSPU : Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence

CPIQ : Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec

CPQ : Corporation des paramédics du Québec

CPTM : Corporation professionnelle des technologistes médicaux

CSSSRMM : Conseil de la santé et des services sociaux de la région Montréal métropolitain

CTIQ : Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DEC : Diplôme d'études collégiales

GMF : Groupe de médecine familiale

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIQ : Ordre des ingénieurs du Québec

OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

OPQ : Office des professions du Québec

OPIQ : Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

PEP : Pression expiratoire positive

PIQ : Protocole d'immunisation du Québec

PNIC : Programme national d'intégration clinique

RETAQ : Rassemblement des employés techniciens ambulanciers paramédics du Québec

SPU : Services préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic

TAP-SA : Technicien ambulancier paramédic en soins avancés

## INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur l'évolution des projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics québécois de 1971 à 2022. Plus précisément, nous analysons les stratégies qu'ont utilisées les représentants de ces groupes (associations, corporations, ordre) pour faire avancer le statut professionnel de leurs membres. Nous portons une attention particulière à deux éléments, soit la place des technologies dans ces projets professionnels et l'influence sur ces projets des réformes successives du réseau de la santé et du système des ordres professionnels au Québec. Tout en étant ancré à l'histoire plus traditionnelle des professions, ce projet met donc en lumière des composantes rarement étudiées dans ce domaine, dont les stratégies des corps de métier plus techniques, c'est-à-dire dont la relation aux technologies est centrale à leur travail et à leur développement professionnel.

À partir de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, les systèmes québécois de la santé et des ordres professionnels subissent des transformations majeures. L'Office des professions du Québec et le Code des professions sont mis sur pied en 1973, imposant alors des structures de régulation propres au Québec et une définition des ordres professionnels centrée sur la protection du public. À partir de 1970, l'État provincial étend aussi son emprise sur le système de santé et entame plusieurs projets successifs de rationalisation des tâches de soin. Ces évolutions, combinées à la multiplication des métiers de la santé, mènent plusieurs groupes à faire valoir, mais aussi à faire évoluer, leurs compétences dans le but de se constituer un ordre professionnel afin d'assurer leur place dans un réseau en pleine mouvance. Au 21<sup>e</sup> siècle, de nouvelles réformes modifient encore le contexte dans lequel ces projets professionnels évoluent, avec des effets, notamment, sur la relation entre les corps de métier et la technologie.

C'est dans ce contexte fluctuant que les inhalothérapeutes et les techniciens ambulanciers paramédics tentent d'entrer ou d'améliorer leur place dans le système professionnel québécois. Les inhalothérapeutes obtiennent un ordre professionnel dès les

années 1980 mais continuent ensuite de manœuvrer pour améliorer leur statut professionnel, y compris en transformant leur rapport aux machines de ventilation artificielle ou de soins cardiorespiratoires qui formaient au départ leur cœur de métier. De leur côté, les techniciens ambulanciers, qui prennent progressivement le nom de « paramédics », n'ont toujours pas d'ordre professionnel mais en font régulièrement la demande : au moment d'écrire ces lignes, ils viennent de soumettre leur troisième tentative auprès de l'Office des professions. Dans leur cas aussi, les stratégies employées impliquent de revoir, d'une façon qui change dans le temps, la relation qui les unit à l'ambulance et à ses technologies particulières. L'analyse des stratégies professionnelles qui ont mené aux réussites ou aux échecs de ces deux groupes exige d'aborder le contexte socio-politique dans lequel ces corps de métier se professionnalisent et la place des tâches de nature technique au sein de leur projet professionnel, afin d'en comprendre l'évolution dans le temps, jusqu'à aujourd'hui.

## CHAPITRE 1

### HISTORIOGRAPHIE ET MÉTHODOLOGIE

#### 1.1 BILAN HISTORIOGRAPHIQUE

Bien qu'il existe de nombreux travaux d'histoire sur les professions de santé au Canada, les projets professionnels des inhalothérapeutes et, surtout, des techniciens ambulanciers paramédics restent fort peu étudiés. Nous présentons dans ce bilan historiographique des études réalisées dans les champs de l'histoire de la santé et de la sociologie des professions. Elles permettent d'identifier trois thèmes de recherche pertinents pour le présent mémoire, soit : (1) l'évolution de la sociologie des professions et des projets professionnels ; (2) les projets professionnels des groupes paramédicaux ; et (3) la place particulière des technologies chez les groupes paramédicaux.

##### 1.1.1 Les projets professionnels des groupes paramédicaux et leur relation aux technologies

###### 1.1.1.1 L'évolution de la sociologie des professions et des projets professionnels

Le mot « profession », dans le sens anglo-saxon du terme, désigne un corps de métier à qui on reconnaît une expertise non partagée et qui obtient de l'État, pour cette raison, un monopole sur un certain secteur d'activités ainsi que le droit à l'autorégulation par le biais d'un ordre professionnel<sup>1</sup>. Un modèle historique est celui des médecins, qui sont légalement les seuls à pouvoir poser certains gestes et qui sont régulés au Québec par le Collège des médecins depuis 1847. La définition plus précise du terme « profession »

---

<sup>1</sup> Julien Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », François Claveau et Julien Prud'homme, dir., *Experts, sciences et sociétés*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2018, p.175.

et les approches théoriques pour étudier les groupes professionnels ne sont toutefois pas statiques dans le temps.

La sociologie des professions a subi plusieurs mutations au cours des cinquante dernières années. Jusqu'aux années 1960, l'étude des professions vise principalement à élaborer un cadre de normes pour définir les notions de profession et de professionnalisme, afin de déterminer quelles occupations entrent ou n'entrent pas dans ce cadre. À ses débuts, la sociologie des professions est donc principalement taxinomique et tente de distinguer ce qu'est une « vraie » profession<sup>2</sup>. Par exemple, selon cette sociologie, les dentistes formeraient une vraie profession, mais pas les hygiénistes dentaires. Lors des années 1970 et 1980, des changements importants se produisent, à la fois dans le travail professionnel et dans la sociologie qui l'étudie. Le travail professionnel devient de plus en plus dominé par de larges organisations, il se diversifie et devient sujet d'institutions d'encadrement transnationales<sup>3</sup>. Le prestige traditionnellement attribué aux professions classiques, comme la médecine ou le droit, décline tandis que l'aspiration à un titre de professionnel s'étend à de nouveaux groupes, comme les comptables ou les psychologues. Face à ces changements, la sociologie tend à ne plus voir le statut de professionnel comme une position naturelle, mais comme la « conquête, conjoncturelle et politique, d'un pouvoir<sup>4</sup> ». Pour les sociologues et les historiens, il ne s'agit plus de classer les professions mais d'étudier des « projets professionnels », selon les circonstances et selon les relations de pouvoir qu'ils impliquent.

Le concept de « projet professionnel » est d'abord proposé dans l'ouvrage *The Rise of Professionalism* de Magali Sarfatti Larson, afin de répondre aux problèmes engendrés par l'ambiguïté et la politisation croissantes de la notion de profession<sup>5</sup>. Larson explique

---

<sup>2</sup> Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », p.184-185 ; Elizabeth H. Gorman et Rebecca L. Sandefur. « "Golden Age," Quiescence, and Revival: How the Sociology of Professions Became the Study of Knowledge-Based Work », *Work and Occupations*, vol. 38, no 3 (août 2011), p. 275-302.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », p. 185.

<sup>5</sup> Magali Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism : Monopolies of Competence and Sheltered Markets*. New York, Routledge, 2012, p.185.

que le concept de projet professionnel mène à théoriser, non pas le statut professionnel, mais plutôt les processus ou les tentatives de professionnalisation. Cela permet notamment d'étendre l'analyse à des corps de métier qui n'ont pas encore ou pas complètement le statut de « profession », ainsi qu'à des professions qui n'entrent pas dans les définitions traditionnelles. Le concept de projet professionnel implique qu'un corps de métier s'organise pour essayer d'atteindre deux buts : le contrôle d'un segment du marché de l'expertise et l'obtention d'un statut social prestigieux. Les groupes désirant se professionnaliser usent de stratégies qui visent principalement l'État, pour obtenir de celui-ci un monopole légal sur une certaine expertise, et donc sur un statut privilégié dans un système donné (en santé, en droit, etc.) de stratification des métiers.

Il existe plusieurs sortes d'expertise. L'expertise propre aux professionnels est une « expertise de proximité<sup>6</sup> », c'est-à-dire une asymétrie de connaissances (des « inégalités épistémiques ») entre le professionnel et des acteurs rencontrés au quotidien, comme le client et des métiers concurrents. Des travaux de Peter Twohig et de Christelle Rabier présentent bien les formes que peuvent prendre ces asymétries. Twohig décrit comment de nouvelles inégalités de connaissances ont organisé l'implantation des infirmières auxiliaires dans le système hospitalier de l'Ontario entre 1945 et 1970, afin de produire une nouvelle hiérarchie entre divers groupes professionnels<sup>7</sup>. Rabier, de son côté, montre comment les chirurgiens de Paris et de Londres au 18<sup>e</sup> siècle ont entrepris de redéfinir leur champ d'expertise afin de ne plus partager leur avantage épistémique sur le corps humain avec d'autres métiers, tels les médecins et les barbiers<sup>8</sup>.

Cette approche plus dynamique, historique, présente les projets collectifs de professionnalisation comme des entreprises politiques, visant à établir des supériorités épistémiques pour en tirer profit. Cette idée générale a inspiré plusieurs courants d'analyse

---

<sup>6</sup> Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », p.175-195.

<sup>7</sup> Peter Twohig, « The Second "Great Transformation": Renegotiating Nursing Practice in Ontario, 1945–70 », *Canadian Historical Review*, vol. 99, no 2 (juin 2018), p. 169-195.

<sup>8</sup> Christelle Rabier, « La disparition du barbier chirurgien: Analyse d'une mutation professionnelle au XVIII<sup>e</sup> siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 65, no 3 (mai-juin 2010), p. 679-711.

à la fin du 20<sup>e</sup> siècle, comme les approches interactionniste, marxiste, foucaldienne, néo-wébérienne, néo-institutionnelle et écosystémique, ainsi que des courants féministes et intersectionnels<sup>9</sup>.

Selon Tracey L. Adams, la meilleure façon de comprendre la diversité des approches est d'explorer leur façon d'envisager l'idée d'autorégulation, c'est-à-dire le fait que les professions réclament surtout le droit de s'auto-réglementer et, ainsi, de contrôler leur propre travail<sup>10</sup>. Adams distingue sur cette base les deux approches qui s'imposent dans les années 1980, soit le courant foucaldien et le courant néo-wébérien. Selon les théoriciens néo-wébériens, dont Sarfatti Larson, la réglementation des professions, surtout dans le contexte anglo-américain, est le produit de campagnes menées principalement par les corps de métier eux-mêmes (au départ principalement bourgeois et masculins) auprès de l'État afin d'obtenir le privilège de réguler seuls leur secteur d'activité. L'autorégulation qui en résulte profite d'abord au groupe professionnel, qui obtient une certaine fermeture sociale (« *social closure* ») en coupant aux non-membres l'accès à la formation, aux compétences et aux opportunités de pratique dans son champ d'exercice.

Selon cette approche, les acteurs étatiques jouent le rôle, important mais secondaire, de récepteurs et d'arbitres des demandes de privilèges professionnels, qu'ils accordent en échange d'une promesse de meilleure protection du public. Les théoriciens foucaldiens, contrairement aux néo-wébériens, ne pensent pas que l'État soit aussi passif dans la création des professions. Ils estiment que l'établissement de professions autorégulées est un élément-clé de l'édification de l'État lui-même et que les professions agissent comme une extension de la gouvernementalité étatique. À la fin des années 1980, Andrew Abbott, dans *The System of Professions*, concilie les deux théories en suggérant que l'État et les professions sont des « écologies liées<sup>11</sup> ». Chacune de ces écologies est

---

<sup>9</sup> Tracey L. Adams, « Self-regulating professions: Past, present, future ». *Journal of Professions and Organization*, vol. 4, no 1 (2017), p. 70-87.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> Andrew Abbott, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988, 435 p.

un système complexe composé d'acteurs, de milieux et des relations entre ceux-ci. Dans *The System of Professions*, Abbott indique que chaque profession ou corps de métier appartient à un écosystème particulier (par exemple, le secteur de la santé) dans lequel les actions de chaque groupe peuvent affecter tous les autres groupes : la concurrence entre les professions devient donc un facteur important. Dans un article paru en 2005<sup>12</sup>, il développe davantage l'idée qu'il faut consacrer une attention particulière aux interactions entre l'écologie des professions et le système étatique, puisque la décision de l'État d'octroyer ou non les privilèges professionnels demandés dépend de facteurs politiques variés. Cette approche offre un terrain d'entente entre l'idée d'un État passif qui répond aux demandes des professions (néo-weberien) et celle d'un État actif qui instrumentalise les professions pour étendre son emprise sur la société (foucauldien).

Dans un texte de 2016, Saks, qui défend un « éclectisme » théorique dans l'étude des professions, privilégie la complémentarité entre l'approche néo-weberienne et une autre approche importante en sociologie des professions, soit l'approche néo-institutionnelle. L'approche néo-institutionnelle décrit la profession auto-réglementée par un ordre professionnel comme un type d'institution parmi d'autres, luttant pour la survie dans une écologie des formes institutionnelles. La question de recherche centrale pour les néo-institutionnalistes est de comprendre le rôle joué par la professionnalisation dans des projets plus larges d'institutionnalisation. Par exemple, les grandes firmes de services professionnels s'efforcent de préserver et de renforcer leur influence économique et politique en soutenant, mais aussi en reformulant et en instrumentalisant le projet professionnel de leurs employés experts (comptables ou avocats, par exemple) dans un marché économique global. Cela a amené les néo-institutionnalistes à conceptualiser les professions comme des formes institutionnelles qui peuvent être en concurrence ou en convergence non seulement avec d'autres groupes professionnels, mais aussi avec d'autres formes institutionnelles<sup>13</sup>. Cela peut se révéler pertinent pour comprendre la

---

<sup>12</sup> Andrew Abbott, « Linked ecologies: states and universities as environments for professions », *Sociological Theory*, vol. 23, no 3 (septembre 2005) : 245-274.

<sup>13</sup> Mike Saks, « A review of theories of professions, organizations and society: The case for neo-Weberianism, neo-institutionalism and eclecticism », *Journal of Professions and Organization*, vol. 3, no 2 (septembre 2016), p. 170-187.

relation entre des ordres professionnels, des établissements publics et des employeurs privés dans le secteur de la santé, par exemple.

Bien que les approches écologiques et néo-institutionnelles réfléchissent à l'environnement dans lequel évoluent les professions, la sociologie des professions reste, tout de même, surtout centrée sur l'activité des professions elles-mêmes et sur leur projet professionnel. Le contenu des projets professionnels et les stratégies utilisées par les groupes sont ses objets d'étude principaux.

Sarfatti Larson insiste sur l'économie politique du projet professionnel, dont le but est de créer à la fois un besoin pour les services des membres (en persuadant l'État et le public que leur expertise est précieuse) et une rareté des ressources pour livrer ses services (en restreignant l'accès au marché à ses propres membres)<sup>14</sup>. C'est à ces conditions qu'un projet professionnel réussi assure au groupe un statut privilégié dans un système de stratification professionnelle. La situation ainsi conquise sur le marché du travail expert n'a rien de naturel : non seulement elle survient dans un contexte socio-politique donné (la pression exercée sur l'État), mais elle prend aussi place dans un marché économique défini par les relations capitalistes de production. Anne Witz, qui définit aussi les projets professionnels comme des projets de fermeture professionnelle lancés par les corps de métier, insiste pour cette raison sur l'influence du genre sur le statut d'un groupe professionnel, puisque le genre des acteurs les situe différemment dans les paramètres structurels et historiques du capitalisme patriarcal. Le processus de professionnalisation est donc aussi soumis à des inégalités sociales et structurelles<sup>15</sup>.

Des théoriciens issus de la sociologie des organisations insistent plutôt sur l'effet des projets professionnels sur les institutions d'un secteur donné, comme les compagnies privées en droit ou les réseaux publics en santé. Les institutions ont été longtemps définies

---

<sup>14</sup> Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism*, p. xvi.

<sup>15</sup> Anne Witz, « Patriarchy and professions: The Gendered Politics of Occupational Closure », *Sociology*, vol. 24, no 4 (novembre 1990), p. 677.

par la sociologie comme des facteurs de stabilité et de reproduction sociale. Toutefois, la sociologie des organisations s'est récemment orientée vers l'explication du changement institutionnel. Dans cette perspective, les groupes professionnels et leurs projets sont souvent décrits comme des agents causaux importants de changement institutionnel. Par exemple, Suddaby et Viale montrent que les projets professionnels doivent être perçus comme un mécanisme endogène de changement institutionnel, en ce sens que les projets professionnels portent aussi des projets d'institutionnalisation (les professionnels cherchent à réaménager les institutions à leur profit) et jouent donc un rôle dans la création, le maintien et la transformation des institutions<sup>16</sup>. Non seulement les professions se sont-elles bien adaptées aux grandes bureaucraties publiques et privées, mais elles ont aussi développé une capacité à y introduire des changements parfois profonds et conformes à leur propre projet professionnel.

Kitchener et Mertz prolongent les idées de Suddaby et Viale en y ajoutant la notion d'agentivité<sup>17</sup>. Ce faisant, ils soulignent que les approches basées sur l'agentivité démontrent que des projets professionnels peuvent être menés avec succès par des groupes auxiliaires même s'ils sont dominés par d'autres groupes professionnels. Pour illustrer cet argument, Kitchener et Mertz combinent l'analyse du changement structurel avec celle de l'agentivité de professions émergentes en faisant l'analyse historique du cas de la profession d'hygiéniste dentaire aux États-Unis. Dans un contexte institutionnel (politique, social et culturel) donné, le groupe professionnel manifeste une agentivité en usant d'une variété de stratégies pour transformer les relations entre les hygiénistes dentaires, d'autres acteurs sociaux parfois puissants (dont les dentistes) et le contexte institutionnel (dont le marché économique ou l'assurance-santé).

Nous avons rendu compte des grands concepts et tournants de la sociologie des professions. Le concept central de notre mémoire est le concept de projet professionnel,

---

<sup>16</sup> Roy Suddaby et Thierry Viale, « Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project », *Current Sociology*, vol. 59, no 4 (juin 2011), p. 423-442.

<sup>17</sup> Martin Kitchener et Elizabeth Mertz, « Professional projects and institutional change in healthcare: The case of American dentistry », *Social Science & Medicine*, vol. 74, no 3 (février 2012), p. 372-380.

qui vise à comprendre et à situer les processus ou les tentatives de certains corps de métier d'acquiescer un statut de professionnel et les privilèges légaux qui l'accompagnent. Le concept présente un caractère ouvert et historique car il définit le statut professionnel, non pas comme une position naturelle et stable, mais comme une position conquise ou convoitée avec un succès qui dépend des circonstances. Ce caractère historique du projet professionnel nous permet d'étendre l'analyse, autrefois réservée à des professions « traditionnelles », à des groupes au statut moins clair, dont les groupes à caractère technique que sont les inhalothérapeutes et les techniciens ambulanciers paramédic. Ces cas nous permettront de contribuer à l'historiographie qui se penche, plus globalement, sur les projets professionnels des groupes paramédicaux.

### **1.1.1.2 Les projets professionnels et les groupes paramédicaux**

Les groupes dits paramédicaux sont des corps de métier du domaine de la santé, autres que les médecins et les infirmières, qui prodiguent des soins. De 1970 à 2020, l'histoire des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics du Québec est influencée à la fois par l'évolution du système de santé et par celle du système québécois des ordres professionnels. Deux phénomènes façonnent ces évolutions. Le premier est la multiplication, à partir de la moitié du 20<sup>e</sup> siècle, des corps de métier dans le secteur de la santé. Ces groupes apparaissent comme des groupes auxiliaires mais plusieurs développent rapidement des projets professionnels afin d'améliorer leur statut. Le second est l'accroissement, à partir de la fin des années 1960 et du début des années 1970, du contrôle étatique sur le réseau de la santé et sur la régulation des professions. Un idéal de rationalisation mène l'État québécois à viser une diminution des coûts de santé, notamment en favorisant la délégation de tâches vers des groupes moins coûteux et aux rôles mieux définis<sup>18</sup>. Comme on le verra, ce contexte général inspire aux divers corps de

---

<sup>18</sup> Julien Prud'homme, « De la commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions. Les continuités de la 'longue' Révolution tranquille, 1961-1974 ». *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (hiver 2012), p. 83-102 ; Gilles Dussault, « La régulation des professions sanitaires : l'expérience du Québec ». *Sociologie et sociétés*, vol. 20, no 2 (automne 1988), p. 125-139 ; Gilles Dussault et Louise Potvin, *L'État et La division du travail sanitaire. La politique de délégation des actes médicaux, infirmiers et Dentaires au Québec*. Québec, Université Laval, 1983, 152 p.: Adams, « Self-regulating professions ».

métier une variété de projets et de stratégies de professionnalisation, qui évoluent en relation avec les écosystèmes institutionnels que sont le système de santé et le système des ordres professionnels.

Plusieurs études historiques ont relevé les stratégies propres aux professions paramédicales. La plupart se sont d'abord intéressé au discours associatif, c'est-à-dire au discours des représentants organisés des groupes étudiés, tels les corporations, les associations et les ordres.

Ces stratégies peuvent reposer sur divers moyens, dont le développement de la formation, l'accréditation, un changement à l'identité du groupe, et l'élargissement du champ de compétences par l'acquisition et l'utilisation sur le terrain de nouvelles compétences diagnostiques et thérapeutiques. Nadia Fahmy-Eid et Lucie Piché, par exemple, étudient les stratégies adoptées par les associations professionnelles des technologues médicales, des physiothérapeutes et des diététistes du Québec afin de bonifier leur formation<sup>19</sup>. Peter Twohig, qui a travaillé sur deux groupes à caractère technique œuvrant dans les hôpitaux, soit les techniciens en radiographie et les techniciens en laboratoire, s'est plutôt concentré sur les efforts de leurs associations pour contrôler l'accréditation, là aussi par le biais d'une éducation accréditée mais également par la tenue de registres nationaux. La Société canadienne des techniciens en laboratoire (SCTL) et la Société canadienne des techniciens en radiologie (SCTR) croyaient, au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, que l'établissement d'une formation agréée et d'accréditations nationales fourniraient un véhicule pour le développement et la reconnaissance de leurs professions<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Nadia Fahmy-Eid et Lucie Piché, « Le savoir négocié. Les stratégies des associations de technologie médicale, de physiothérapie et de diététique pour l'accès à une meilleure formation professionnelle (1930-1970) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 43, no 4 (printemps 1990), p. 509-534.

<sup>20</sup> Peter Twohig, « Education, Expertise, Experience and the Making of Hospital Workers in Canada, 1920-1960 », *Scientia Canadensis*, vol. 29, no 2 (2006), p. 131-153.

Julien Prud'homme, qui s'intéresse aux années post-1970, insiste plutôt sur la volonté des groupes paramédicaux du Québec de se distinguer les uns des autres en se définissant par des compétences propres à chaque spécialité. Ces professions de la santé agissent de manière stratégique pour maintenir et accroître les spécificités de leur rôle clinique. Par exemple, les orthophonistes ont mené un projet professionnel centré sur la quête d'une autonomie clinique sur le terrain, en déplaçant leur champ d'expertise vers des tâches diagnostiques qui leur permettaient de s'approprier des nouvelles clientèles, à la fois plus étendues et moins sujettes à l'autorité des médecins, et d'ainsi améliorer leur statut professionnel<sup>21</sup>. Tant Prud'homme que Fahmy-Eid et Piché ont montré qu'utiliser un savoir emprunté aux médecins n'est pas suffisant pour justifier un statut professionnel élevé, puisque la profession doit faire preuve d'autonomie et occuper un champ de compétences propre pour justifier un droit à l'autoréglementation, plutôt que de continuer à travailler sous l'autorité des médecins<sup>22</sup>.

Ces études rendent compte de la multiplicité des projets professionnels qui cohabitent dans le secteur de la santé. Tous se définissent par rapport au pouvoir des médecins et utilisent des stratégies visant à la fois la formation, l'autonomie clinique et l'accès à des terrains de pratique plus favorables. Par contre, bien que l'historiographie québécoise sur les professions paramédicales soit plus développée qu'ailleurs, elle néglige encore l'étude du sous-groupe, pourtant très important dans le système de la santé, des professions qui se caractérisent par une relation étroite avec la technologie.

### **1.1.1.3 Les technologies et les groupes paramédicaux**

Certains corps de métier, pour des raisons historiques qui tiennent à leur contexte d'émergence, se définissent par l'usage de technologies qui leur sont propres : c'est le cas des inhalothérapeutes, qui sont historiquement associées aux respirateurs artificiels, et des

---

<sup>21</sup> Julien Prud'homme, « Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », *Recherches sociographiques*, vol. 47, no 2 (mai-août 2006), p. 253-275.

<sup>22</sup> Fahmy-Eid et Piché, « Le savoir négocié. », p. 514.

ambulanciers paramédics, très proches de l'ambulance et de son matériel. Or, tout comme les professions, les technologies et leurs usages changent dans le temps, selon le lieu et selon le contexte social. De plus, une machine donnée peut avoir différents rôles selon le projet dans lequel elle est utilisée.

L'étude de Cynthia Toman sur la délégation aux infirmières de tâches à caractère technique dans un hôpital canadien d'après-guerre présente un bon exemple de cette évolution et de l'élasticité des technologies<sup>23</sup>. Toman soutient que le transfert rapide de technologies médicales, comme les injections intraveineuses, des médecins vers les infirmières a modifié les principes guidant la division du travail dans les hôpitaux. Les infirmières des hôpitaux canadiens ont senti une pression pour assumer la responsabilité de plus de technologies médicales. Cette délégation de la technologie est d'abord reçue avec réticence, voire par de la contestation. Toutefois, avec l'usage et la normalisation croissante des « actes délégués », c'est-à-dire de gestes relevant de la responsabilité des médecins mais confiés par ceux-ci à d'autres travailleurs comme des infirmières, ces technologies en viennent à faire partie du quotidien de la pratique infirmière.

Pour montrer qu'une même technologie peut être appréhendée différemment selon le contexte et les buts des acteurs, Karen Flynn a adopté une autre stratégie de recherche en présentant les réponses de plusieurs infirmières canadiennes noires, nées au Canada et aux Caraïbes, face à l'introduction croissante des technologies, dans des entrevues portant sur les années 1950, 1960 et 1970<sup>24</sup>. Les réactions des infirmières face à l'implantation de la technologie moderne dans leur pratique varient selon les acteurs et le contexte historique. Alors que les infirmières noires d'origine canadienne qui ont travaillé dans l'immédiat après-guerre, un âge d'or de la croissance des hôpitaux, ont une vision positive de l'introduction des technologies, les infirmières caribéennes, ayant surtout migré au

---

<sup>23</sup> Cynthia Toman, « “Body Work”: Nurses and the Delegation of Medical Technology at the Ottawa Civic Hospital, 1947-1972 », *Scientia Canadensis*, vol. 29, no 2 (2006), p. 155-175.

<sup>24</sup> Karen Flynn, « Black Canadian Nurses and Technology », Sandra Lewenson, Annemarie McAllister et Kylie M. Smith, dir., *Nursing history for contemporary role development*. New York, Springer Publishing Company, 2017, p.153-169.

Canada après 1970 et qui ont vécu plusieurs épisodes de rationalisation du travail hospitalier, ont une vision plus critique et politique du phénomène, qu'elles associent moins que leurs consœurs à une source de professionnalisation pour les infirmières.

Des auteurs comme Crocker et Timmons ou comme Bulander prennent le cas des soins intensifs pour situer la question dans le cadre particulier de l'hôpital<sup>25</sup>. Historiquement, l'omniprésence actuelle de technologies aux soins intensifs est due à un transfert de technologies qui étaient autrefois logées dans d'autres départements. Ce transfert a incité les infirmières des soins intensifs à modifier d'elles-mêmes certains aspects de leur pratique, dans le sens de leur projet professionnel. Pour Crocker et Timmons, le transfert d'une technologie d'un groupe professionnel à un autre n'implique pas le transfert des pouvoirs qui y étaient associés. Dans un cas, les infirmières des soins intensifs ont interprété le transfert d'une technologie de ventilation assistée, non pas comme la délégation d'un geste médical dévalorisé et susceptible de perturber leur travail (le sevrage d'un patient devenu moins urgent), mais comme une occasion de servir leur mission de prédilection, en repensant la technologie pour améliorer les soins aux patients déjà sevrés. Crocker et Timmons appellent « technologie transformée » une technologie ainsi remodelée au-delà de son usage traditionnel<sup>26</sup>. Pour Bulander, une telle transformation peut permettre la prestation de nouveaux services par les infirmières et accroître leur autonomie<sup>27</sup>.

Stefan Timmermans présente la malléabilité des significations de la technologie en insistant plutôt sur l'influence de la culture, en prenant l'exemple des technologies de réanimation dans les manœuvres de ressuscitation<sup>28</sup>. L'usage de ces technologies sert un

---

<sup>25</sup> Cheryl Crocker et Stephen Timmons, « The role of technology in critical care nursing », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, no 1 (janvier 2009), p. 52-61; Robert E. Bulander, « The Most Important Problem in the Hospital: Nursing in the Development of the Intensive Care Unit, 1950-1965 », *Social History of Medicine*, vol. 23, no 3 (novembre 2010), p. 621-638.

<sup>26</sup> Crocker et Timmons, « The role of technology... », p. 58-59.

<sup>27</sup> Robert E. Bulander, « The Most Important Problem... », p. 632.

<sup>28</sup> Stefan Timmermans, « Resuscitation Technology in the Emergency Department: Towards a Dignified Death », *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, no 2 (mars 1998), p. 144-167.

éventail d'usages, y compris à aider les proches du patient à affronter la mort. Timmermans rejette l'idée d'une technologie rigide et déterministe, dont l'usage serait établi à l'avance et une fois pour toutes. Selon lui, c'est principalement le contexte qui détermine comment on utilise les technologies – par exemple, le contexte sociojuridique dans le cas des technologies de ressuscitation. De même, chez Crocker et Timmons et chez Bulander, ce n'est pas la technologie qui a amené à la création des départements de soins intensifs, mais plutôt l'économie politique et professionnelle de l'hôpital moderne<sup>29</sup>. Dans le texte de Flynn, les infirmières se révèlent plus ou moins enthousiastes à s'approprier la technologie selon leur contexte de pratique et leur vision du projet professionnel infirmier<sup>30</sup>.

De la même manière, la technologie peut aussi être perçue comme une contrainte pour les projets professionnels de divers groupes paramédicaux. Prud'homme a montré qu'après 1960 au Québec, le clivage entre le personnage du « technicien » et le personnage du « professionnel » s'agrandit<sup>31</sup>. Divers corps de métier, dont les inhalothérapeutes et les audioprothésistes, pour qui l'utilisation de machines est au cœur du travail clinique, semblent désormais mal positionnés pour revendiquer un statut de professionnel. En effet, les techniciens sont perçus comme des exécutants, dont le travail est déterminé par la machine et ses protocoles, et qui n'utilisent donc pas la pensée abstraite propre aux « vrais » professionnels pour réaliser de manière autonome des tâches diagnostiques et thérapeutiques. L'utilisation quotidienne d'un savoir centré sur la technique est ainsi associée à un statut auxiliaire dans une distinction hiérarchique entre l'autorité professionnelle, qui évalue et décide, et la technique, qui exécute.

---

<sup>29</sup> Crocker et Timmons, « The role of technology... », p.52-62; Bulander, « The Most Important Problem ».

<sup>30</sup> Flynn, « Black Canadian Nurses... ».

<sup>31</sup> Julien Prud'homme, « 'Professional Techs': Machines, Technical Skills and Professional Aspirations in Hearing Prosthetics and Respiratory Care in Quebec, 1950-1990 », *Scientia Canadensis*, vol. 33, no 1 (2010), p.71-94.

Michael Corman, dans son ethnographie du travail des ambulanciers paramédics à Calgary, présente aussi l'impact de la technologie sur un groupe paramédical<sup>32</sup>. Corman explique que le travail des paramédics est organisé par différentes technologies dites institutionnelles ou instituées, comme les systèmes logiciels, les protocoles techniques et les indices de performance. Sans se prononcer directement sur l'effet des technologies sur le projet professionnel des ambulanciers-paramédics, ce qui n'est pas son propos, il confirme non seulement que les technologies utilisées affectent considérablement leur pratique et leur champ de compétence, mais que plusieurs de ces technologies sont mises en œuvre à l'initiative d'acteurs extérieurs, comme les employeurs, et non des ambulanciers-paramédics eux-mêmes.

Dans ce mémoire, nous définissons les professions à caractère technique comme des professions ou des corps de métier qui se caractérisent essentiellement par leur utilisation de certaines machines (respirateurs, moniteurs de soins intensifs, etc.). L'étude de ces professions nous permet d'envisager les relations particulières qui peuvent exister entre des groupes paramédicaux, leurs projets professionnels et les technologies auxquelles ils sont associés. D'une part, les groupes traitent différemment la délégation et l'utilisation des technologies au travers du temps et selon le contexte qui les entoure. D'autre part, ils peuvent souhaiter modifier cette utilisation, par exemple pour recentrer leurs tâches sur le patient afin de transformer une tâche technique en une compétence clinique qui se rapproche plus de l'idéal professionnel.

### **1.1.2 Limites de l'historiographie canadienne et pistes à suivre**

L'historiographie canadienne sur les professions de santé comporte plusieurs limites. Bien que l'évolution du statut professionnel des infirmières soit bien documentée, les autres groupes paramédicaux restent mal connus, à l'exception des travaux de Prud'homme et de Twohig. Par ailleurs, les études sur les professions à caractère

---

<sup>32</sup> Micheal K. Corman, *Paramedics On and Off the Streets: Emergency Medical Services in the Age of Technological Governance*, Toronto, University of Toronto Press, 2017. 240 p.

technique sont particulièrement rares, surtout pour la période post-1970. Au Québec, ces professions n'ont été abordées qu'à travers une brève étude de Prud'homme sur les audioprothésistes et les inhalothérapeutes, qui s'arrête aux années 1980. Dans le reste des provinces canadiennes, les travaux de Thowig sur les techniciens de laboratoire et les études de Toman ou d'autres sur le travail technique des infirmières n'abordent à peu près pas la période ultérieure à 1970. Les professions à caractère technique représentent pourtant une part non-négligeable des professions réglementées en santé. Au Québec, ce groupe inclut les technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale, les technologues médicaux, et les technologues en prothèses et appareils dentaires. De plus, de nombreux corps de métier à caractère technique tentent encore aujourd'hui d'obtenir un ordre professionnel, comme les perfusionnistes cliniques.

Notre mémoire propose une histoire comparée des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédicaux au Québec de 1971 à 2022. En ce qui concerne les inhalothérapeutes, nous reprenons le récit à peu près là où Prud'homme l'avait laissé et nous comptons poursuivre l'étude du développement professionnel de ce groupe au-delà des années 2000. Pour les deux groupes, l'étude de la période post-1970 nous permettra de proposer un récit bien différent de l'histoire des professions à caractère technique. Alors que les travaux existants de Thowig, Toman ou Prud'homme traitent d'une période où les efforts professionnels se concentrent sur la formation et la relation avec les médecins, la période 1980-2020, comme on le verra, s'éloigne à bien des égards de cette dynamique, les projets professionnels étudiés se recentrant autour d'une relation plus directe avec le système professionnel et avec le politique en général<sup>33</sup>. De plus, les deux cas que nous étudions ici font voir les projets professionnels de groupes dont la formation est de niveau collégial et non universitaire, ce qui ouvre des portes intéressantes sur l'histoire de l'enseignement post-secondaire au Québec<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts ».

<sup>34</sup> La relation entre les professions et le système collégial (ou collèges) est un sujet en émergence au Canada. Au moment de l'écriture de la version finale de ce mémoire, un nouvel article de Peter Thowig paru dans la *Revue d'histoire de l'éducation* présente le potentiel de ce sujet.

Le cas des paramédics du Québec est particulier car ce groupe a été fortement négligé par l'historiographie. Cette négligence tient en grande partie au fait que, encore aujourd'hui, les ambulanciers ne sont jamais directement à l'emploi du réseau public de la santé et sont donc moins visibles dans les sources documentaires habituelles. L'étude de ce groupe nous permet d'analyser la situation d'un groupe travaillant en première ligne à l'extérieur du réseau public, très hospitalo-centré. Cela nous permet d'ouvrir une fenêtre essentielle sur l'arrimage flou entre les établissements du réseau public de santé et le système préhospitalier d'urgence, peuplé d'employeurs privés et de besoins communautaires mal définis. La comparaison avec le groupe des inhalothérapeutes, qui naît au contraire à l'intérieur des hôpitaux et d'une vision hospitalo-centrée de la santé, en deviendra particulièrement instructif.

## **1.2 PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE**

Notre projet de recherche porte sur l'évolution des projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics au Québec de 1971 à 2022. Plus précisément, il repose sur l'étude des stratégies professionnelles visibles dans le discours associatif de ces deux corps de métier, en accordant une attention particulière à l'évolution de la place des technologies dans leurs argumentaires. Nos balises temporelles reflètent l'importance que nous attribuerons au contexte institutionnel québécois, qu'il s'agisse du système de santé ou du système des ordres professionnels. L'année 1971 marque à la fois l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui consacre la volonté du gouvernement québécois d'étendre et de rationaliser le réseau public de santé, et le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de *Code des professions*, qui sera adopté en 1973 et qui ouvre une nouvelle ère dans la régulation des professions au Québec. Les représentants des inhalothérapeutes et des ambulanciers déploient beaucoup d'énergie pour réagir à ces nouveaux cadres législatifs. L'année 2022 permet d'étendre l'analyse jusqu'au temps présent, afin de montrer que les projets professionnels des deux groupes font encore aujourd'hui l'objet de débats vifs à l'issue incertaine. Il est d'ailleurs

pertinent d'inclure les années de pandémie (2020-2022) car l'urgence sanitaire a eu des effets sur la situation, les stratégies et les revendications des deux groupes.

Le cadre spatial de notre projet est la province de Québec. Au Canada, les lois et les structures qui organisent les systèmes de santé et les systèmes professionnels sont de juridiction provinciale. Pour cette raison, les professions de santé évoluent différemment selon le contexte socio-politique de chaque province. Pour des raisons pratiques et parce que les deux groupes étudiés ici n'ont pas encore, à notre connaissance, trouvé leur historien dans les autres provinces canadiennes, nous nous concentrerons sur l'évolution des groupes québécois, en prenant en compte les cas d'autres provinces lorsqu'ils apparaissent dans les discours des groupes québécois.

Notre objectif général est de caractériser les projets professionnels formulés par les représentants des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics du Québec et d'identifier les stratégies utilisées pour les faire avancer. Cet objectif général se décline en deux objectifs spécifiques.

Le premier objectif spécifique est d'indiquer comment évolue la place des technologies dans les projets professionnels, les discours et les stratégies des deux groupes. Les groupes modifient-ils leur usage de la technologie pour s'orienter vers de nouvelles compétences professionnelles ? Comment les nouvelles technologies sont-elles accueillies ? Cet objectif permettra de mettre en évidence des similitudes ou des dissemblances sur la manière dont ces groupes transforment leurs rapports aux technologies. Il nous mènera aussi à nous demander si les technologies ont un effet déterministe sur les groupes professionnels ou si ceux-ci se les approprient activement pour les intégrer à leur projet professionnel.

Le second objectif spécifique est d'indiquer comment les réformes successives du réseau de la santé et du système des ordres professionnels influencent, ou non, l'évolution

des projets professionnels, des discours et des stratégies des deux groupes. Les réformes politiques, qu'elles visent le réseau de santé en général, le système préhospitalier d'urgence en particulier, ou les ordres professionnels, affectent-elles les politiques professionnelles et, si oui, de quelle manière ? Les deux groupes étudiés prennent-ils acte des attentes d'instances comme l'Office des professions ou le ministère de la Santé et des Services sociaux ? Développent-ils des stratégies similaires ou divergentes ? Cet objectif nous permettra de voir de quelle manière les systèmes de la santé et des professions font office d'environnements, avec leurs contraintes et leurs opportunités, pour les professions à caractère technique.

### **1.3 SOURCES ET MÉTHODOLOGIE**

#### **1.3.1 Fonds documentaires**

Notre corpus documentaire est constitué de sources écrites de diverses natures. Il peut être séparé en trois fonds distincts, assemblés par nos soins. La majorité de ces sources sont accessibles gratuitement sur divers sites web et peuvent être consultées par le public. Pour ce qui est de la revue *l'Inhaloscope* (1983-1999) et les premières années de la revue *L'inhalo* (2000-2008), elles sont disponibles à Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ).

Le premier fonds documentaire se compose de plus ou moins 150 documents promotionnels des associations représentant les corps de métier étudiés ainsi que les requêtes en constitution d'un ordre professionnel qu'elles ont adressées à l'Office des professions du Québec (OPQ). Par documents promotionnels, nous entendons des documents visant à présenter les capacités professionnelles des paramédics et des inhalothérapeutes, tels des mémoires, des bulletins, des communiqués et des revues professionnelles. Les requêtes pour obtenir un ordre professionnel sont adressées à l'OPQ et les autres documents promotionnels s'adressent aux décideurs publics, à diverses instances politiques, aux membres des associations, aux professionnels et au public. Ce

fonds nous permet d'identifier les arguments des associations des groupes étudiés en faveur de leurs compétences professionnelles ainsi que l'évolution de ces arguments au travers du temps. Il nous permet de rendre compte des projets professionnels défendus et des stratégies utilisées. Ces sources nous permettent aussi d'observer comment les associations réagissent et répondent aux attentes des instances publiques et comment l'usage des technologies apparaît dans leur argumentaire. De plus, certains articles des revues professionnelles présentent en détail des avancées technologiques ou des développements concrets dans le champ de compétence.

Le second fonds documentaire se compose de documents politiques et administratifs produits par l'État québécois. Il consiste en quinze documents qui proviennent de l'Office des professions du Québec (OPQ), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (CNRSPU). Il s'agit, notamment, de guides sur la mise en place d'un ordre professionnel, de mémoires et de rapports. À l'exception des guides, ces documents présentent l'état des systèmes de santé ou de régulation des professions, c'est-à-dire leurs caractéristiques, leurs lacunes et des recommandations visant à les améliorer. Les guides sur la mise en place d'un ordre professionnel sont produits par l'OPQ et s'adressent aux regroupements qui désirent faire une requête en constitution d'un ordre professionnel. Les autres documents s'adressent aux décideurs publics. Ce fonds documentaire nous permet d'étudier l'évolution de l'environnement dans lequel les deux métiers évoluent et de rendre compte de l'impact de ces évolutions sur les stratégies utilisées.

Le troisième fonds documentaire se compose de 17 programmes et outils cliniques, produits ou diffusés par les établissements de soins, les établissements de formation et les associations. Ces programmes et outils cliniques incluent des cadres de référence, des guides de pratique, des protocoles d'intervention et des programmes de formation continue. Ces documents s'adressent principalement aux inhalothérapeutes et aux

techniciens ambulanciers paramédics et ils sont produits dans le but de les informer sur divers aspects de leur pratique de soins. Ce fonds nous permet de rendre compte de l'évolution du champ de compétence des deux groupes étudiés et de la place qu'y occupe la technologie à travers le temps. Il nous permet d'étudier des cas concrets de délégation, de transformation et d'usage des technologies en santé chez les paramédics et les inhalothérapeutes. L'étude de ces cas concrets nous permet d'apprécier avec précision leur place dans l'argumentaire des associations.

Ces sources, bien qu'elles permettent de répondre à nos objectifs de recherche, ne sont pas sans biais et sans limites. D'une part, les sources du premier fonds documentaire ont été produites pour atteindre des objectifs stratégiques précis de la part des associations, comme la constitution d'un ordre professionnel et l'élargissement du champ de compétence. On peut supposer que certaines affirmations des associations sont enjolivées pour favoriser l'avancement professionnel de leurs membres. Par exemple, les débats sur l'implantation des soins avancés dans les services préhospitaliers d'urgence prennent forme au Québec au début des années 2000 et culminent, en 2005, avec la publication d'un rapport de l'AETMIS sur le sujet. Or, les lectures et les usages de ce rapport dans les années qui suivent divergent selon les acteurs : les représentants des paramédics affirment que le rapport appuie l'implantation généralisée des soins avancés, tandis que les décideurs publics affirment le contraire. Cela dit, des biais de ce genre ne sont pas un obstacle à notre recherche. Le but étant de rendre compte des stratégies employées, l'« embellissement » des arguments, véridiques ou non, peut être perçu comme une stratégie en soi.

D'autre part, notre corpus présente certains « trous » documentaires. Plusieurs sources ne nous permettent pas d'identifier avec précision les acteurs individuels qui les ont produites, même si le croisement de certaines sources nous y aide parfois. Par ailleurs, même si les sources concernant les paramédics évoquent des événements importants liés à la Corporation d'Urgences-Santé, telle la formation illégale de dix-huit paramédics en soins avancés au début des années 2000 (voir notre chapitre 3), nous avons choisi de ne

pas plonger dans les archives d'Urgences-Santé, pour deux raisons. D'une part, cet organisme est un employeur privé et, de ce fait, un acteur dont la nature est très éloignée des organismes associatifs ou publics utilisés dans notre corpus documentaire. Suivre cette piste aurait soulevé des enjeux pratiques et méthodologiques, voire conceptuels, qui débordent le format d'un mémoire de maîtrise. D'autre part, les documents récoltés dans notre corpus semblent offrir un portrait assez complet pour témoigner de la portée des gestes d'Urgences-Santé du point de vue des associations professionnelles que nous étudions ici.

### **1.3.2 Méthode de dépouillement et d'analyse**

La quantité des sources consultées est substantielle, mais il est plutôt simple de bien cibler la recherche et de trier les éléments concernant nos objectifs de recherche. Les projets professionnels et les stratégies dont nous cherchons les traces sont fondés sur les éléments explicités dans notre bilan historiographique (stratégies de professionnalisation des groupes paramédicaux), dans nos objectifs de recherche et dans notre grille d'analyse.

Pour identifier l'évolution des arguments des paramédics et des inhalothérapeutes en faveur de leur projet professionnel ainsi que pour évaluer l'impact des facteurs sociaux sur ceux-ci, nous procéderons à ce qu'Alice Krieg-Planque appelle une analyse de discours institutionnels, qui cherche à associer la logique d'un texte (éléments internes) au contexte qui l'entoure (éléments externes)<sup>35</sup>. Nous appliquerons une grille d'analyse de type qualitatif au corpus documentaire (on trouvera cette grille en annexe 1). Cette grille est élaborée dans le but d'identifier les principaux arguments des acteurs représentant les inhalothérapeutes et les paramédics, les facteurs sociaux et politiques qui influencent et qui contextualisent ceux-ci, ainsi que l'évolution de l'usage de technologies. Cette grille est donc organisée pour faire ressortir les éléments servant à répondre à nos objectifs de recherche. Elle se divise en quatre parties.

---

<sup>35</sup> Alice Krieg-Planque, *Analyser les discours institutionnels*, Paris, Éditions Armand Colin, 2012, p.42-47.

La première partie concerne les énoncés sur le fonctionnement et l'évolution du système de santé et du système préhospitalier d'urgence au Québec. Elle est divisée en trois sous-sections, ciblant les énoncés concernant les caractéristiques et les réformes de ces systèmes, le champ de compétence et la formation des deux groupes étudiés, ainsi que l'évolution des soins avancés dans le système préhospitalier d'urgence. La seconde partie concerne les critères et les attentes de professionnalisation. Elle est séparée en trois sous-sections : il s'agit des énoncés concernant les définitions de ce qu'est un ordre professionnel, des critères nécessaires pour la mise en place d'un ordre professionnel, et enfin des énoncés concernant la protection du public, mission principale des ordres professionnels. Ces deux parties nous permettent de rendre compte de l'évolution des discours publics, des décisions d'institutions de santé, des contextes sociaux et des politiques professionnelles qui ont potentiellement influencé les arguments des associations.

La troisième catégorie implique les énoncés concernant directement les paramédics et les inhalothérapeutes eux-mêmes. Elle comporte cinq sous-sections : il s'agit des énoncés concernant les compétences associées à chaque corps de métier et des stratégies de professionnalisation employées. Il s'agit aussi des comparaisons avec les professionnels des mêmes métiers à l'extérieur du Québec, des énoncés concernant les relations entre le professionnel et son patient et des énoncés sur l'organisation associative des paramédics et des inhalothérapeutes. La quatrième catégorie concerne les énoncés sur l'évolution et l'usage des technologies au sein des deux groupes étudiés. Elle est divisée en deux sous-sections : il s'agit des énoncés concernant des usages concrets des technologies, ainsi que des énoncés sur la délégation et la transformation des technologies. Ces deux dernières catégories nous permettent de rendre compte de l'évolution des arguments des paramédics et des inhalothérapeutes en faveur de leur projet professionnel et de la place de la technologie dans leurs stratégies.

Notre démonstration se divise en deux chapitres. Dans le chapitre 2, nous présentons l'évolution des projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics (qui s'appellent alors des « ambulanciers ») de 1973 à 1999. Durant cette période, de nouvelles lois mettent sur pied le système professionnel québécois moderne et le système préhospitalier d'urgence, en plus de réformer substantiellement le système de santé dans son ensemble. Nous présentons d'abord un bref historique de chaque groupe avant 1970. Puis, nous montrons que, dans ce nouvel écosystème politique, les inhalothérapeutes et les techniciens ambulanciers ne tardent pas à développer des stratégies pour faire leur place dans le système professionnel québécois. En plus d'employer des stratégies communes (changement d'intitulé, rehaussement de la formation, compétences professionnelles, etc.), leurs représentants associatifs proposent une transformation de leur rapport aux technologies : les inhalothérapeutes cherchent à amalgamer leur usage traditionnel des technologies à de nouveaux gestes thérapeutiques, tandis que les techniciens ambulanciers cherchent surtout à étendre leurs capacités techniques à un éventail plus large d'appareils et de procédures.

Dans le chapitre 3, nous montrons comment une nouvelle vague de réformes du système de santé, du système préhospitalier d'urgence et du système des ordres professionnels amène les représentants des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics à faire évoluer leurs stratégies. En plus de certaines continuités avec les stratégies présentées au chapitre 2, nous présentons un changement de cap dans la manière de présenter le rapport aux technologies : les techniciens ambulanciers paramédics tentent désormais de se détacher de leur statut de technicien tandis que les inhalothérapeutes délaissent elles aussi cet aspect autrefois important de leur argumentaire. Les deux groupes essaient surtout d'investir les secteurs des soins communautaires ou à domicile, en se présentant davantage comme des thérapeutes de première ligne que comme des usagers de technologie.

## **CHAPITRE 2**

### **LES INHALOTHÉRAPEUTES, LES AMBULANCIERS ET LA STRUCTURATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS, 1973-1999**

Dans ce chapitre, nous présentons l'évolution des projets professionnels des inhalothérapeutes et des ambulanciers québécois entre 1973 et 1999, alors que des changements majeurs dans les systèmes des ordres professionnels et de la santé poussent divers groupes paramédicaux à une « course » à la professionnalisation.

Nous divisons ce chapitre en quatre parties. Dans la première partie, nous montrons l'évolution du système professionnel québécois moderne, de l'arrivée de nouvelles normes et institutions dans les années 1970 jusqu'à l'aube d'une seconde vague de réformes dans les années 1990. Dans la seconde partie, nous présentons certains effets de la réforme du système de santé québécois dans les années 1960 et 1970, dont la redistribution des tâches de soin aux patients hospitaliers et le développement des services préhospitaliers d'urgence contemporains. Dans la troisième partie, nous présentons l'apparition des « techniciens en inhalation » puis de la profession d'inhalothérapeute, l'évolution de son encadrement légal et les stratégies associatives des inhalothérapeutes pour entrer puis améliorer leur place dans le système professionnel, y compris en s'appuyant sur de nouvelles machines d'aide à la respiration. La quatrième partie décrit l'essor du métier d'ambulancier et l'émergence, plus tardive, d'un projet professionnel rattaché à l'ambulance.

#### **2.1 LA CRÉATION DU CODE DES PROFESSIONS ET LE SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS ENTRE 1970 ET 1999**

L'évolution des projets professionnels des ambulanciers et des inhalothérapeutes est façonnée par l'adoption en 1973 d'une loi-cadre, le Code des professions, et la mise

du pied de l'Office des professions du Québec. Ces innovations institutionnelles créent un tout nouvel écosystème politique pour les professions déjà réglementées, comme la médecine ou le droit, mais aussi (et peut-être surtout) pour les corps de métier qui ne jouissent pas de ces protections et qui aspirent à une meilleure reconnaissance de leur compétence.

### **2.1.1 Le système professionnel québécois avant 1973**

Entre la création du premier ordre professionnel québécois, soit le Collège des médecins en 1847, et l'adoption du Code des professions en 1973, les professionnels ne sont pas régis par une structure juridique homogène. La scène québécoise des professions réglementées connaît durant cette période une évolution analogue à ce qu'on voit dans les autres nations occidentales.

Entre 1780 et 1870 en Europe et en Amérique du Nord, les anciennes structures de régulation des professions (comme les guildes) font place au modèle des ordres professionnels, qui sont alors nommés des « corporations professionnelles<sup>1</sup> ». Ces nouveaux regroupements délaissent les coutumes corporatives d'Ancien Régime, qui favorisaient la reproduction familiale, pour réduire l'étendue de monopoles économiques (par exemple, les guildes de forgerons perdent leurs monopoles) en mettant désormais de l'avant le savoir et les diplômes universitaires comme seules façons de justifier les monopoles restants. Les privilèges légaux des professions réglementées du 19<sup>e</sup> siècle reposent alors sur le caractère exclusif de leurs savoirs. Ces privilèges sont réservés à un petit nombre de professions libérales, tels le droit et la médecine.

Les monopoles de ces nouvelles corporations, comme le Barreau ou le Collège des médecins, ne s'appuient plus sur la coutume mais, dorénavant, sur la délégation d'une part

---

<sup>1</sup> Julien Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », François Claveau et Julien Prud'homme, dir., *Experts, sciences et sociétés*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2018, p.178-180.

du pouvoir public par l'État<sup>2</sup>. C'est l'État qui, par ce transfert, autorise les corporations professionnelles à s'autoréguler, c'est-à-dire à dicter elles-mêmes leurs normes de pratique et à assurer une surveillance par les pairs<sup>3</sup>. Cela signifie par exemple qu'il revient au Collège des médecins, par un comité de discipline composé uniquement de médecins, d'évaluer le travail ou la formation des médecins. Les corporations professionnelles sont alors investies, par la loi, d'une double mission. D'une part, elles assurent la protection des usagers contre de potentiels usurpateurs, charlatans ou tout autre individu qui n'aurait pas la formation requise pour exercer la profession. D'autre part, elles défendent les intérêts (y compris économiques) de leurs membres et le statut social de la profession. Ce double rôle des corporations crée d'emblée une tension, déjà perçue par les contemporains, en raison du conflit au moins potentiel entre les intérêts économiques des professionnels et les besoins des usagers et de la société, qui peuvent ne pas concorder.

Plutôt rares avant 1940, les corporations professionnelles se multiplient au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, suivant en cela la montée de corps de métiers instruits associés aux classes moyennes. Ces nouveaux métiers spécialisés sont centrés sur les services, tels les comptables et les diététistes, qui demandent à leur tour des monopoles professionnels<sup>4</sup>. Plusieurs groupes du secteur de la santé, notamment des métiers à prédominance féminine, réclament des privilèges légaux pour renforcer leur position sur un marché de l'emploi dominé par la médecine. Certains groupes obtiennent le droit de se réserver un titre professionnel précis sans obtenir de monopole sur leurs tâches concrètes : c'est le cas des infirmières, des hygiénistes dentaires et des diététistes. Ce n'est qu'à la fin des années 1950 que les associations de divers groupes de santé recentrent plus sérieusement leur activité pour revendiquer des privilèges politiques et légaux plus ambitieux, que plusieurs obtiennent durant les années 1960 comme les orthophonistes, les psychologues et les

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Cinthia Duclos, « Le système professionnel québécois d'hier à aujourd'hui : portrait et analyse de l'encadrement des ordres professionnels sous l'angle de la protection du public. », *Les Cahiers de droit*, vol. 60, no 3 (septembre 2019), p. 804.

<sup>4</sup> Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », p.180-182

travailleuses sociales<sup>5</sup>. Cette prolifération des monopoles inquiète toutefois les gouvernements. D'une part, plusieurs monopoles se chevauchent désormais dans une législation dense et complexe, ce qui crée des rigidités sur le marché du travail ou des conflits de juridiction difficiles à dénouer. D'autre part, l'État craint une montée fulgurante des coûts de l'éducation et de la santé, dont il a désormais la charge à partir de la Révolution tranquille. En effet, des corps de métiers qui se transforment en professions réglementées risquent de coûter plus cher, surtout en salaires. Dans ce contexte, l'inquiétude face au double rôle des ordres et à leur potentiel conflit d'intérêt prend de l'importance. Dès les années 1960, cela inspire de nouveaux débats sur le modèle du « corporatisme professionnel » au Québec.

En 1966, le gouvernement unioniste de Daniel Johnson met en place la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, dont l'un des objectifs est d'étudier le système professionnel et de soumettre des recommandations sur son avenir. Bien que la Commission affirme que la surveillance par les pairs et l'autonomie des professionnels favorisent le bon fonctionnement des corporations, elle déplore leur double rôle et les risques de préjudices que cela entraîne pour le public. En avril 1967, la Commission mandate l'avocat Claude-Armand Sheppard pour diriger une étude sur l'encadrement des professions de la santé<sup>6</sup>. La Commission demande ensuite, à l'été 1968, au comité Sheppard d'étendre sa réflexion à l'ensemble des professions québécoises, y compris à l'extérieur du domaine de la santé. Le rapport final du comité est déposé en mars 1970. Sa principale recommandation est la création d'un cadre légal unique pour l'ensemble des professions réglementées au Québec, peu importe le domaine d'activité.

---

<sup>5</sup> Julien Prud'homme, *Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, des orthophonistes, des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleuses sociales au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2011, 228 p.

<sup>6</sup> Julien Prud'homme, « De la commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions. Les continuités de la 'longue' Révolution tranquille, 1961-1974 », *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (janvier-avril 2012), p. 93.

Le rapport recommande donc la mise en place d'une structure homogène et il suggère l'adoption d'une loi-cadre, baptisée « code des professions ». Ce code réunirait l'ensemble des corporations professionnelles sous une seule structure juridique contrôlée par l'État. De plus, il ne leur attribuerait désormais qu'un seul rôle, soit la protection du public, tandis que les revendications économiques des professionnels devraient être confiées à d'autres structures de représentation, tels des syndicats. À la suite de ces recommandations, qui sont endossées par la Commission Castonguay, le gouvernement libéral de Robert Bourassa dépose à l'automne 1971 un projet de loi visant à réformer en ce sens le système professionnel québécois. La loi proposée porte le nom de Code des professions et, outre les dispositions déjà évoquées, prévoit la création d'un organisme, l'Office des professions, chargé de réguler et de surveiller les professions réglementées au nom de l'État.

Le projet de Code des professions, ou projet de loi 250, rencontre toutefois de la résistance en provenance de divers milieux, dont le milieu de la santé, le Barreau et même le caucus libéral. Les débats se poursuivent en 1972 dans une commission parlementaire spéciale, proposée par le comité Sheppard et dont le seul but est « d'examiner les projets de loi concernant l'organisation professionnelle<sup>7</sup> ». Cette commission est un lieu de délibération important dans l'histoire québécoise des professions, où des groupes de tous les secteurs viennent présenter leurs demandes<sup>8</sup>. Défendu, dénoncé et étudié pendant plus d'un an, le projet de loi est finalement adopté par l'Assemblée nationale en juillet 1973. La majorité de ses dispositions entrent progressivement en vigueur de l'été 1973 à la fin de 1974.

---

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 94-94.

<sup>8</sup> Julien Prud'homme, « L'agronome, le forestier et l'urbaniste de la Révolution tranquille : l'expertise en commission parlementaire, 1971-1973 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 68, no 3-4 (hiver-printemps 2015), p. 353-373.

### 2.1.2 Les ordres professionnels selon la loi de 1973

L'Office des professions du Québec (OPQ) est mis sur pied dès août 1973 : c'est cet organisme qui, entre autres responsabilités, sera chargé de recevoir et d'évaluer les demandes des corps de métier qui souhaitent obtenir un ordre professionnel. Le Code et l'Office définissent un ordre professionnel comme une instance dont le seul mandat est d'assurer la protection du public en garantissant que les gestes de service couverts par le secteur d'activité dont il a la garde (par exemple, l'exercice de la médecine) seront réalisés par des professionnels formés et respectueux des normes de compétence<sup>9</sup>. La notion de « protection du public » reste peu définie dans le Code, même si elle sera par la suite associée au respect de divers droits protégés par les chartes des droits et libertés de la personne du Québec (1975) et du Canada (1982). Ces droits incluent le respect de l'intégrité physique et psychologique, de l'intégrité du patrimoine ainsi que l'intégrité de la vie privée<sup>10</sup>.

Le Code prévoit avec plus de précision les manières par lesquelles les ordres, qui portent encore le nom de « corporations », doivent encadrer les pratiques professionnelles. En principe, une corporation protège le public en contrôlant surtout l'intégrité et les compétences de ses membres. Pour cela, le Code des professions uniformise les obligations et les mécanismes qui régissent l'admission, l'inspection et la discipline des membres d'un ordre<sup>11</sup>. L'ordre professionnel vérifie que les compétences de ses futurs membres sont adéquates au moment de leur admission à la pratique et leur délivre un permis d'exercice<sup>12</sup>. Ce permis est généralement valable à vie, mais le droit d'exercer des

---

<sup>9</sup> Office des professions du Québec, *Avis au gouvernement sur l'obligation de formation continue et le maintien de la compétence des membres des ordres professionnels au Québec*, Québec, OPQ, 1996, p. 1 ; *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels : vers un système professionnel plus souple et mieux adapté*, OPQ, 1996, p. 3.

<sup>10</sup> Groupe de travail sur le rôle de surveillance de l'Office, *Le rôle de surveillance de l'Office des professions : un tournant guidé par l'actualisation de la notion de protection du public*, Québec, OPQ, 2012, p. 6.

<sup>11</sup> Duclos, « Le système professionnel québécois... », p. 814 et 822-839.

<sup>12</sup> Office des professions du Québec, *Avis au gouvernement...*, p. 2

activités professionnelles peut toutefois être limité dans le temps ou le permis peut être révoqué pour raison de faute professionnelle. Une faute professionnelle peut être commise par incompétence ou par un manquement au code de déontologie de la profession. Les ordres doivent aussi vérifier le maintien des compétences et l'intégrité des membres déjà admis. Pour cela, l'ordre a à sa disposition plusieurs mécanismes disciplinaires et de vérification. Le code de déontologie, adopté par le conseil d'administration de l'ordre professionnel, édicte les normes de conduites applicables<sup>13</sup>. Ce code, suivant des balises inscrites au Code des professions, établit les devoirs du professionnel et les comportements à adopter ou auxquels ne pas déroger. Un membre qui ne respecte pas le code de déontologie peut faire face à des processus disciplinaires, régis par les ordres par le biais de syndicats et de comités de discipline. Finalement, un ordre, en plus d'émettre les permis et d'assurer la discipline, établit un comité d'inspection professionnelle qui s'assure du maintien des compétences de ses membres<sup>14</sup> et qui organise diverses activités, tels des stages ou des cours de formation continue<sup>15</sup>. Les ordres mettent ainsi en application une série de règlements qui définissent les normes de pratique, les conditions d'entrée à la profession et le fonctionnement interne de l'ordre lui-même.

Certaines professions, on l'a dit, peuvent être régies par un ordre sans avoir le monopole sur certains gestes. La réforme de 1973 confirme cette formule, tout particulièrement chez les professions de santé autres que médicales. L'OPQ nomme cette catégorie « profession à titre réservée », qui n'a un monopole que sur son titre et qui est bien distincte du groupe des professions pourvues d'un « champ d'exercice exclusif », qui ont le monopole de tâches concrètes (par exemple, prescrire des médicaments)<sup>16</sup>. Malgré cette distinction entre deux catégories de professions, les professions qui ont un ordre se distinguent surtout des corps de métier qui n'en ont pas. Un élément qui distingue tout particulièrement les professions est leur droit à l'autogestion, c'est-à-dire à une

---

<sup>13</sup> Duclos, « Le système professionnel québécois... », p. 830.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 826.

<sup>15</sup> Office des professions du Québec, *Avis au gouvernement...*, p. 2-3.

<sup>16</sup> *Ibid.*

autoréglementation qui repose sur le jugement des pairs<sup>17</sup>. Par exemple, l'Ordre des dentistes, sa direction, son comité de discipline, etc., sont dominés par des dentistes eux-mêmes élus par leurs pairs. Le principe à la base du système professionnel, tant avant qu'après 1973, demeure que seuls les membres de la profession détiennent l'expertise nécessaire pour réglementer et évaluer les actes professionnels dans leur domaine, et que c'est pour cette raison qu'ils doivent pouvoir le faire de façon autonome.

Les changements apportés au début des années 1970 ne se limitent pas à la gestion interne des ordres professionnels. D'une part, la réforme de 1973 transforme et précise les critères à respecter pour qu'un groupe soit reconnu par l'État comme une profession, en recentrant ces critères autour d'une certaine idée de la « protection du public ». Cette redéfinition et ces précisions, on le verra, influenceront les stratégies des corps de métier qui n'ont pas d'ordre et qui souhaitent en obtenir un. D'autre part, la réforme crée l'Office des professions du Québec pour fournir aux groupes professionnels un interlocuteur bien identifié et surtout unique, dans l'espoir de voir le système professionnel québécois devenir un peu plus cohérent. L'Office a pour but principal la surveillance des ordres pour assurer leur fidélité à leur mission principale, c'est-à-dire la protection du public. Plus précisément, il veille à ce que les pouvoirs délégués aux ordres par le législateur soient utilisés pour la protection du public. L'Office n'a toutefois aucun pouvoir direct sur les professionnels eux-mêmes : il chapeaute les ordres, qui eux agissent sur leurs membres<sup>18</sup>. L'Office s'assure que les ordres adoptent un code de déontologie, suggère des modifications aux règlements adoptés par les ordres et agit en cas d'inaction des ordres. Fait important : l'Office est aussi désigné pour recevoir et évaluer les demandes de création de nouveaux ordres professionnels. Il devient donc un acteur important aux yeux des corps de métier qui désirent obtenir un ordre professionnel.

---

<sup>17</sup> Office des professions du Québec (OPQ), *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels. Vers un système professionnel plus souple et mieux adapté*, Québec, Gouvernement du Québec, 1996, p. 2.

<sup>18</sup> Duclos, « Le système professionnel québécois... », p. 817-818.

De 1974 à 1994, l'Office des professions peut agir directement auprès d'un ordre lorsqu'une situation problématique se présente. Après 1994, toutefois, il ne peut que faire des suggestions au gouvernement, qui a le loisir d'intervenir ou non par la suite<sup>19</sup>. L'Office, depuis ce moment, a pour rôle de vérifier et d'inspecter pour ensuite conseiller les ordres et le gouvernement. Ce changement survient dans le contexte d'une série de réformes du système professionnel durant les années 1990.

### **2.1.3 De 1990 à 1999 : un balbutiement d'idées pour l'actualisation du système**

Au fil de diverses études produites après 1990, l'Office émet l'avis que le système professionnel québécois, vingt après sa création, doit être actualisé. Les contextes des pratiques professionnelles ont alors changé depuis 1973. Les professions ont dû s'adapter à moult facteurs dont l'avancement des connaissances, l'innovation technologique, des changements sociaux et l'accroissement de la spécialisation<sup>20</sup>. La démocratisation de l'enseignement supérieur a aussi accru les effectifs de plusieurs professions autrefois mineures (comme les psychologues ou les ergothérapeutes) qui occupent plus d'espace et assument plus de fonctions<sup>21</sup>. De plus, la mobilité croissante dans le domaine des services professionnels et l'émergence de nouvelles conceptions du travail influent sur ce nouveau contexte. Le système professionnel doit, selon l'OPQ, redéfinir la façon de délimiter les champs de pratique et les niveaux de responsabilité, surtout dans le domaine de la santé qui subit plusieurs réformes structurelles.

Dans le secteur de la santé, en effet, les modifications au système professionnel doivent prendre en compte la « configuration du réseau de dispensation des soins de santé et des services sociaux au Québec<sup>22</sup> ». L'apparition de nouveaux types de soins, tels les soins à domicile, et l'accroissement du rôle des patients dans leurs propres processus de

---

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 819.

<sup>20</sup> Office des professions du Québec, *Approche à l'égard...*, p. 5-6.

<sup>21</sup> Julien Prud'homme, « Les 'professionnels', ces experts », p. 182.

<sup>22</sup> Office des professions du Québec, *Le système professionnel québécois de l'an 2000. L'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXIe siècle*, Québec, OPQ, 1997, p.16.

soins transforment la pratique des groupes médicaux et paramédicaux. La montée fulgurante des nouveautés technologiques justifie aussi l'actualisation du système professionnel.

À la fin des années 1990, l'Office des professions fait l'ébauche d'une réforme de la réglementation des professions de santé<sup>23</sup>. Cette réforme vise en premier lieu à faciliter la délégation d'actes médicaux, principalement envers les infirmières. Le comité d'étude Bernier, créé en 1999 et qui dépose son rapport en 2001, conseille la concession de nouveaux monopoles à certaines professions de santé<sup>24</sup>. Toutefois, il propose que cette actualisation repose sur l'attribution non plus de vastes « champs d'exercice exclusifs » mais plutôt d'« actes réservés », plus nichés et qui peuvent être partagés entre plusieurs professions. Cette proposition du rapport Bernier prendra toutefois quelques années à être appliquée et les années 1990 demeurent surtout des années de consultation autour d'idées encore embryonnaires.

## **2.2 LES DÉVELOPPEMENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE**

En plus d'être influencés par la réforme des professions, les projets professionnels des inhalothérapeutes et des paramédics prennent forme au sein d'un système de santé qui subit lui aussi des changements majeurs dans la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle. Entre 1920 et 1970, une pluralité de nouveaux groupes auxiliaires apparaît dans le système de santé québécois. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, le contrôle étatique sur le système de santé s'agrandit et l'État cherche à rationaliser la distribution des tâches en santé<sup>25</sup>. Ce projet politique entraîne des changements importants non seulement dans le

---

<sup>23</sup> Julien Prud'homme, *Professions à part entière*, p. 198 : Office des professions du Québec, *La mise à jour du système professionnel québécois*, Québec, OPQ, 1999, p. 15-16.

<sup>24</sup> Julien Prud'homme, *Professions à part entière*, p. 198.

<sup>25</sup> Gilles Dussault, « La régulation des professions sanitaires : l'expérience du Québec ». *Sociologie et sociétés*, vol. 20, no 2 (automne 1988), p. 125–139 : Gilles Dussault et Louise Potvin, *L'État et La division du travail sanitaire. La politique de délégation des actes médicaux, infirmiers et Dentaires au Québec*, Québec, Université Laval, 1983, 152 p.

système de santé, mais aussi dans les relations entre les divers groupes paramédicaux. Deux volets des réformes publiques affectent particulièrement les métiers étudiés ici : la tentative de rationaliser le travail dans le réseau public, qui affecte les inhalothérapeutes, et l'idée émergente d'un système préhospitalier d'urgence, qui concerne directement le statut des ambulanciers.

### 2.2.1 Rationalisation et délégation des tâches dans le système de santé québécois

La rationalisation du travail proposée par la commission vise au premier chef une diminution des coûts. Cette économie passe en partie par la délégation de tâches vers des travailleurs moins coûteux et par l'élimination du dédoublement des fonctions entre les divers corps de métier<sup>26</sup>. Cette volonté de rationalisation des tâches crée d'importantes tensions entre les divers métiers de la santé. À la fois pour profiter de l'expansion du réseau de santé et pour se prémunir contre la rationalisation, chaque corps de métier tend à désirer plus d'autonomie, un domaine d'exercice accru et un rapport de force plus avantageux avec les autres professions et avec les administrations publiques. En effet, la multiplication des corps de métier devient problématique pour les administrations publiques et chaque groupe doit prouver la nécessité de son existence pour ne pas être aboli ou annexé à un autre groupe mieux établi, comme les soins infirmiers<sup>27</sup>. Certains groupes, telles les puéricultrices<sup>28</sup>, ne survivent pas à ce nouvel environnement en pleine évolution. D'autres, comme les physiothérapeutes et les nutritionnistes, élaborent des stratégies professionnelles qui leur permettront de subsister et même d'améliorer leur statut professionnel<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> Julien Prud'homme, « 'Professional Techs': Machines, Technical Skills and Professional Aspirations in Hearing Prosthetics and Respiratory Care in Quebec, 1950-1990 ». *Scientia Canadensis*, vol. 33, no 1 (2010), p. 71-94.

<sup>28</sup> Julie Noël, *Histoire d'une profession disparue.: Les puéricultrices du Québec, 1925-1985*, Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 2015, 100 p.

<sup>29</sup> Nadia Fahmy-Eid et Lucie Piché, « Le savoir négocié. Les stratégies des associations de technologie médicale, de physiothérapie et de diététique pour l'accès à une meilleure formation professionnelle (1930-1970) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 43, no 4 (printemps 1990), p. 509-534.

La création des premiers cégeps entre 1967 et 1969 affecte beaucoup les stratégies des uns et des autres. D'un côté, des décideurs publics y voient une occasion d'ouvrir des programmes techniques pour remplacer certains professionnels à moindre coût, en ouvrant par exemple des diplômes de techniques collégiales en physiothérapie et en travail social. En 1970, la formation universitaire des technologistes médicaux est entièrement transférée au niveau collégial<sup>30</sup>. D'un autre côté, les cégeps offrent des opportunités à certains métiers techniques qui ne s'appuyaient pas jusque-là sur des programmes formels de formation : c'est le cas des audioprothésistes<sup>31</sup> et, comme on le verra, des groupes étudiés dans ce mémoire.

Cette volonté favorise aussi l'essor de soins à domicile et extrahospitaliers, tout particulièrement avec l'apparition, à partir de 1971, des centres locaux de services communautaires (CLSC) ou parfois à l'initiative de certains hôpitaux. Dès 1968, par exemple, le projet pilote du « Service régional de soins à domicile pour maladies pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont », un précurseur des soins à domiciles actuels, voit le jour<sup>32</sup>. Mis en place sur le territoire de Montréal, il a pour but de diminuer la durée d'hospitalisation des patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques. Tant dans les hôpitaux que dans les CLSC, toutefois, ces soins ne se développent longtemps qu'à la pièce. Même dans les CLSC, ce n'est qu'en 1983 que les services de soins à domicile obtiennent officiellement le statut de « service spécialisé »<sup>33</sup>, pour devenir dans les années suivantes une branche d'activités multidisciplinaires importante des CLSC, impliquant divers intervenants dont des inhalothérapeutes, des infirmières, des médecins, des préposés aux bénéficiaires, etc.

---

<sup>30</sup> Julien Prud'homme, *Professions à part entière*, p. 82-83, 119, 124.

<sup>31</sup> Julien Prud'homme, « 'Professional Techs' », p. 71-94.

<sup>32</sup> *L'inhalo*, vol 17, no 3 (août-septembre 2000), p. 8-10.

<sup>33</sup> *Ibid.*

Bref, la volonté de rationaliser les tâches de santé intensifie le caractère politique de la délégation ou de l'attribution des tâches au sein de l'hôpital, en plus de stimuler la création de nouveaux espaces de soin, à domicile ou en CLSC, pour soulager celui-ci. Ces évolutions découlent directement des réformes proposées par la commission Castonguay. La volonté politique de réforme ne s'étend que plus tardivement à la réforme du transport ambulancier.

### **2.2.2 Vers un « système » préhospitalier d'urgence, 1972-1992**

La réforme du réseau de santé au début des années 1970 introduit aussi les premières lois concernant le transport ambulancier. En 1972, l'adoption de la loi 30, ou *Loi de la protection de la santé publique*, est la première législation à traiter directement des services ambulanciers au Québec. Ce n'est toutefois qu'en 1976 que le gouvernement met en application les règlements prévus par la loi 30 pour encadrer ces services. Cette réglementation fixe les conditions pour l'obtention d'un permis de service d'ambulance et établit des normes minimales pour les véhicules, l'équipement de soin et les qualifications, sur lesquelles nous reviendront plus loin. Le développement du service ambulancier, jusqu'ici laissé à l'initiative d'entrepreneurs privés, devient une préoccupation sociale et politique. Les années 1980 voient la parution des premiers rapports gouvernementaux sur le sujet, soit les rapports Tremblay (1980 et 1987), Gagné (1987), Lambert-Farand (1987), Secor (1987) et, finalement, le rapport du Comité aviseur provincial sur le système de services préhospitaliers d'urgences, déposé à l'été 1990<sup>34</sup>.

En octobre 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) met sur pied le « Comité consultatif sur l'implantation d'un système intégré de soins préhospitaliers »<sup>35</sup>. Ce comité doit faire suite aux recommandations présentées dans le plan d'action du Comité aviseur provincial. Il doit identifier les problèmes du système

---

<sup>34</sup> Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Services préhospitaliers d'urgence au Québec. Chaque minute compte !*, Québec, 1992, p. 1 (chapitre 1).

<sup>35</sup> *Ibid.* (avant-propos).

préhospitalier existant, dresser un bilan des ressources et des besoins de chaque région, élaborer des plans régionaux précis et faire le suivi des plans d'implantation déjà approuvés. En 1992, le comité dépose un rapport (rapport Fréchette) portant spécifiquement sur les services préhospitaliers d'urgence. Le rapport Fréchette marque un tournant car il présente une première définition claire de la finalité du système préhospitalier : son objectif traditionnel, soit la réduction de la mortalité et de la morbidité, devra désormais s'appuyer sur deux nouveaux principes fondamentaux, soit l'universalité des services et la complémentarité avec le reste du réseau, déclinés eux-mêmes en quatre objectifs, soit l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité. Ces principes et objectifs affirment pour la première fois une volonté politique explicite d'arrimer les services ambulanciers au réseau public (quoique sans les étatiser pleinement), de leur imposer des objectifs visant le bien-être de la population (comme les professions) et d'en contrôler l'évolution.

Les années 1990 voient donc l'apparition du concept de « services préhospitaliers d'urgence » (SPU), envisagés comme un système en soi, dynamique et évolutif. Étant perçus comme un ensemble, les services préhospitaliers se doivent désormais d'être homogènes, dans leur régulation et dans leurs pratiques, à l'échelle du Québec. En fait, le rapport de 1992 explique surtout que ces objectifs ne correspondent pas encore à la réalité : le « système » n'est pas homogène et n'est pas bien intégré au réseau de santé<sup>36</sup>. D'ailleurs, le rapport lui-même entretient la distance entre les SPU et le réseau. Selon les définitions du rapport, le propre des SPU est justement d'être « extrahospitaliers » : le rapport les définit comme l'ensemble des éléments, des interventions et des interactions qui ont lieu depuis l'« événement » (l'accident, la crise cardiaque, etc.) et qui se terminent au moment où le patient arrive au centre hospitalier<sup>37</sup>. Par ailleurs, la définition des SPU se limite au transport ambulancier et n'inclut pas la participation du corps médical et d'autres intervenants qui ont pourtant une relation étroite avec les ambulanciers<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> *Ibid.*, p.1-3 (chapitre 1).

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 13

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 3

Selon ce modèle qui reste ainsi très classique, les ambulanciers prodiguent des soins de base. Le but des soins de base est de stabiliser le patient de façon non invasive et de prévenir une détérioration de l'état du patient pendant le transport vers l'hôpital. Si l'état du patient se détériore malgré les soins primaires administrés, l'ambulancier doit dispenser des soins complémentaires. Le rapport propose d'élargir la définition des soins de base en y ajoutant l'utilisation de la canule oro-pharyngée à double voie<sup>39</sup> et du défibrillateur automatique ou semi-automatique ; il envisage aussi l'ajout potentiel, dans le futur, du droit d'administrer certains médicaments. Ces nouveaux soins nécessitent un jugement supplémentaire de la part des ambulanciers-paramédics, qui requiert d'être encadré par une supervision médicale et des protocoles cliniques. Le rapport propose donc de recourir à des mécanismes légaux de délégation d'actes médicaux et à la rédaction de protocoles cliniques, afin d'éviter l'arbitraire et d'augmenter la qualité des interventions. Bref, parce que le rapport propose un élargissement des gestes ambulanciers, il propose aussi un mécanisme de régulation pour contrôler le geste ambulancier, dans un nouveau système qui vise à uniformiser le service ambulancier et l'intégrer aux pratiques et aux hiérarchies du réseau public.

Comme on le voit, la réforme du système de santé québécois et sa prise en charge de l'État au cours des années 1970 ont non seulement modifié la réalité des professions au sein du réseau hospitalier, par la rationalisation et la délégation des tâches ou par l'édification de nouvelles lois et institutions, mais elles ont aussi été un premier pas vers le développement des services préhospitaliers d'urgence contemporains.

---

<sup>39</sup> La canule est un outil d'ouverture des voies aériennes utilisé lors des techniques manuelles d'ouverture des voies respiratoires chez les victimes inconscientes. La canule oropharyngée a pour fonction de soulever la langue de l'arrière-gorge afin de faciliter le passage de l'air des patients chez qui le réflexe de déglutition est absent.

## **2.3 LES INHALOTHÉRAPEUTES, CES « PROFESSIONNELLES » DES MACHINES**

Dans cette section, nous présentons l'évolution de la profession d'inhalothérapeute avant les années 2000. Nous débutons par la naissance laborieuse de la profession entre 1950 et 1971. Puis, nous présentons les premiers encadrements légaux et corporatifs de celle-ci, qui sont mis en place entre 1968 et 1982. Nous développons ensuite le thème de la dualité entre la technicité et le professionnalisme dans cette profession, en présentant deux innovations techniques importantes qui ont favorisé l'avancement du statut professionnel des inhalothérapeutes : la ventilation PEP et la rééducation respiratoire. Nous terminons en décrivant le travail d'organisation associative des inhalothérapeutes qui a mené à leur entrée dans le système professionnel en 1984.

### **2.3.1 La naissance de la profession, de l'après-guerre aux cégeps (1950-1970)**

À la suite de la Seconde Guerre mondiale, le Québec vit, comme on l'a vu, une période d'expansion du réseau hospitalier et d'accélération de la spécialisation médicale. Des innovations techniques renouvellent le domaine de l'anesthésiologie et le traitement des troubles pulmonaires, principalement en ce qui a trait à la respiration artificielle. Les premiers ventilateurs mécaniques modernes, dont l'Engström 150, se répandent au début des années 1950<sup>40</sup>. Cela permet aux anesthésistes et à leurs assistants d'administrer plus facilement de l'oxygène aux patients, dans le cadre d'une pratique qualifiée d'oxygénothérapie.

D'autres avancées cliniques et sanitaires permettent aussi de réduire la mortalité due aux maladies infectieuses, telle la tuberculose, ce qui augmente le nombre d'individus

---

<sup>40</sup> *L'inhalo*, vol. 27, no 1 (avril 2010), p. 28.

qui survivent à ces maladies tout en ayant des troubles pulmonaires<sup>41</sup>. Au début des années 1950, alors que la capacité d'accueil des hôpitaux augmente elle aussi drastiquement, le nombre de patients requérant des soins cardiorespiratoires devient très important<sup>42</sup>. Le personnel médical ne suffit plus à répondre à cet achalandage de patients et à ce nouveau besoin en oxygénothérapie. À la fin des années 1950, lors d'une assemblée générale de la Canadian Anaesthetists Society (CAS), le docteur Louis Lamoureux, chef de l'unité d'anesthésie de l'Hôpital Notre-Dame, déplore le manque de personnel et l'absence d'une formation adéquate en oxygénothérapie<sup>43</sup>. Le personnel est alors constitué d'infirmières à qui on a délégué des tâches d'oxygénothérapie ou de préposés sans formation en santé sous la gouverne d'infirmières plus expérimentées. Ces préposés ont pour tâche l'administration de l'oxygène aux patients ainsi que la manipulation et l'entretien de l'équipement, principalement des cylindres d'oxygène<sup>44</sup>.

Après 1960, de nouvelles tâches sont attribuées à ce personnel de soutien pour épauler les anesthésistes et les pneumologues, telles l'administration de certains médicaments par voie respiratoire et la possibilité d'agir en tant qu'auxiliaires dans quelques laboratoires de physiologie respiratoire<sup>45</sup>. Cette utilisation d'un personnel dépourvu de certification spécifique dérange toutefois la CAS, qui désire solidifier le champ de pratique de ses membres et stabiliser la formation des préposés. Au Québec, c'est pour répondre à cette préoccupation que la première école de « thérapie par inhalation » voit le jour le 11 septembre 1965 à l'Institut Lavoisier de l'hôpital Saint-Joseph de Rosemont (Montréal), à l'initiative de médecins spécialisés en pneumologie<sup>46</sup>.

---

<sup>41</sup> Prud'homme, « 'Professional Techs' », p. 79.

<sup>42</sup> François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p. 68 ; Peter Twohig, « The Second "Great Transformation": Renegotiating Nursing Practice in Ontario, 1945–70 », *Canadian Historical Review*, vol. 99, no 2 (juin 2018), p. 174.

<sup>43</sup> Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, « Dossier spécial : Inhalothérapeute, L'experte des soins cardiorespiratoires », *FIQ*, vol. 8, no 1 (mars 2018), p.12.

<sup>44</sup> Prud'homme, « 'Professional Techs' », p. 79

<sup>45</sup> Julien Prud'homme, *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*. Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2007, p. 141.

<sup>46</sup> Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec (CTIQ), *Mémoire à la commission parlementaire spéciale des corporations parlementaires*, Québec, CTIQ, 1972. 12 p.

La création des cégeps permet ensuite la création d'un programme de « technique d'inhalothérapie », implanté entre 1969 et 1971 dans les cégeps de Rosemont, Chicoutimi, Sherbrooke, Vanier et Sainte-Foy<sup>47</sup>. La formation collégiale a pour objectif de fournir aux « inhalothérapeutes » des notions de bases pour comprendre, d'une part, la fonction respiratoire et, d'autre part, le fonctionnement et l'entretien des appareils d'oxygénation et de ventilation mécanique. Le programme d'études porte également sur les différentes pathologies pulmonaires afin d'assurer une meilleure compréhension des soins infirmiers. Il est complété par un entraînement pratique en clinique, qui se fait sur une période de quarante semaines par des stages dans différents services hospitaliers ou dans des milieux de chirurgie ou de soins à domicile.

Ces nouvelles formations, à l'Institut Lavoisier d'abord puis dans les cégeps ensuite, jettent les bases d'un nouveau corps d'inhalothérapeutes. Avant 1969, l'effectif étudiant est principalement constitué d'infirmiers masculins mais la création de programmes de cégeps semble modifier l'effectif. Le nombre d'inhalothérapeutes diplômés et la part de femmes dans le groupe croissent de manière accélérée : de 1964 à 1969, le nombre de diplômés en inhalothérapie atteint plus ou moins 73, dont huit femmes, alors que dans la seule année de 1970, 44 diplômés sont décernés dont 18 à des femmes<sup>48</sup>. Le profil du groupe des inhalothérapeutes continue de suivre cette tendance après 1970.

### **2.3.2 Naissance d'un projet professionnel : entre encadrement et autonomie (1968-1972)**

En 1964, les « techniciens en inhalation » créent, sous le patronage de la Société canadienne des anesthésistes, la Canadian Association of Inhalation Therapists (CAIT), qui regroupe aussi les préposés d'anesthésistes de Toronto, notamment. Le regroupement

---

<sup>47</sup> Prud'homme, *Pratiques cliniques*, p.188

<sup>48</sup> *Ibid.*, p.146

a pour but d'améliorer le statut des diplômés en définissant les conditions nécessaires au personnel en oxygénothérapie pour obtenir une certification. Même si la CAIT n'a pas l'autorité d'un ordre professionnel, ces conditions prévoient la réussite d'un examen d'entrée, supervisé par la Société des anesthésistes<sup>49</sup>.

Entre 1967 et 1969, les techniciens et techniciennes en inhalothérapie du Québec se détachent de la CAIT et créent la Corporation des techniciens professionnels de la province de Québec. Le regroupement est légalement constitué par lettres patentes le 21 octobre 1969, finalement sous le nom de Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec (CTIQ)<sup>50</sup>. Cette initiative des techniciens québécois a deux causes. D'une part, les membres francophones dénoncent, surtout à partir de 1968, la mauvaise adaptation en français de l'examen de certification<sup>51</sup>. D'autre part, les techniciens québécois assistent aux débats en cours sur le système professionnel de la province et son expansion projetée : le choix de se regrouper dans une association enregistrée au Québec et baptisée « Corporation » indique leur volonté de tenter leur chance pour présenter l'exercice de l'inhalothérapie comme une profession à part entière.

Les objectifs officiels de la CTIQ sont le maintien et l'amélioration des qualifications et des standards de pratique des inhalothérapeutes, une mission analogue à celle d'une corporation professionnelle. Elle se donne aussi pour but de promouvoir la recherche en lien avec la thérapie par inhalation, de favoriser une coopération plus étroite

---

<sup>49</sup> Selon Prud'homme, « la CAIT agit en fait surtout comme un mécanisme de certification à l'attention des employeurs médecins : ce sont des anesthésistes de la CAS qui supervisent la tenue de l'examen et qui émettent le certificat d'admission à l'association, selon un modèle calqué sur les techniciens de laboratoire ou de radiologie. D'ailleurs, si le siège de la CAIT est établi à Montréal, c'est en raison du rôle joué, non par des techniciens, mais par les anesthésistes du Royal Victoria Hospital dans la mise sur pied du processus de certification », *ibid.*, p.144.

<sup>50</sup> CTIQ, *Mémoire à la commission parlementaire spéciale des corporations parlementaires*, Québec, CTIQ, 1972, p. 1.

<sup>51</sup> Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-03-00/A, « Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire », lettre circulaire de E. Sourdif, 4 décembre 1968 ; lettre de D. Beaudin à E. Sourdif, 11 décembre 1968 ; lettre de G. Fortin à T. McCaughey, 14 janvier 1969 ; dossier 1200-07-00/A, « Procès-verbaux du comité académique », p.-v. du 2 avril 1968 et du 14 janvier 1969. Tiré de notes de dépouillement transmises par Julien Prud'homme.

avec les diverses spécialités médicales et d'organiser des événements (conférences, etc.) sur les soins du système cardio-respiratoire<sup>52</sup>. Enfin, la CTIQ se donne un code d'éthique<sup>53</sup>, qui fait écho aux responsabilités déontologiques des véritables ordres professionnels, et elle semble avoir contribué à la création, au début de 1972, d'un syndicat, l'Association professionnelle des inhalothérapeutes, qu'elle décrit comme « un syndicat homogène ne groupant que des inhalothérapeutes suivant la formule reconnue pour les professions en général<sup>54</sup> ».

Le 31 août 1972, la CTIQ se présente devant la « Commission parlementaire spéciale des corporations professionnelles étudiant le Code des professions », que nous avons évoquée plus tôt. Elle soumet aux députés une proposition de projet de loi ayant pour objet de la transformer en une corporation professionnelle avec un champ d'exercice exclusif. Elle fait état de normes et de protocoles spécifiques à la pratique des inhalothérapeutes et qui justifient selon elle un monopole légal sur des actes qui leur sont propres. Dans l'exercice de ces actes professionnels, avance la CTIQ, « les inhalothérapeutes exercent un jugement professionnel et assument une responsabilité dont dépend la vie du patient » et « leurs faits et gestes ne peuvent être valablement critiqués que par des gens qui possèdent une formation et une qualification de même nature<sup>55</sup> ». Les actes en question sont l'évaluation respiratoire, le choix de certaines modalités thérapeutiques, le suivi et l'enseignement au patient, la ventilation artificielle invasive et non invasive, l'assistance anesthésique, les épreuves diagnostiques, les soins critiques, ainsi que le contrôle de la qualité des équipements. De plus, selon la Corporation, les connaissances pour devenir inhalothérapeute sont plus spécialisées que celles des infirmières.

La CTIQ, dans son mémoire, veut communiquer sa propre vision du rôle de l'inhalothérapeute en santé, en insistant sur le contenu de ses tâches. Elle veut prouver que

---

<sup>52</sup> CTIQ, *Mémoire à la commission parlementaire...*, p.1

<sup>53</sup> Prud'homme, *Pratiques cliniques...*, p.151.

<sup>54</sup> CTIQ, *Mémoire à la commission parlementaire...*, p.5.

<sup>55</sup> *Ibid.*

son champ de compétence justifie l'obtention du statut de profession réglementée à exercice exclusif. En plus de l'opération d'appareils spécialisés pour le traitement des maladies respiratoires et le rétablissement de la perméabilité des voies respiratoires, la CTIQ tient à préciser que l'inhalothérapeute seconde les médecins par l'application de différentes techniques et effectue des épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire<sup>56</sup>. De plus, bien que la corporation ait dans son nom officiel l'intitulé « technicien inhalothérapeute », elle utilise dans son mémoire l'intitulé « inhalothérapeute » pour représenter ses membres. Imposer ce nom dans l'usage courant est une stratégie délibérée de la part de la CTIQ, dont le but est de s'éloigner de l'aspect technique qu'évoque l'appellation « technicien inhalothérapeute ».

La CTIQ se fait insistante car le statut professionnel de l'inhalothérapeute reste précaire. Aucune loi ni règlement n'attribue aux inhalothérapeutes d'activités propres. Tous les soins prodigués par un inhalothérapeute doivent découler d'une prescription individuelle faite par un médecin<sup>57</sup>. Ce recours obligé à la « prescription individuelle et particulière » entraîne un développement inégal de la pratique selon les différents établissements de santé, qui varie au gré des besoins, de la volonté et des préférences du corps médical en place. De plus, les soins infirmiers désirent s'approprier les tâches techniques de base de l'inhalothérapie, associées aux machines situées au chevet du patient, risquant ainsi de lui dérober une part importante de son champ de compétence<sup>58</sup>.

La demande des inhalothérapeutes n'est toutefois pas acceptée lors de l'adoption du Code des professions. Nous manquons d'information sur les motifs précis de cette décision du législateur, mais on sait que les lobbys médicaux pèsent lourd dans le processus en général et qu'ils tendent à vouloir préserver l'autorité discrétionnaire des médecins dans les hôpitaux<sup>59</sup>. Une chose semble certaine, c'est que le profil de tâches des

---

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> Andrée Lacoursière et Éline Paré, *L'évaluation : pierre angulaire du jugement clinique de l'inhalothérapie*, Montréal, OPIQ, 2015. p.7.

<sup>58</sup> Prud'homme, « 'Professional Techs' », p. 90.

<sup>59</sup> Julien Prud'homme, *Professions à part entière*, p. 79-80.

inhalothérapeutes en 1972 ne suffit pas à leur mériter le statut légal de professionnels à part entière.

### **2.3.3 Technicité et professionnalisme : la ventilation PEP et la rééducation respiratoire (1972-1984)**

Parmi d'autres facteurs, le fait de se définir principalement par l'utilisation de machines au chevet du patient affaiblit les revendications des inhalothérapeutes. C'est sous cet angle qu'on peut interpréter l'accueil que la CTIQ fait à de nouvelles techniques à caractère thérapeutique dans les années 1970.

Dans les années 1960, les techniciens en inhalation sont surtout considérés comme des spécialistes de la gestion (manipulation, entreposage, etc.) des équipements et des bonbonnes de gaz, ainsi que de l'administration de l'oxygène et des gaz anesthésiques<sup>60</sup>. La CTIQ, dans son mémoire, ne peut ainsi associer les tâches de l'inhalothérapeute et la protection du public qu'en utilisant des exemples de nature technique concernant le bon calibrage et la bonne utilisation des équipements<sup>61</sup>.

Toutes ces tâches sont centrées autour de la machine et d'une technicité qui peut facilement s'amalgamer aux tâches existantes des infirmières. D'autres tâches décrites par la CTIQ, telle l'administration de médicaments aérosols, sont aussi la cible des soins infirmiers. Le projet de professionnalisation des inhalothérapeutes, qui veut se rapprocher du modèle de professions mieux reconnues comme la physiothérapie<sup>62</sup>, impliquerait de déplacer leurs activités de la machine vers le patient. En effet, la prise en charge thérapeutique du patient démontrerait une capacité à réfléchir et à agir au-delà de la calibration ou de l'entretien des machines.

---

<sup>60</sup> Julien Prud'homme, « 'Professional Techs' », p. 80-81.

<sup>61</sup> CTIQ, *Mémoire à la commission parlementaire...*, p. 6

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 5

Or, à partir des années 1970, des avancées technologiques, comme de nouveaux ventilateurs, et l'élargissement des tâches en pneumologie et en anesthésiologie ouvrent la voie à de nouvelles techniques ayant des applications thérapeutiques. Pour les inhalothérapeutes, l'amalgame désiré entre la machine et la thérapeutique passe par la pression expiratoire positive (PEP), qui se répand au Québec entre 1976 et 1984<sup>63</sup>. La ventilation PEP, par son rôle curatif, permet de multiples tâches thérapeutiques qui reposent sur une maîtrise poussée de la machine.

Dans les années 1960, les médecins s'inquiétaient déjà des limites de la ventilation assistée et de son impact sur la réhabilitation des patients. La manœuvre principalement utilisée à l'époque était la « ventilation par pression négative ». Cette ventilation est produite par une machine entourant l'espace autour de la poitrine du patient et qui génère une pression barométrique inférieure à celle de l'environnement immédiat, ce qui incite les poumons à se dilater, à se vider et à aspirer passivement l'air. C'est le principe du « poumon d'acier », bien connu en histoire de la médecine<sup>64</sup>. Un problème de ce type de ventilation survient lors de la vidange passive de l'air au moment de l'expiration. Cette fin de respiration passive peut provoquer l'affaissement des alvéoles pulmonaires, de petits sacs d'air qui assurent l'échange gazeux dans les poumons, ce qui peut entraîner une inflation incomplète du poumon lors de la prochaine respiration et, donc, une oxygénation réduite<sup>65</sup>. Pour éviter de s'affaisser, les alvéoles doivent contenir en tout temps un certain volume de gaz, dit critique. Si ce seuil n'est pas respecté, le poumon devient moins réactif et il perd de sa capacité à modifier son volume en réponse à une variation de pression<sup>66</sup>. Lorsque les alvéoles sont affaissées, le sang veineux passe par les

---

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>64</sup> Christopher J. Ruddy, « The Middle-class Plague: Epidemic Polio and the Canadian State, 1936-37 », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 13, no 2 (1996), p. 277-314 ; Naveen Dhawan, « Philip Drinker versus John Haven Emerson: Battle of the iron lung machines, 1928-1940 », *Journal of Medical Biography*, vol. 28, no 3 (2020), p. 162-168.

<sup>65</sup> Roberto Santa Cruz *et al.*, « High versus low positive end-expiratory pressure (PEEP) levels for mechanically ventilated adult patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 3 (mars 2021), 59 p.

<sup>66</sup> *L'inhalo-scope*, vol. 3, no 3 (juin 1985), p. 14-15.

capillaires sans être oxygéné et la quantité d'oxygène transporté par le sang s'en trouve diminuée. Le transport d'un sang moins oxygéné vers les organes peut entraîner des conséquences néfastes sur ceux-ci.

Les techniques dominantes au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, comme la ventilation par pression négative et l'oxygénothérapie classique, avaient pour unique but de suppléer à une respiration inadéquate, sans objectif de guérir et de réhabiliter les patients à plus long terme. Devant les dommages causés, cependant, la visée de la ventilation mécanique en vient à inclure l'objectif de ne pas nuire au malade. À partir des années 1970, on assiste donc au développement d'une « stratégie ventilatoire protectrice », dans laquelle la ventilation mécanique n'est plus conçue comme une simple prothèse ventilatoire, mais comme une aide à la ventilation la plus normale possible<sup>67</sup>. La ventilation par pression expiratoire positive se présente comme la meilleure solution pour atteindre ce but.

La « pression expiratoire positive » désigne une pression réintroduite dans les poumons (pression alvéolaire) à la fin de chaque respiration, c'est-à-dire lors de l'expiration. Chez les patients sous ventilation mécanique, la PEP prévient la vidange passive du poumon et l'effondrement des sacs d'air en contrôlant le volume de gaz qui reste dans les poumons à la fin d'une expiration normale<sup>68</sup>. Elle permet donc d'obtenir le niveau de gaz critique requis pour empêcher les alvéoles de s'affaisser. Bref, la ventilation PEP est utilisée pour contrôler le niveau d'air lors de la ventilation assistée et ainsi préserver ou même améliorer le taux d'oxygénation des organes.

En contrôlant la circulation de l'air, la PEP transforme donc la ventilation en une intervention positive et thérapeutique pour assurer la santé du patient. Bien que la PEP fût déjà proposée depuis 1938 pour le traitement de l'œdème pulmonaire aigu et depuis 1952 pour les traumatisés du thorax, le premier ventilateur mécanique sur lequel il est possible

---

<sup>67</sup> *L'inhalo*, vol. 27, no 1 (avril 2010), p. 30-32.

<sup>68</sup> Santa Cruz *et al.*, « High versus low... », p. 2.

de régler une pression expiratoire positive, le Servo 900 A, apparaît en 1972<sup>69</sup>. Au fil des années, de nouveaux ventilateurs plus performants apparaissent sur le marché, ce qui permet d'affiner progressivement la manière de prodiguer une ventilation PEP.

Les inhalothérapeutes, en étant les principaux opérateurs de la ventilation PEP, y trouvent l'occasion de développer de nouveaux rôles thérapeutiques. Le patient, plutôt que la machine, devient plus clairement la cible principale de leur geste, même si la prescription médicale reste essentielle pour amorcer une action et préciser les paramètres de ventilation<sup>70</sup>. L'exigence d'une prescription médicale n'est toutefois plus autant un frein à l'avancée professionnelle des inhalothérapeutes. Dans les années 1980, les prescriptions deviennent moins prescriptives et ne comportent souvent que des directives minimales sur les paramètres de ventilation et peu d'indications sur les gestes thérapeutiques à accomplir concernant la ventilation artificielle<sup>71</sup>. Ceci fait des inhalothérapeutes, du moins selon leurs représentants, les professionnels les plus adéquats pour prodiguer des soins concernant la respiration assistée.

Une autre activité qui renforce le rôle thérapeutique de l'inhalothérapeute et qui l'éloigne du statut de simple préposé aux machines est la rééducation respiratoire. Elle serait introduite dans la province en 1968 lors de la mise en place d'un service de soins à domicile à l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal<sup>72</sup>. Les représentants de la CTIQ voient très vite la rééducation pulmonaire comme un potentiel point tournant pour le développement de l'autonomie de l'inhalothérapie. Dans son mémoire de 1972, elle affirme déjà qu'il faut « entrevoir une collaboration étroite entre physiothérapeutes et inhalothérapeutes pour la réhabilitation des insuffisants respiratoires<sup>73</sup> ».

---

<sup>69</sup> *L'inhalo*, vol. 27, no 1 (avril 2010), p. 30.

<sup>70</sup> Prud'homme, « 'Professional Techs' », p. 91.

<sup>71</sup> Prud'homme, *Pratiques cliniques...*, p. 333

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 334.

<sup>73</sup> CTIQ, *Mémoire à la commission parlementaire...*, p. 7.

L'intérêt de la CTIQ s'explique par deux raisons. D'une part, en utilisant des tests et des machines classiques de manière novatrice, comme par exemple la gazométrie artérielle et la spirométrie pour réaliser des exercices d'expiration forcée ou de respiration abdominale, un petit nombre d'inhalothérapeutes apprend à évaluer de manière autonome l'état du système cardiovasculaire d'un patient, afin de planifier un programme de réadaptation permettant au patient de retrouver une respiration moins dépendante des machines.

D'autre part, la rééducation respiratoire confère à l'inhalothérapeute un rôle-conseil directement auprès du patient. Bien qu'elles restent sous supervision médicale, les inhalothérapeutes jouent alors un rôle thérapeutique équivalent à celui d'une physiothérapeute<sup>74</sup>. Dans un programme de rééducation respiratoire, l'inhalothérapeute s'octroie des rôles de professeur, d'entraîneur et même de support moral pour ses patients<sup>75</sup>. Le jugement clinique de l'inhalothérapeute devient alors primordial : elle doit être apte à entraîner le patient à l'effort et à identifier et corriger les anomalies cardiorespiratoires pouvant se produire lors de l'entraînement. Elle doit contrôler la fréquence cardiaque du malade et savoir interrompre l'activité au besoin. Elle doit aussi enseigner à son patient des savoirs liés à la pathologie, à la pharmacologie et à la physiologie<sup>76</sup>. Ses capacités à vulgariser deviennent importantes. Il s'agit donc d'un ensemble de traitements conduisant à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Au milieu des années 1980, des inhalothérapeutes font la promotion de la rééducation respiratoire dans la revue *L'inhalo-scope*, publiée par la CTIQ à partir de 1980. Elles affirment que lorsqu'un programme de rééducation respiratoire est mis en place, la santé respiratoire et générale du patient s'améliore et celui-ci devient plus actif et autonome<sup>77</sup>. L'état psychologique du malade et de son entourage bénéficie aussi de ce type de programme. Le transfert des connaissances concernant la pathologie affligeant le

---

<sup>74</sup> Prud'homme, *Pratiques cliniques...*, p. 334.

<sup>75</sup> *L'inhalo-scope*, vol. 3, no 4 (octobre 1985), p. 12.

<sup>76</sup> *Ibid.*

<sup>77</sup> *L'inhalo-scope*, vol 2, no 1 (octobre 1984), p. 6-7.

patient et sa participation active à ses propres traitements permettraient une diminution des séjours à l'hôpital et des rendez-vous médicaux<sup>78</sup>. Bref, l'inhalothérapeute joue alors un rôle thérapeutique direct, analogue à celui d'autres professions davantage reconnues. Bien que la rééducation respiratoire reste peu développée au Québec avant les années 2000, elle demeure perçue par la Corporation comme un tremplin important pour l'autonomie de la profession inhalothérapeute.

Tout comme la ventilation PEP, la rééducation respiratoire mélange diverses techniques classiques et nouvelles de l'inhalothérapie tout en recentrant son geste sur le malade. La machine, dans ces deux modalités de soins, devient un simple outil dont l'usage n'est qu'une composante, parmi d'autres, pour l'atteinte d'un nouveau but : la prise en charge du patient.

#### **2.3.4 L'organisation associative et le point tournant de 1984 : l'entrée dans le système professionnel**

L'échec de 1972 ne décourage pas la CTIQ. En juillet 1974, la Corporation rapplique : elle interpelle le ministre responsable de l'application des lois professionnelles et demande le dépôt à l'Assemblée nationale d'un projet de loi sur les inhalothérapeutes. Puis, le 2 octobre 1974, la CTIQ soumet à l'Office des professions une demande de constitution en corporation professionnelle d'exercice exclusif en vertu du Code des professions<sup>79</sup>. À la suite de l'étude de cette demande, toutefois, l'OPQ déclare que l'examen du dossier ne permet pas de supporter une constitution en corporation autonome au sens du Code des professions. En 1979, l'Office conseille plutôt le regroupement des techniciens inhalothérapeutes avec une autre corporation déjà existante du secteur des techniques de la santé.

---

<sup>78</sup> *Ibid.*

<sup>79</sup> Corporation des inhalothérapeutes du Québec, *Bulletin* (septembre 1982), n.p.

Durant l'année 1981, l'Office précise sa position et propose le regroupement des techniciens inhalothérapeutes avec la Corporation professionnelle des technologistes médicaux (CPTM). Le 15 septembre 1981, les deux organisations soumettent un projet conjoint visant à instituer une corporation professionnelle qui regrouperait en deux « cellules » distinctes les technologistes médicaux et les techniciens inhalothérapeutes et qui ferait, détail important, « de la technologie médicale et de l'inhalothérapie des professions d'exercice exclusif<sup>80</sup> ». Cette proposition est toutefois jugée inadmissible par l'OPQ, qui ne veut pas octroyer un privilège de champ exclusif à des techniciens d'hôpital qui travaillent sous l'autorité directe des médecins. D'autres projets et compromis sont proposés par toutes les parties, mais aucun n'aboutit.

Dans les années 1970, l'Office se refuse de façon générale à définir des champs d'exercice pour des métiers de santé plus techniques, perçus comme des auxiliaires directs des médecins, car le Code des professions de 1973 prévoit l'adoption d'un futur règlement de « délégation des actes médicaux »<sup>81</sup>. Ce règlement tarde toutefois à venir en raison de négociations complexes entre le Collège des médecins et d'autres corporations, qui s'étendent de 1974 à 1980. Le 11 juin 1980, les négociations se terminent avec l'adoption, par décret ministériel, d'une série de règlements dont le *Règlement concernant les actes qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*<sup>82</sup>.

Dans le cadre de ce nouveau règlement adopté par le gouvernement, le Collège des médecins adopte à son tour en 1982 son propre *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posées par des classes de personnes autres que des médecins*<sup>83</sup>. Par ce règlement, le Collège délègue certains actes médicaux à des groupes dont les membres possèdent une formation jugée adéquate pour les effectuer. Les inhalothérapeutes constituent l'un des groupes concernés : vingt-cinq actes médicaux

---

<sup>80</sup> *Ibid.*

<sup>81</sup> Gilles Dussault, « La régulation des professions sanitaires : l'expérience du Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, no 2 (automne 1988), p. 219

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> Lacoursière et Paré, *L'évaluation...*, p. 7.

peuvent désormais être posés par les personnes inscrites au tableau de la Corporation des techniciens inhalothérapeutes du Québec. Elles peuvent, par exemple, installer et surveiller les appareils d'oxygénothérapie, appliquer des techniques d'aérosolthérapie, mener des « épreuves diagnostiques » (gazométrie sanguine, capacité pulmonaire, etc.), etc. Elles peuvent aussi, sous supervision médicale plus étroite, réaliser certains gestes durant l'induction et l'émergence de l'anesthésie (installation d'une sonde, ventilation par masque ou maintien des voies aériennes, etc.)<sup>84</sup>.

Cela n'est toutefois pas suffisant pour la CTIQ. D'une part, les actes concernés ne peuvent être posés que moyennant différents niveaux de surveillance médicale et avec des restrictions quant aux lieux où certains actes peuvent être posés<sup>85</sup>. D'autre part, la majorité de ces actes, dont la ventilation par masque et l'ajustement du respirateur à pression positive, restent aussi à la portée des infirmières et des infirmières auxiliaires. Le règlement de 1982 n'a donc pas pour but d'élever ou d'étendre le statut professionnel des groupes paramédicaux, mais d'officialiser les encadrements existants. De plus, la liste des actes prévus reflète la nature purement technique de la pratique traditionnelle des inhalothérapeutes. Elle n'inclut rien, par exemple, sur la rééducation respiratoire.

Par contre, l'adoption des règlements de 1980 et 1982 simplifie les choses pour l'Office des professions, qui n'a plus à craindre de court-circuiter les négociations autour de la délégation d'actes médicaux. Comme le projet de regroupement avec une corporation existante a échoué, l'Office finit par réévaluer son avis de 1979 et recommande la constitution d'une corporation professionnelle à « titre réservé » regroupant exclusivement les inhalothérapeutes. Les discussions s'amorcent dès février 1982 et, à la demande de l'Office, le ministre Camille Laurin accepte au printemps 1983 de mandater l'Office des professions pour adopter « toutes mesures nécessaires<sup>86</sup> » pour que la CPIQ soit constituée. Les démarches sont retardées par des objections des

---

<sup>84</sup> Corporation des inhalothérapeutes du Québec, *Bulletin* (juin 1980), n.p.

<sup>85</sup> *Ibid.*

<sup>86</sup> Corporation des inhalothérapeutes du Québec, *Bulletin* (mai 1983), n.p.

corporations des médecins, des infirmières et des physiothérapeutes (ces dernières craignent une réserve exclusive de la rééducation respiratoire) mais, en 1984, le gouvernement du Québec adopte le décret qui permet aux inhalothérapeutes d'intégrer le système professionnel. La CTIQ se dissout pour faire place à la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec (CPIQ) qui obtient ses lettres patentes le 28 novembre 1984<sup>87</sup>. Le changement de nom de la corporation est une stratégie délibérée de la CTIQ pour normaliser et protéger l'intitulé « inhalothérapeute », jugé le seul adéquat pour représenter la profession. En 1995, la CPIQ devient l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ).

Cette intégration officielle au système professionnel en 1984 ouvre la voie à un réel rehaussement du statut professionnel des inhalothérapeutes. En plus d'avoir des tâches qui leur sont propres, elles jouissent d'un statut légal que le règlement de 1982 ne leur attribuait pas. Selon les nouvelles lettres patentes, l'inhalothérapie consiste à « promouvoir la santé respiratoire, poser un acte relié aux techniques de l'anesthésie, de l'élaboration d'un diagnostic, du traitement, de la réadaptation de la fonction respiratoire et de la réanimation, de même qu'à l'administration de médicaments et de gaz médicaux, selon une ordonnance, et l'observation des réactions du patient pendant le traitement<sup>88</sup> ». Cette définition large est une avancée importante pour les inhalothérapeutes qui, en plus d'avoir prouvé la nécessité de leur existence comme profession, ont acquis un statut de professionnel et mis en valeur les aspects thérapeutiques et diagnostiques de leur pratique.

## **2.4 LES AMBULANCIERS, CES « TRANSPORTEURS » TECHNIQUES**

Alors que les inhalothérapeutes s'organisent pour développer leur statut professionnel dans les années 1970, l'État québécois entame une première organisation

---

<sup>87</sup> *L'inhalo-scope*, vol. 3, no 1 (janvier 1985), p. 6 ; Gouvernement du Québec, *Lettres patentes concernant la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec*, 28 novembre 1984, Québec, Gouvernement du Québec, p. 1.

<sup>88</sup> Québec, *Lettres patentes...*, p. 2

des services ambulanciers. La professionnalisation des ambulanciers sera non seulement plus tardive que celle des inhalothérapeutes, mais elle est aussi enclenchée et développée pour des raisons différentes, la survie du corps de métier « ambulancier » n'étant pas mis en danger par le contexte professionnel et par la réforme en santé des années 1970, comme c'était le cas des inhalothérapeutes.

Dans cette section, nous présentons l'évolution avant 2000 du métier qualifié d'ambulancier, puis de technicien ambulancier. Nous débutons par l'émergence des ambulanciers comme corps de métier au Québec avant 1990, puis nous analysons l'impact sur ceux-ci de la réforme des services préhospitaliers d'urgence, évoquée plus tôt, de 1990 à 1999. Nous montrons ensuite l'importance de la syndicalisation des ambulanciers, à partir de 1983, sur la précision de leur projet professionnel, un mécanisme bien différent du chemin suivi par les inhalothérapeutes. Nous terminons avec l'analyse de la première demande en faveur de la constitution d'un ordre professionnel des paramédics, soumise à l'Office des professions du Québec en 1994.

#### **2.4.1 Les services préhospitaliers québécois avant 1990**

Du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, le transport des blessés et des malades est un service privé, peu structuré, offert par certains services de police, par de petits entrepreneurs et par des maisons funéraires. Le service offert se limite au transport et peu de soins sont prodigués au cours du trajet.

Les premières ambulances précèdent les automobiles. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, pour répondre à une multiplication des blessures et des demandes de soins d'urgence liée à l'industrialisation et à l'urbanisation, certains hôpitaux du Québec établissent leurs premiers services ambulanciers, dont l'Hôpital Général de Montréal en 1883, l'Hôpital

Notre-Dame de Montréal en 1884 et l'Hôpital Royal Victoria en 1894<sup>89</sup>. Dans les petites villes, il faut plus de temps : à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, les médecins doivent exercer des pressions pour obtenir le premier service ambulancier de la ville en 1907<sup>90</sup>. Ces ambulances sont constituées d'une calèche (ou voiture) tirée par des chevaux. Elles se destinent aux blessés présentant un certain niveau de gravité. Il s'agit souvent d'un entrepreneur privé qui combine le service d'ambulance avec des services funéraires.

Les premières ambulances motorisées apparaissent au Québec entre 1909 et 1912 et, durant la décennie qui suit, remplacent graduellement les ambulances tirées par de chevaux<sup>91</sup>. Cette innovation est encouragée par les assureurs privés qui, à partir de l'adoption de la *Loi des Accidents du travail* en 1909, peuvent conclure des contrats d'assurance-hospitalisation collective avec les usines et négocient avec les hôpitaux le transport efficace des blessés : selon François Guérard, le petit Hôpital Bourgeois, à Trois-Rivières, jouit à ce moment d'un fort avantage concurrentiel car « il possédait la seule ambulance automobile de la ville, ce qui lui permettait de véhiculer plus rapidement les accidentés [qui] pouvaient ainsi être soignés plus efficacement de sorte que les frais assumés par les compagnies étaient vraisemblablement moins élevés<sup>92</sup> ».

Le marché évolue et, dans les années 1950, le service ambulancier est majoritairement assuré par des entreprises de services funèbres<sup>93</sup>. Ces entreprises ne réussissent toutefois pas à répondre à la demande et de nombreux citoyens ne peuvent être secourus à temps lors d'incidents graves. À Montréal, les services policiers de la ville prennent le relais : le maire Sarto Fournier inaugure le service ambulancier de la Police de Montréal en 1959, alors que les milieux semi-urbains et ruraux continuent d'utiliser les

---

<sup>89</sup> Denis Goulet et Robert Gagnon, *Histoire de la médecine au Québec 1800-2000. De l'art de soigner à la science de guérir*. Québec, Septentrion, 2014, p. 96.

<sup>90</sup> François Guérard, « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 48, no 3 (hiver 1995), p. 380.

<sup>91</sup> Goulet et Gagnon, *Histoire de la médecine...*, p. 97

<sup>92</sup> Guérard, « Les principaux intervenants... », p. 382.

<sup>93</sup> Urgences-santé, *25 ans d'histoire et de passion*. Montréal, Urgences-santé, 2014, p.5 ; Goulet et Gagnon, *Histoire de la médecine...*, p. 98.

services funéraires<sup>94</sup>. Durant les années 1960, un petit nombre d'autres villes, telle Sainte-Foy, créent à leur tour leur propre service ambulancier régi par la police. Au début des années 1970, de nouvelles entreprises privées plus spécialisées prodiguent ce type de service. Dans ces entreprises, la tâche des ambulanciers inclut tout au plus des services de premiers soins, pour lesquels il suffit d'une formation d'une quinzaine d'heures avec l'organisme Ambulance Saint-Jean<sup>95</sup>.

Au moment de la commission Castonguay, aucune réglementation n'encadre la qualité de ces services. Ce n'est qu'avec l'adoption, en 1972, de la Loi 27 sur la protection de la santé publique que le gouvernement implante une première législation traitant des services ambulanciers au Québec, comme on l'a vu<sup>96</sup>. Le gouvernement met en œuvre les volets de la Loi 27 concernant l'organisation des services ambulanciers en 1974 et, en 1976, met en vigueur la première réglementation portant sur les conditions d'obtention d'un permis de service d'ambulance, sur les normes des équipements et des véhicules de transport et sur les qualifications des conducteurs et des préposés. L'implantation de cette réglementation permet l'adoption du règlement 76-17, qui exige un cours de 40 heures pour le « conducteur » et d'approximativement de 125 heures pour le « préposé »<sup>97</sup>. Dans les années qui suivent, plusieurs cégeps dispensent cette formation, qui n'est ni une AEC, ni un DEC. Le conducteur reçoit les appels, conduit le véhicule en fonction des conditions de la route et de celles du patient, et assiste le préposé lorsque du soutien est nécessaire. Le préposé constate et stabilise l'état du patient par une prestation de soins d'urgence et de réanimation. De plus, il communique avec les centres hospitaliers, renseigne le

---

<sup>94</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 5.

<sup>95</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>96</sup> Corporation pour la reconnaissance professionnelle des techniciennes ambulancières et techniciens ambulanciers du Québec (CRPTAQ), *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle des techniciennes ambulancières et des techniciens ambulanciers au Québec*, Québec, CRPTAQ, 1994, p.7.

<sup>97</sup> Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (CNRSPU), *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place : rapport*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. 47 ; Gouvernement du Québec, *Histoire du système préhospitalier d'urgence* [En ligne], <https://www.prehospitalierquebec.ca/prehospitalier/lhistoire-des-spu/> (Page consultée le 28 mai 2023).

conducteur sur la condition du patient et nettoie et aseptise le véhicule et l'équipement à la suite de chaque transport<sup>98</sup>.

En 1972, l'État édifie dans chaque région socio-sanitaire des Conseils régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS), avec lesquels les entreprises privées doivent désormais négocier pour prodiguer des services ambulanciers. Enfin, le premier service d'urgence à numéro unique (9-1-1) fait son apparition à Laval en 1977 puis dans différentes villes au Québec au cours des années 1980<sup>99</sup>, ce qui contribue également, en plus des CRSSS, à intégrer les services ambulanciers dans un système plus cohérent.

Après 1980, l'État aspire à organiser encore d'avantage les services préhospitaliers, multipliant les rapports et constatant des problèmes structureux et organisationnels. Par exemple, le fait que les services soient exclusivement dispensés par des entreprises privées pose un problème en ce qui concerne l'homogénéité et la tarification des services. Vingt-et-une entreprises privées sont mandataires de permis de services d'ambulance en 1981. La même année, à la suite de la parution du rapport Champoux-Dorval, l'État sollicite le Conseil de la santé et des services sociaux de la région Montréal métropolitain (CSSSRMM) pour trouver des solutions concernant les « problèmes inhérents de développement de services privés, de visites médicales à domicile, et, de manque de coordination des transports ambulanciers<sup>100</sup> ». Le CSSSRMM propose de créer une centrale de coordination et de répartition des cas et le gouvernement implante, le 22 décembre 1981 à Montréal, le « Centre de coordination des urgences santé », qui a pour mandat d'« être un centre de coordination de 'réponse' aux situations d'urgence préhospitalières, de coordination de l'ensemble de l'activité ambulancière et de concertation des intervenants pour la promotion du bon fonctionnement des services

---

<sup>98</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 9.

<sup>99</sup> MSSS, *Services préhospitaliers d'urgence au Québec. Chaque minute compte !*, Québec, Gouvernement du Québec, 1992, p.4, 9.

<sup>100</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 8.

d'urgence et l'application des politiques d'admission dans les centres hospitaliers de courte durée opérant un service d'urgence<sup>101</sup> ».

L'introduction en 1988 du concept de « services préhospitaliers d'urgence » (SPU) a des conséquences directes sur le rôle et l'encadrement des préposés d'ambulance. La même année, le ministère de la Santé et des Services sociaux crée à Montréal la Corporation d'Urgences-Santé, le premier organisme à but non lucratif dispensant des services ambulanciers au Québec, à partir du Centre de coordination des urgences santé établi en 1981<sup>102</sup>. Contrairement à celui-ci, Urgences-santé est une corporation autonome, à l'instar des autres entreprises ambulancières privées. En mars 1989, la Corporation obtient un titre officiel et devient une entité administrative distincte. Le ministère confie à Urgences-Santé la responsabilité de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les SPU sur les territoires de Montréal et Laval. Suivant le mouvement d'Urgences-santé, plusieurs coopératives de travailleurs en services ambulanciers s'édifient au travers de la province dans les années 1980<sup>103</sup>.

Toutes les entités qui dispensent des soins préhospitaliers, que ce soit Urgences-santé ou une entreprise privée, sont sous l'autorité des Régies régionales (qui remplacent les CRSSS en 1990), qui leur délèguent par contrat le droit de dispenser ce genre de services. Bien que l'État subventionne le service ambulancier, il donne le pouvoir aux régies de contracter avec les entreprises ambulancières. Elles signent des contrats avec chaque entreprise, qui doit assurer en retour la qualité des soins dispensés par ses employés<sup>104</sup>.

---

<sup>101</sup> *Ibid.*

<sup>102</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>103</sup> CNRSPU, *Urgences préhospitalières*, p. 2.

<sup>104</sup> *Ibid.*, p. 47.

### 2.4.2 La syndicalisation des ambulanciers : un vecteur de professionnalisation (1983-1987)

Le développement des services ambulanciers ne se fait pas sans heurts. Les relations entre les ambulanciers et leurs employeurs, des entreprises privées, sont plus que houleuses. La syndicalisation des ambulanciers voit le jour dans ce contexte tumultueux. En 1983, les employés au service des entreprises ambulancières créent le Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec (RETAQ), affilié à la CSN<sup>105</sup>. En 1984, le RETAQ débute les négociations avec les employeurs dans le but d'obtenir les premières conventions collectives. Les syndiqués du RETAQ revendiquent de meilleures conditions de travail, c'est-à-dire une augmentation de la rémunération, alors très basse, ainsi que des avantages sociaux, absents à l'époque<sup>106</sup>. C'est aussi dans le mouvement de syndicalisation que l'on trouve la première occurrence d'une stratégie de professionnalisation de la part des ambulanciers. En plus des intérêts économiques de leurs membres, les leaders syndicaux ambulanciers militent auprès de l'État employeur pour l'amélioration qualitative et quantitative de leur formation de base, ainsi que la possibilité d'un diplôme d'études collégiales de trois ans<sup>107</sup>. Ils demandent aussi un changement d'intitulé d'emploi pour passer d'ambulanciers à « techniciens ambulanciers ».

Les négociations ne portent toutefois pas fruit. Du printemps 1984 à l'été 1985, le milieu des services ambulanciers est en proie à une crise syndicale majeure, découlant de conflits sur une pléthore de sujets entre les syndiqués du RETAQ et les employeurs, qui vont du statut professionnel aux salaires et à l'organisation du travail. Par leurs moyens de pressions, les syndiqués poussent l'État à intervenir et à agir. En 1985, le gouvernement charge Pierre Marois, ministre de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, de présider

---

<sup>105</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 8.

<sup>106</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 11.

<sup>107</sup> *Ibid.* ; *Journal pour l'avancement des soins médicaux d'urgence*, vol. 1, no 3 (décembre 1986), p. 20-21. La revue *JASMU* (Journal pour l'avancement des soins médicaux d'urgence) était produite par divers professionnels des services d'urgence, comme des ambulanciers et des médecins.

un comité chargé de résoudre ces conflits<sup>108</sup>. Le Rapport d'arbitrage Marois propose un champ de compétences mieux défini et une augmentation des heures de formation (de 150 heures à 336 heures), bien qu'il rejette le projet de DEC. Il recommande aussi la création de centrales régionales de répartition des appels et la création de treize échelons salariaux, qui positionnerait les ambulanciers entre les infirmières-auxiliaires et les infirmières<sup>109</sup>. Dans les années suivantes, l'État met en place les recommandations du rapport, ce qui améliore les conditions de travail des ambulanciers. Les revendications syndicales et le rapport Marois permettent aussi un premier pas vers la professionnalisation du geste ambulancier en insistant sur les normes de service et sur la formation. Selon les techniciens ambulanciers, ces négociations sont une source importante des changements survenus dans le système ambulancier des années 1980<sup>110</sup>.

De plus, c'est dans ce contexte que le syndicat revendique et obtient le titre de « technicien-ambulancier »<sup>111</sup>. Ce n'est pas la première fois que l'intitulé du métier et son sens pour un projet de professionnalisation font l'objet de discussions. Lors de la création d'une formation d'ambulancier au collège Dawson par le Dr Peter Cohen en 1974, un contingent de plus ou moins quatre-vingts finissants s'étaient déclarés « *paramedics* »<sup>112</sup>. À l'époque, l'intitulé *paramedic* n'est pas adopté par le reste des services ambulanciers et il disparaît lorsque le programme du Dr Cohen ferme en 1982. L'idée de s'éloigner du titre traditionnel d'ambulancier ne disparaît toutefois pas complètement, le Dr Cohen ayant mis sur pied l'Association québécoise des techniciens médicaux d'urgence (AQTMU) dont les membres adoptent l'intitulé « technicien médical d'urgence »<sup>113</sup>. Le but de ces changements est de s'éloigner de l'image de simple chauffeur d'ambulance pour s'approcher d'un rôle de soignant.

---

<sup>108</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 9 : JAMSU, vol. 2, no 5 (décembre 1987), p. 10.

<sup>109</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 11.

<sup>110</sup> *Journal pour l'avancement des soins médicaux d'urgence*, vol. 2, no 5 (décembre 1987), p. 13-15.

<sup>111</sup> Association professionnelle des paramédics du Québec (APPQ), *Le besoin de soins préhospitaliers d'urgence de qualité dispensés par les paramédics. Aux premières lignes des services médicaux d'urgence au Québec*, Sainte-Thérèse, APPQ, 2002, p. 11.

<sup>112</sup> *Ibid.*

<sup>113</sup> La date de constitution de l'AQTMU n'est pas mentionnée dans les documents consultés et nous n'avons pu la trouver dans des documents connexes.

Bien que les syndicats rejettent délibérément le terme « technicien médical d'urgence » (pour des raisons que nous ne connaissons pas), ils sont eux aussi conscients qu'un changement de vocabulaire est une étape nécessaire pour l'avancement de la profession<sup>114</sup>. Tout comme le contingent du collège Dawson, les syndiqués désirent abolir l'image du chauffeur d'ambulance pour mettre en avant leurs compétences techniques. Selon les ambulanciers, leur métier, autrefois centré sur le transport ambulancier, s'est transformé en une fonction requérant les capacités techniques de prodiguer des soins préhospitaliers d'urgence. À la suite des négociations, le titre de « technicien-ambulancier » apparaît pour la première fois dans un décret du MSSS de 1987 et devient ensuite l'intitulé officiel de la profession jusqu'à l'aube du millénaire<sup>115</sup>.

L'utilisation du terme « technicien » a pour but de promouvoir des capacités qui dissocient ces travailleurs de l'image de simples conducteurs<sup>116</sup>. Le « technicien ambulancier » ne fait pas que transporter le patient : il analyse la situation d'urgence et fait un triage dans les cas où il y a plusieurs victimes ; il évacue, immobilise et stabilise le patient pour ensuite prodiguer les soins d'urgence et de réanimation nécessaires. Il peut aussi intuber, ventiler et administrer de l'adrénaline<sup>117</sup>. Les compétences dites techniques, qui semblent, au même moment, trop peu professionnalisantes aux yeux des inhalothérapeutes, sont au contraire un premier pas dans le projet professionnel des techniciens ambulanciers.

### **2.4.3 Une première demande de constitution d'ordre professionnel en 1994**

Bien que la syndicalisation ait amélioré le statut des techniciens ambulanciers, le contrôle de la qualité de leurs gestes et de leur intégrité reste une question ouverte. Dans

---

<sup>114</sup> JAMSU, vol. 2, no 5 (décembre 1987), p. 14.

<sup>115</sup> *Ibid.*

<sup>116</sup> APPQ, *Le besoin de soins préhospitaliers...*, p. 11.

<sup>117</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 27.

les années 1990, un certain nombre de techniciens ambulanciers dénoncent la déresponsabilisation des décideurs publics (le MSSS et les régies régionales) et des employeurs privés en ce qui concerne le contrôle de l'action ambulancière. Ces militants expriment la volonté de prendre en charge eux-mêmes la régulation des compétences et de l'éthique nécessaires à la prestation des tâches préhospitalières d'urgence<sup>118</sup>. En 1994, ils fondent la Corporation pour la reconnaissance professionnelle des techniciennes ambulancières et des techniciens ambulanciers du Québec (CRPTAQ).

La CRPTAQ reçoit ses lettres patentes le 23 août 1994. Elle se donne les objectifs suivants : « Regrouper en une corporation les personnes dont le métier est technicien ambulancier au Québec ; Défendre et promouvoir les intérêts des techniciens ambulanciers au Québec ; Effectuer une démarche pour la reconnaissance professionnelle [...] ; Établir des règles éthiques concernant l'intervention des techniciens ambulanciers au Québec<sup>119</sup> ». La même année, elle dépose une première demande de constitution d'un ordre professionnel à l'Office des professions du Québec. Cette demande est toutefois rejetée.

Dans son mémoire, la CRPTAQ choisit de fonder son argumentaire sur la protection du public. La Corporation cherche ainsi à se mouler au langage du système professionnel québécois, qui définit légalement un ordre professionnel comme une instance chargée d'assurer la protection du public. La Corporation insiste aussi sur la relation étroite qu'entretiennent le technicien-ambulancier et son patient, et qui justifie un encadrement serré. En l'absence d'ordre professionnel, par exemple, les informations et les objets personnels auxquels le technicien-ambulancier a accès ne sont pas soumis au secret professionnel. De plus, la nature des soins prodigués fait en sorte qu'une intervention mal exécutée peut causer un préjudice grave, jusqu'à causer le décès du patient ou de la patiente.

---

<sup>118</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>119</sup> *Ibid.*, p. 3.

La stratégie de la Corporation est de montrer l'incapacité des structures existantes à bien garantir l'intérêt du public. L'intervenant le plus compétent pour vérifier le geste ambulancier est alors le directeur médical la Régie régionale, qui est un médecin. Celui-ci n'a toutefois pas la capacité juridique d'imposer des mesures correctives en cas de problème : il doit demander à l'entreprise ambulancière qui emploie le technicien fautif d'agir et de sanctionner et, si le technicien ambulancier refuse la sanction, il peut la contester en utilisant les recours prévus dans sa convention collective<sup>120</sup>. Or, la CRPTAQ estime que le recours en arbitrage de grief est inapproprié pour protéger le public car l'interprétation d'une convention collective devant un tribunal d'arbitrage se base sur les lois du travail, centrées sur les relations entre le syndicat et la partie patronale : « [N]ous avons de la difficulté à nous convaincre que l'intérêt du public est protégé, puisqu'à aucun moment la population n'est représentée lors de ce processus<sup>121</sup> ». Selon la CRPTAQ, un ordre professionnel serait plus adéquat car il serait ouvert à la représentation du public.

Bien que le rapport fonde principalement ses arguments sur la protection du public, la CRPTAQ revendique aussi certaines compétences spécifiques aux techniciens ambulanciers. Cet aspect de l'argumentaire reste toutefois secondaire et sert plutôt à supporter les arguments principaux concernant les intérêts du public. La Corporation insiste néanmoins sur les particularités d'une pratique extrahospitalière afin de montrer que seuls les techniciens ambulanciers peuvent juger de plusieurs aspects de leur travail. Les médecins et les infirmières ne pourraient pas poser un jugement sur l'action ambulancière, particulièrement en ce qui a trait à l'immobilisation et au transport d'urgence. En outre, aucun cégep ou université n'a développé d'enseignements spécialisés en soins infirmiers et en médecine sur la mobilisation et l'intervention extrahospitalières. Bien que certains gestes soient semblables, voire issus d'une délégation médicale, plusieurs tâches ambulancières requièrent des connaissances techniques précises. D'une part, le matériel utilisé, tel le moniteur-défibrillateur semi-automatique pour la

---

<sup>120</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 19.

<sup>121</sup> *Ibid.*

défibrillation et le Combitube pour l'intubation, est spécifique à l'intervention ambulancière et les autres intervenants du domaine des soins en santé n'ont pas les connaissances nécessaires pour faire fonctionner l'équipement propre aux ambulances<sup>122</sup>. D'autre part, les techniciens ambulanciers sont formés pour intervenir dans divers milieux non-contrôlés et avec d'autres entités du système d'urgence, dont les services de polices et d'incendie (sinistres, matières dangereuses, fusillades, etc.). L'analyse de toutes ces variables dans un contexte d'urgence est une compétence unique à la formation de techniques ambulancières<sup>123</sup>. Son application ou sa supervision par un autre corps professionnel, y compris des médecins, serait dangereuse pour la protection du public.

Dans les années 1990, l'aspect technique des tâches des techniciens ambulanciers, telles la stabilisation, la réanimation, l'intubation, etc., comporte ainsi suffisamment d'éléments spécifiques pour soutenir leur projet professionnel, contrairement aux inhalothérapeutes qui ressentent le besoin de s'éloigner du statut de technicien pour obtenir le même résultat. De plus, le projet professionnel des techniciens ambulanciers s'appuie sur les particularités contextuelles de la pratique extrahospitalière, à la différence des inhalothérapeutes qui partagent leur espace de travail avec plusieurs autres corps de métier.

Le résultat, cependant, ressemble à celui essuyé par les inhalothérapeutes en 1972. À la suite de la demande de 1994, l'Office traite le dossier de 1995 à 1997 sans donner de réelle rétroaction<sup>124</sup>. En 1998, aucune conclusion n'a été communiquée mais l'Office cesse de mentionner la demande des techniciens ambulanciers dans ses rapports annuels. L'Office refusant passivement de recommander la création d'un ordre, les représentants de la Corporation finissent par se rendre à l'évidence : invoquer la protection du public au

---

<sup>122</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 41.

<sup>123</sup> *Ibid.*

<sup>124</sup> Office des professions du Québec (OPQ), *Rapport annuel 1995-1996*, Québec, OPQ, 1996, 49 p. : *Rapport annuel 1996-1997*, OPQ, 1997, 47 p.

nom de compétences purement techniques, même imbriquées à l'usage de machines très particulières, n'a pas suffi à convaincre l'OPQ.

#### **2.4.4 Les services préhospitaliers d'urgence, 1992-1995**

En 1992, le rapport Fréchette, mandaté pour identifier les problèmes du système préhospitalier, recommande, en plus des changements organisationnels évoqués plus tôt, une révision importante du profil de compétences des ambulanciers. Il exige notamment la création de programmes collégiaux plus étoffés : c'est ainsi qu'une première formation de technicien ambulancier de 810 heures s'ouvre en 1993, simultanément au Collège Ahuntsic à Montréal et au Cégep de Sainte-Foy dans la région de Québec<sup>125</sup>. L'année suivante, le cours passe à 840 heures et mène au diplôme d'attestation d'études collégiales (AEC)<sup>126</sup>.

La distinction entre le préposé et le conducteur, à la base des formations créées en 1976, n'existe plus dans ces nouveaux programmes. Même si le moment où cette distinction est devenue obsolète dans la pratique n'est pas clair, il paraît certain qu'à partir des années 1990, toutes les personnes travaillant dans une ambulance doivent être en mesure d'accomplir les mêmes tâches. Sur le terrain, les attentes évoluent également. Les entreprises ambulancières intègrent, en 1992, une nouvelle formation obligatoire en réanimation cardio-respiratoire d'urgence et certaines prodiguent aussi une formation en défibrillation et intubation<sup>127</sup>. En 1993, le Collège des médecins du Québec accorde certains ajouts aux soins primaires, si bien que les techniciens ambulanciers peuvent dorénavant prodiguer deux actes autrefois réservés aux médecins : l'utilisation du moniteur-défibrillateur semi-automatique pour les patients en arrêt cardiorespiratoire et l'administration de l'adrénaline lors d'une réaction anaphylactique (allergie grave). En

---

<sup>125</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 29.

<sup>126</sup> CNRSPU, *Urgences préhospitalières...*, p. 47.

<sup>127</sup> CRPTAQ, *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle...*, p. 13.

juin 1994, le Combitube est implanté dans les ambulances du Québec, ce qui permet l'intubation par les techniciens ambulanciers<sup>128</sup>.

Enfin, à la suite des recommandations du rapport de 1992, le Ministère met en œuvre, en 1995, le premier protocole à l'échelle provinciale, le *Protocole d'intervention clinique pour les techniciens ambulanciers du Québec*. Ce protocole régira dans les années qui suivent l'entièreté du geste ambulancier, tel que nous le présenterons au chapitre 3.

## 2.5 CONCLUSION

Nous avons montré qu'au Québec, lors de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, les systèmes de santé et professionnel subissent une évolution majeure. De 1966 à 1973, les travaux de plusieurs groupes de travail mènent à l'adoption du Code des professions et à la création de l'Office des professions, chargés de mieux coordonner l'octroi de monopoles professionnels et qui définissent un ordre professionnel comme une instance ayant désormais un seul mandat : la protection du public.

Les systèmes de santé et d'éducation québécois vivent aussi de grands changements. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, l'État étend son contrôle sur le système de santé et enclenche une rationalisation de la distribution des tâches dans le réseau de santé. En 1972, la *Loi de la protection de la santé publique* devient la première législation à traiter directement des services ambulanciers au Québec. Mis en application en 1976, ce volet de la loi inaugure une évolution progressive, dans les années 1980, vers le concept de « services préhospitaliers d'urgence » (SPU), envisagés comme un système en soi, et la mise en place de nouvelles structures, tels le numéro unique 9-1-1 et la Corporation d'Urgences santé.

---

<sup>128</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 21.

Dans ce nouvel écosystème politique, les inhalothérapeutes et les techniciens ambulanciers ne tardent pas à développer des stratégies pour entrer dans le système professionnel québécois. Nous avons débuté avec les inhalothérapeutes, qui formulent rapidement leur projet professionnel en réaction à la réforme des professions car elles se trouvent au cœur des tensions interprofessionnelles en santé. Nous avons ensuite présenté le projet professionnel plus tardif des techniciens ambulanciers, plus à l'écart des tensions interprofessionnelles, qui désirent d'abord plutôt développer un rapport de force avec leurs employeurs et l'administration, habitués de penser en termes de profession.

Bien que les projets professionnels des deux groupes sont amorcés pour des raisons différentes, nous avons montré plusieurs similitudes dans l'argumentaire des associations représentant ces groupes, notamment en ce qui concerne la volonté de reformuler le nom de leur corps de métier, d'élargir leurs compétences et de se présenter comme les meilleurs garants de la protection du public. Le défi qu'ils ont en commun est de fonder leur projet professionnel sur des compétences qui sont au départ de nature technique. Nous avons toutefois soulevé une divergence importante dans ce dernier point, les inhalothérapeutes cherchant vite à s'éloigner de la technicité alors que les techniciens ambulanciers essaient plutôt de s'en rapprocher pour se détacher de leur rôle de conducteurs de véhicules.

Nous avons aussi démontré que le contexte dans lequel ces professions évoluent n'est pas statique. À partir de 1990, l'Office est d'avis que le système professionnel québécois doit être actualisé. L'évolution du contexte professionnel, les nouveautés dans le système de santé et les avancées technologiques continueront donc d'influencer les projets professionnels des inhalothérapeutes et des paramédics au-delà du millénaire. Bien que les inhalothérapeutes aient un ordre professionnel tandis que les paramédics ont subi un refus de la part de l'Office, les deux groupes auront en commun de continuer tous les deux à militer pour améliorer leur place dans le système des professions et pour étendre leurs capacités professionnelles, tel qu'on le montrera dans le chapitre suivant.

## **CHAPITRE 3**

### **LES INHALOTHÉRAPEUTES, LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS ET L'ACTUALISATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS, 2000-2022**

Dans ce chapitre, nous présentons l'évolution des projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics québécois entre 2000 et 2022, alors que la réforme du système professionnel et plusieurs rapports sur les systèmes de santé et préhospitalier d'urgence influencent leurs stratégies.

Nous divisons ce chapitre en quatre parties. Dans la première partie, nous présentons les réformes concrètes du système des professions, qui font suite aux débats des années 1990. Ces réformes concernent la régie interne des ordres, les actes réservés et la notion de protection du public. Elles modifient la manière dont un corps de métier peut adresser des demandes à l'Office des professions. Dans la seconde partie, nous analysons des rapports qui font état des projets de réformer les systèmes de santé et préhospitalier d'urgence, soit les rapports Clair (2000), Dicaire (2000) et Ouellet (2014), sur lesquels les associations de paramédics, tout particulièrement, s'appuieront pour rehausser leur argumentaire. Dans la troisième partie, nous présentons la reprise du projet professionnel des techniciens ambulanciers, qui deviennent des « paramédics », par l'Association professionnelle des paramédics du Québec (2003) puis par la Corporation des paramédics du Québec (2020). Nous présentons aussi l'implantation des soins préhospitaliers avancés au Québec et les débats entourant cette fonction de soin. Pour finir, la quatrième partie décrit l'évolution du projet professionnel des inhalothérapeutes. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes cherche principalement à faire ajouter la notion d'évaluation parmi les actes réservés de la profession, ainsi qu'à obtenir un rehaussement de la formation initiale. Dans le cas des paramédics comme des inhalothérapeutes, ce chapitre montre comment des professions de la santé qui s'appuient sur le recours aux technologies et sur

une formation collégiale, plutôt qu'universitaire, cherchent à tracer leur chemin dans l'écosystème de la santé au 21<sup>e</sup> siècle.

### **3.1 L'ACTUALISATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS, 2000-2022**

Au cours des années suivant l'adoption du Code des professions, le système professionnel québécois a traversé divers changements sociaux, incluant la multiplication des spécialités, la progression des connaissances et l'évolution des technologies. Pourtant, jusqu'à la fin des années 1990, la législation professionnelle a subi peu de modifications. Faisant ce constat, l'Office des professions recommande en 1997, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, de moderniser l'organisation des professions<sup>1</sup>. Les changements proposés ont des effets sur les stratégies et sur les projets professionnels des paramédics et des inhalothérapeutes, ainsi que sur la place qu'y occupe leur rapport à la technologie.

#### **3.1.1 La modernisation du système professionnel et les « actes réservés », 2000-2009**

Dans les années 2000, l'Office pilote deux séries de réformes portant, d'une part, sur la régie interne des ordres professionnels et, d'autre part, sur la définition des privilèges professionnels.

Les réformes visant la régie interne des ordres sont les plus simples et surviennent en premier. En 1994, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles* (loi 140) modernise la régie interne des corporations pour les rendre plus efficaces et plus transparentes. Par exemple, l'Office précise et uniformise les procédures disciplinaires. Afin de rompre avec l'image « corporatiste » qui leur colle à la peau dans

---

<sup>1</sup> Office des professions du Québec (OPQ), *La mise à jour du système professionnel québécois*. Québec, Gouvernement du Québec, 1999. 16 p.

l'opinion publique, les réformes incluent aussi le changement de nom des corporations qui deviennent toutes des « Ordres », un terme que n'utilisait jusque-là qu'un petit nombre de groupes<sup>2</sup>. C'est pourquoi la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec devient, en 1995, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). Toujours dans cette veine, une nouvelle *Loi modifiant le Code des professions*, adoptée celle-là en 2000 (loi 87), accorde aux ordres le pouvoir d'imposer à leurs membres des seuils minimaux de formation continue. En 2008, une loi supplémentaire, appelée elle aussi *Loi modifiant le Code des professions* (loi 75), mène cette logique plus loin en obligeant les ordres à imposer et assurer la tenue d'activités et de cours de formation continue auprès de ses membres<sup>3</sup>. Bref, le législateur amende petit à petit le Code pour préciser et augmenter les formes de contrôle des ordres sur leurs membres, par une formation continue plus encadrée et par diverses autres exigences concernant l'inspection, la discipline ou l'assurance-responsabilité.

En parallèle, l'Office affine sa définition des monopoles professionnels, en partie pour faciliter la réserve de nouveaux gestes. Le Code des professions de 1973 était conçu pour attribuer aux professions des « champs exclusifs », qui sont en principe assez étendus et mutuellement exclusifs. Il existe donc peu de mécanismes pour encadrer des actes partagés par divers groupes. En santé, cela rend difficile de clarifier le champ d'action de métiers sur lesquels les médecins veulent maintenir leur autorité. Jusque-là, le législateur avait contourné le problème en n'offrant aux professions paramédicales qu'un « titre réservé », sans aucun monopole sur les tâches, ou en comptant sur le mécanisme des actes médicaux délégués, comme on l'a vu au chapitre précédent. Or, dès la fin du 20<sup>e</sup> siècle, cette rigidité pose un problème pour plusieurs professions non-médicales, qui ont pris de l'assurance depuis les années 1970, et pour certains décideurs de la santé, qui désirent une

---

<sup>2</sup> Julien Prud'homme, *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*. Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2007, p. 345. Des lois de 2000 et 2001 assouplissent la pratique professionnelle au sein de firmes commerciales, ce qui affecte toutefois peu les professions étudiées ici. À ce propos, voir Cinthia Duclos, « Le système professionnel québécois d'hier à aujourd'hui : portrait et analyse de l'encadrement des ordres professionnels sous l'angle de la protection du public. », *Les Cahiers de droit*, vol. 60, no 3 (septembre 2019), p. 825-826.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 829.

collaboration interprofessionnelle accrue. En février 2000, à la demande de l'Office, la ministre de la Justice, Linda Goupil, crée donc un groupe de travail ministériel dirigé par le médecin Roch Bernier, mandaté pour consulter les ordres professionnels du secteur de la santé physique, ce qui inclut les inhalothérapeutes, sur la redéfinition possible de leurs domaines d'exercice. Le rapport Bernier, déposé en novembre 2001, « met en lumière l'inadéquation entre, d'une part, les connaissances et les compétences des professionnels et, d'autre part, les actes qui leur sont autorisés en vertu de la loi<sup>4</sup> ». Le groupe constate que la réalité du terrain amène certains professionnels à prodiguer des actes pour lesquels ils sont compétents mais qui ne leur sont pas autorisés. Il conclut qu'il serait avantageux de favoriser la collaboration entre les divers professionnels, ce qui implique concrètement de rendre possible l'attribution de gestes réservés supplémentaires en abandonnant les rigidités associées au concept de « champ exclusif ».

Reprenant l'essentiel du rapport Bernier, le législateur adopte en juin 2002 la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (loi 90), qui concerne, entre autres, les inhalothérapeutes. Cette loi remplace le concept de « champ exclusif » par celui d'« actes réservés ». Ce nouveau concept permet d'accorder des monopoles, non plus sur des champs d'activité entiers, mais sur des gestes précis, « plus pointus et susceptibles d'être partagés entre plusieurs groupes<sup>5</sup> ». Cette innovation légale facilite la création d'actes réservés partagés par plusieurs professions, ce qui permet d'attribuer des actes réservés à des professions qui n'avaient jusqu'ici qu'un titre réservé (comme les psychologues) ou qui ne faisaient pas partie du système professionnel. Le législateur s'y prend désormais autrement : il détermine d'abord un champ d'exercice commun à diverses professions (comme la santé physique ou la santé mentale), après quoi il établit une liste d'activités réservées susceptibles d'être attribuées à plusieurs groupes<sup>6</sup>. Bien que l'effet des actes réservés ait été étudié pour des professions plus classiques, il ne l'a pas été dans le cas des professions « techniques » ou encore

---

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Prud'homme, *Pratiques cliniques...*, p. 441.

<sup>6</sup> Raymond Hudon et al., « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure », *Recherches sociographiques*, vol. 50, no 2 (mai-août 2009), p. 325.

dépourvues d'un ordre : selon Hudon et al., c'est pourtant la loi 90, combinée à d'autres facteurs qu'on verra plus loin, qui « redynamise » le projet d'ordre professionnel parmi les techniciens ambulanciers<sup>7</sup>.

La loi 90 se limite à la santé « physique ». En 2005, l'Office poursuit sur sa lancée en mandatant un second groupe, présidé par le médecin Jean-Bernard Trudeau, pour appliquer les mêmes principes au secteur de la santé mentale. Suivant ses recommandations, le gouvernement adopte, le 18 juin 2009, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (loi 21). Les actes réservés introduits par les lois 90 et 21 portent souvent sur l'acte d'« évaluation », une insistance qui influencera les politiques professionnelles au-delà du secteur de la santé mentale et dont nous verrons l'importance dans la sous-section 4.2 de ce chapitre.

Bref, entre 1994 et 2010, le gouvernement met en vigueur des lois concernant le contrôle interne des membres des ordres professionnels et la définition des privilèges professionnels par l'introduction des « actes réservés ». Ces changements ont par la suite un effet domino sur les critères d'évaluation des demandes de création d'ordres professionnels ou de rehaussement des ordres existants.

### **3.1.2 La protection du public et les mécanismes de surveillance, 2010-2012**

Les changements législatifs décrits plus tôt font avancer la réflexion de l'Office, mais ils stimulent aussi les demandes pour la création de nouveaux ordres comme le montrent, par exemple, les demandes déposées par les orthopédagogues en 2003 et 2018<sup>8</sup> et par les planificateurs financiers en 2004. Les lois 90 et 21 ont, en quelque sorte, suggéré

---

<sup>7</sup> *Ibid.*, p.333.

<sup>8</sup> Julien Prud'homme, *Instruire, corriger, guérir ? Les orthopédagogues, l'adaptation scolaire et les difficultés d'apprentissage au Québec, 1950-2017*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2018, p. 159-173.

à tous les corps de métier qu'obtenir un ordre ou étendre les privilèges d'un ordre existant étaient des objectifs réalisables. L'Office réoriente donc ses réflexions afin de préciser les conditions de création ou de rehaussement d'un ordre professionnel. Ce chantier devient une occasion de préciser le concept de « protection du public » et les mécanismes de surveillance censés en découler.

C'est lors de sa planification stratégique pour la période de 2009-2012 que l'Office émet le souhait de réviser son rôle de surveillance en clarifiant la notion de « protection du public<sup>9</sup> ». En 2010, l'OPQ publie le guide *La mise en place d'un ordre professionnel*<sup>10</sup> à l'attention des groupes qui désirent demander la constitution d'un ordre. Les critères auxquels les demandes doivent satisfaire sont explicités et précisés. En plus des critères « traditionnels » (gravité du préjudice potentiel résultant des activités exercées, capacité du groupe à l'autogestion, à l'autoréglementation et au jugement par les pairs), l'Office apporte une précision importante :

Un domaine d'activités ou une activité particulière peut comporter en soi des risques qui n'ont rien à voir avec une qualification quelconque. Ici, il est question de dommages directement attribuables à la façon d'accomplir les tâches visées par la demande et à la compétence et à l'intégrité qu'elles supposeraient [...] L'Office va évaluer si la spécificité des connaissances à appliquer ainsi que celle des habiletés et attitudes qu'il faut avoir est telle que seuls ceux qui les possèdent en commun, c'est-à-dire les pairs, peuvent en juger<sup>11</sup>.

Autrement dit, l'existence d'un risque de préjudice ne suffit pas pour justifier un monopole professionnel. L'Office précise que le critère retenu n'est pas l'existence du risque lui-même, mais le caractère spécifique de la compétence requise pour atténuer ce risque. Par exemple, même si la conduite d'un autobus présente des risques indéniables pour le public, il reste que la compétence requise pour atténuer ce risque est peu spécifique aux chauffeurs d'autobus et ne requiert pas le jugement des pairs pour en juger : un ordre professionnel des chauffeurs d'autobus serait donc superflu. De plus, l'Office ajoute ou

---

<sup>9</sup> OPQ, *Rapport du Comité de travail concernant les nouveaux modèles d'encadrement professionnel*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, p. 13.

<sup>10</sup> OPQ, *La mise en place d'un ordre professionnel. Document d'information*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 34 p.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p.12.

explicite le critère du « caractère personnel des rapports avec le client ou patient<sup>12</sup> », qui suppose que la relation de confiance, donc l'aptitude du patient à juger s'il est entre bonnes mains, est importante. En énonçant plus clairement ces critères, l'Office demande que la constitution d'un ordre se présente comme une solution nécessaire face aux risques de préjudice constatés.

L'OPQ poursuit ce chantier en créant en 2010 le Groupe de travail sur la surveillance de l'Office, qui dépose un rapport en octobre 2012. Le rapport cherche à mieux asseoir le concept de protection du public en l'inscrivant dans le droit existant, essentiellement en l'associant au respect des « droits fondamentaux [...] inscrits dans les chartes des droits et libertés de la personne du Québec et du Canada<sup>13</sup> ». Ces droits incluent le respect de « l'intégrité physique, psychologique et du patrimoine ainsi que de la vie privée<sup>14</sup> ». Le groupe cherche à définir les deux implications principales d'une telle définition pour le système professionnel. La première serait la nécessité que la surveillance de la pratique professionnelle dépasse la surveillance de la simple relation individuelle professionnel-client et inclue désormais une surveillance dite « sociétale », visant la protection de la société dans son ensemble<sup>15</sup>. Concrètement, les ordres devraient agir comme des pôles de compétences, non seulement pour évaluer ce qu'est un service de qualité, mais aussi pour promouvoir la réflexion et l'innovation sur des enjeux collectifs. La seconde implication est le besoin d'insister sur la prévention, qui doit devenir une « véritable philosophie<sup>16</sup> » pour les ordres et pour l'Office. Cette prévention passe par une surveillance plus étroite des stages et des cours de formation continue, mais aussi par la pédagogie auprès du public et par une implication active dans l'élaboration des politiques publiques<sup>17</sup>. Bref, la mission de protection du public n'implique plus seulement de réagir aux préjudices individuels mais de les prévenir par la formation

---

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> OPQ, *Le rôle de surveillance de l'Office des professions. : Un tournant guidé par l'actualisation de la notion de protection du public*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p.7.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p.7

<sup>15</sup> *Ibid.*, p.11

<sup>16</sup> *Ibid.*, p.9

<sup>17</sup> *Ibid.*, p.12

continue et l'amélioration de la société. Cet élargissement du concept de protection du public peut affecter les stratégies ou la rhétorique des ordres professionnels.

### 3.1.3 La commission Charbonneau et la gouvernance des ordres, 2011-2017

En 2011, alors que l'Office travaille sur l'actualisation de la notion de protection du public, le gouvernement libéral de Jean Charest met en place la Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction (commission Charbonneau)<sup>18</sup>. Même s'il ne touche pas directement au secteur de la santé, le rapport Charbonneau, par sa critique sévère de l'Ordre des ingénieurs du Québec, pousse l'Office à relever drastiquement ses exigences sur la gouvernance interne des ordres. Cela a pour effet d'augmenter le coût d'entrée des groupes qui revendiquent un nouvel ordre (paramédics) ou qui veulent donner plus d'ampleur à leur ordre existant (inhalothérapeutes).

Déposé en 2015, le rapport Charbonneau constate la collusion et la corruption de certains ingénieurs et surtout le peu d'efforts de l'Ordre des ingénieurs pour prévenir et détecter ces pratiques<sup>19</sup>. La commission critique aussi l'Office des professions qui n'a pas surveillé adéquatement l'Ordre<sup>20</sup>. Ce faisant, la commission remet en cause la gouvernance du système professionnel dans son entier, surtout en ce qui a trait à ses fonctions de protection du public.

Suivant la commission Charbonneau, le législateur dépose le projet de loi 98 ayant pour but la modification de l'encadrement juridique des ordres et de l'Office. La *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel* est présentée en mai 2016 et adoptée en juin

---

<sup>18</sup> Duclos, « Le système professionnel québécois... », p.795 et note 218.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 841.

<sup>20</sup> *Ibid.*

2017<sup>21</sup>. Bien que la commission n'ait pas fait de recommandations précises sur la réglementation concernant la gouvernance des ordres, les législateurs prennent en compte les constats du rapport. Les commissaires avaient déploré le manque de formation des administrateurs des ordres et la loi 98 oblige ceux-ci à suivre à l'avenir des formations sur l'éthique, les normes de gestion, la déontologie et les processus d'enquête, en plus d'exiger une plus grande indépendance des conseils d'administration<sup>22</sup>. La loi 98 octroie aussi plus de pouvoirs à l'Office pour vérifier le fonctionnement et les structures internes des ordres, qui ont dorénavant l'obligation de collaborer avec l'Office pour respecter ses normes.

Depuis 2000, le système professionnel québécois subit ainsi des modifications mineures et majeures qui affectent l'encadrement des professionnels, mais aussi le développement de projets professionnels comme ceux des inhalothérapeutes et des paramédics. Plus particulièrement, ces changements peuvent inspirer la demande de nouvelles activités réservées, affecter les arguments choisis ou les points à améliorer et élever la barre concernant l'organisation concrète de l'encadrement. Nous verrons ces effets dans les sections 3 et 4 de ce chapitre, après avoir évoqué d'autres transformations survenues cette fois dans le réseau de la santé, et elles aussi susceptibles d'influencer les projets professionnels des paramédics et des inhalothérapeutes.

### **3.2 L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME HOSPITALIER ET DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE APRÈS 2000**

Tout comme le système professionnel, le système de santé et le système préhospitalier d'urgence font face à une progression rapide du contexte social, des connaissances et des technologies. Cela mène le gouvernement à mandater plusieurs comités afin d'évaluer le rôle des professionnels et de renouveler ces systèmes. Les finalités mêmes de plusieurs secteurs du réseau de santé, dont les hôpitaux, les services de

---

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 842-843.

première ligne, la réadaptation ou les services d'urgence, sont mises en question. Inévitablement, le rôle des différents corps de métier est scruté à la loupe et fait l'objet de diverses recommandations.

### **3.2.1 Pour une réforme du réseau hospitalier : le rapport Clair (2000)**

Au moment où l'Office des professions formule ses premières recommandations en vue d'une modernisation du système professionnel, le gouvernement de Lucien Bouchard crée, le 15 juin 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, qui dépose son rapport en décembre la même année (avec publication en janvier 2001). Présidée par l'ancien ministre Michel Clair, la commission a pour mandat d'analyser l'organisation et le financement des services de santé et de services sociaux, pour ensuite soumettre des « solutions émergentes » au gouvernement concernant l'avenir du système de santé québécois<sup>23</sup>.

Le comité propose surtout une réforme majeure des services de première ligne. Il explique que, pour des raisons historiques, le système québécois a privilégié les services dispensés à l'hôpital. L'arrivée de nouvelles technologies et de nouvelles approches a toutefois déjà inspiré une politique, lancée en 1995-1996 par le ministre Rochon, de priorisation des services dits « ambulatoires », c'est-à-dire qui n'impliquent pas une hospitalisation. Plusieurs responsabilités auparavant assumées par l'hôpital sont ou pourraient être transférées vers d'autres établissements, tels les CLSC, ainsi que « vers la famille [ou] vers la communauté et ses organismes<sup>24</sup> ». Le rapport Clair propose d'intensifier ce « virage ambulatoire » dans le but d'« humaniser » les soins par le maintien d'une personne (malade, ayant un handicap, etc.) dans son cadre habituel de vie. Le rapport insiste aussi sur la volonté croissante des individus de s'impliquer dans les choix qui concernent leur santé, dont l'accès à l'information leur permettant de faire des

---

<sup>23</sup> Comité d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. iii-iv ; Benoît Gaumer, *Le système de santé et de services sociaux du Québec: Une histoire récente et tourmentée 1921-2006*. Québec, Presses de l'Université Laval, 2008, p. 217.

<sup>24</sup> Comité d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, p. 8.

choix éclairés. Bref, l'idée principale du rapport Clair est que les « affaires » de la santé dépassent les seuls services hospitaliers.

Ce principe sème plusieurs idées pour le développement des services de soins à domicile et communautaires, dont certains feront de plus en plus partie du champ de compétence des inhalothérapeutes ou alimenteront l'idée d'une paramédecine communautaire. Le comité explique que le développement de la technologie, en particulier, a le potentiel de transformer les soins à domicile. Toutefois, l'organisation des services n'a pas pu s'adapter aux transformations technologiques et elle les a plutôt subies, affirme le comité. Il en résulte des problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination dans l'organisation des services<sup>25</sup>.

Malgré ce qui précède, les décideurs politiques vont surtout utiliser le rapport Clair pour lancer des réformes de structures, comme la création des groupes de médecine familiale (GMF) et des fusions d'établissements à partir de 2003<sup>26</sup>, qui ne remettent pas vraiment en question la primauté du complexe médical et hospitalier. En fait, les innovations concernant d'autres secteurs du réseau viendront d'autres chantiers de réflexion. Ce sera notamment le cas des systèmes préhospitaliers d'urgence.

### **3.2.2 L'évaluation des services préhospitaliers d'urgence : les rapports Dicaire et Ouellet (2000-2014)**

Le 1<sup>er</sup> octobre 1999, le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) mandate le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (CNRSPU) pour réviser le fonctionnement des SPU et proposer un plan de mise en œuvre

---

<sup>25</sup> Comité d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, p. 26 ; Gaumer, *Le système de santé...*, p. 217.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p.209, 217-219.

pour des SPU efficaces et de qualité au meilleur coût possible<sup>27</sup>. Le comité est composé d'intervenants de divers horizons, dont des entreprises de services d'ambulance, des fonctionnaires mais aussi plusieurs techniciens ambulanciers ainsi que leurs représentants syndicaux du Rassemblement des employés techniciens-ambulanciers du Québec (RETAQ), si bien que le point de vue des paramédics est bien représenté. Le comité dépose, en décembre 2000, le rapport *Urgences préhospitalières : un système à mettre en place*, connu comme le rapport Dicaire<sup>28</sup>. Certaines lacunes déjà rapportées en 1992 par le rapport Fréchette y sont soulevées de nouveau, tel le manque d'intégration des services ambulanciers au reste des services en santé. Le rapport Dicaire insiste toutefois davantage sur l'importance d'une révision de la législation, afin de donner aux services préhospitaliers d'urgence (SPU) un cadre définissant clairement les rôles et les responsabilités de chacun<sup>29</sup>. Le rapport argue que les techniciens ambulanciers font face à une méconnaissance de leur rôle et de leurs responsabilités, autant dans leur propre environnement de travail que dans le réseau de la santé en général. Or, la complexification des tâches cliniques et l'expansion de leur champ de compétence potentiel accentueraient cette imprécision des rôles dans l'application des protocoles cliniques et dans la délégation de tâches<sup>30</sup>. De plus, bien qu'elles aient été rehaussées, les activités de formation initiale et continue manquent d'uniformité<sup>31</sup>. Le rapport recommande donc « une professionnalisation accrue des techniciens ambulanciers », passant par « le rehaussement potentiel de la formation initiale » et « la responsabilisation professionnelle<sup>32</sup> », en plus d'une relation mieux définie des diverses composantes de l'intervention préhospitalière entre elles et avec le réseau de la santé.

Les recommandations du rapport Dicaire ont des suites rapides. Le MSSS crée, en 2001, la Direction des services hospitaliers d'urgence et le gouvernement péquiste adopte,

---

<sup>27</sup> Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (CNRPSU), *Urgences préhospitalières. Un système à mettre en place : rapport*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 338 p.

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 4, 7, 104.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 167.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>32</sup> *Ibid.*, 1<sup>e</sup> page de l'avant-propos et p.167-171.

en 2002, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (loi 96). Il s'agit de la première loi québécoise portant spécifiquement sur les services préhospitaliers d'urgence. Cette importante initiative législative décrit la mission des SPU comme devant apporter « en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse<sup>33</sup> ». À cette fin, la loi « encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers<sup>34</sup> ». La loi ajoute de nouvelles conditions pour pouvoir agir en tant que technicien ambulancier, dont l'obtention d'une formation initiale reconnue par le ministère de l'Éducation ou d'une formation reconnue équivalente par le directeur médical national, le respect des protocoles en vigueur et l'inscription à un nouveau registre national des techniciens ambulanciers<sup>35</sup>. Elle met donc des pourtours clairs concernant l'entrée à la profession et le maintien du statut de technicien ambulancier.

Bien que la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* soit adoptée dès 2002, le MSSS adopte et met en œuvre ses différents mécanismes et règlements de façon progressive sur une longue période, jusqu'en 2011<sup>36</sup>. Cette année-là, le ministère met officiellement sur pied le Registre national des techniciens ambulanciers qui, par la remise d'une carte de statut, permet d'attester les compétences d'un individu à exercer des services ambulanciers à titre de « technicien ambulancier<sup>37</sup> ». Toujours en 2011, le MSSS

---

<sup>33</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Cadre de développement des pratiques préhospitalières*, Québec, Gouvernement du Québec, 2021, p.3.

<sup>34</sup> *Ibid.*

<sup>35</sup> *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, chapitre S-6.2, section IV : Le technicien ambulancier, 2002.

<sup>36</sup> Corporation des paramédics du Québec (CPQ), *Nous sommes paramédics. La protection du public, 18 ans de retard ! Mémoire*, Brossard, CPQ, 2020, p. 65.

<sup>37</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire*, p. 34 ; CNRSPU et MSSS, *Services préhospitaliers...*, p. 11.

met en place le Programme national d'intégration clinique (PNIC), un nouvel examen national obligatoire à l'entrée dans la profession<sup>38</sup>.

La loi 96 a toutefois peu d'effets concrets sur l'organisation des services eux-mêmes. En juin 2014, le CNRSPU et le MSSS déposent un rapport conjoint intitulé *Services préhospitaliers : urgence d'agir*, aussi connu comme le rapport Ouellet. Il répète la critique principale formulée par tous les rapports précédents, soit qu'un fossé sépare toujours le système préhospitalier et le reste du système de santé. Le rapport Ouellet présente l'exemple du système préhospitalier mieux intégré de la Nouvelle-Écosse, où les paramédics accomplissent des tâches au sein des urgences des hôpitaux et travaillent ainsi de pair avec le personnel des centres hospitaliers<sup>39</sup>.

Ce rapport insiste davantage que les précédents sur l'évolution du champ de compétence des paramédics. Il recommande fortement la constitution d'un ordre professionnel, autant pour la protection du public que pour anticiper l'avancement futur des compétences et des technologies paramédicales<sup>40</sup>. Le rapport propose aussi des idées qui étendraient le champ de compétence des techniciens ambulanciers paramédics, comme l'implantation de plusieurs niveaux de soins. Il recommande « [à] cette fin, à partir des expériences vécues ailleurs et de projets pilotes bien encadrés, [d']élaborer un plan stratégique afin de valoriser le rôle du TAP : soins avancés, TAP communautaire, agent de formation et de prévention auprès du public, intégration dans les établissements et toute autre fonction bénéfique démontrée pour la société<sup>41</sup> ». Il recommande la mise en place de projets pilotes en paramédecine communautaire ou pour l'intégration à des activités de

---

<sup>38</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 80.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 112.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. xii et 103-104.

<sup>41</sup> Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (CNRSPU) et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Services préhospitaliers : Urgence d'agir : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, p. 114. Le rapport entend par « TAP communautaires » ceux qui œuvrent dans la communauté pour y faire de la prévention ou des visites à domicile, donner de la formation, lorsqu'ils sont en service mais en attente d'un appel ou qu'ils sont libérés pour collaborer avec les infirmières et les médecins du réseau, p. 111.

première ligne, comme dans plusieurs provinces canadiennes<sup>42</sup>. Par exemple, le transport ambulancier pourrait mener à un endroit autre que la salle d'urgence, comme un CLSC ou une clinique de médecine familiale (GMF), toujours dans le respect de protocoles cliniques<sup>43</sup>.

Les rapports Dicaire et Ouellet convergent autour de l'idée que des protocoles actualisés et une formation plus adéquate devraient élargir le champ de compétence des techniciens ambulanciers. Ces rapports, qui vont beaucoup plus loin sur ce point que le rapport Fréchette de 1992, reflètent l'évolution du projet professionnel des techniciens ambulanciers eux-mêmes.

### **3.3 LES TECHNICIENS AMBULANCIERS « PARAMÉDICS », LES PROFESSIONNELS DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE**

Dans cette section, nous présentons l'évolution, après 2000, du métier et du projet professionnel des intervenants qualifiés de « techniciens ambulanciers », puis de « techniciens ambulanciers paramédics » ou paramédicaux (TAP). Nous débutons par la reprise des démarches amorcées afin d'obtenir un ordre professionnel, cette fois sous le leadership de l'Association professionnelle des paramédics du Québec en 2003. Nous montrons aussi une première velléité par des représentants des techniciens ambulanciers de s'éloigner de l'aspect technique de leur champ de compétence et de se rapprocher d'une fonction de soin moins dépendante de la technologie de l'ambulance. C'est cette volonté qu'exprime justement l'appellation « paramédic ». Nous présentons ensuite le projet d'Urgences-Santé pour l'implantation de « soins avancés » dans les SPU et les débats qui en découlent durant plusieurs années. Nous terminons avec l'analyse de la plus récente demande pour un ordre professionnel, soumise à l'Office des professions du Québec en 2020 par la Corporation des paramédics du Québec.

---

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 111.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 132.

### 3.3.1 L'actualisation du mémoire de la CRPTAQ pour la constitution d'un ordre professionnel (2003)

L'Association professionnelle des paramédics du Québec (APPQ) voit le jour à l'été 2001, soit peu de temps après le dépôt du rapport Dicaire (en décembre 2000) et juste à temps pour la présentation au parlement du projet de loi 96 (en mai 2002)<sup>44</sup>. Elle semble avoir été créée spécifiquement pour influencer le cheminement du projet de loi annoncé par le rapport Dicaire, montrant une nouvelle fois que les initiatives des groupes professionnels surviennent souvent en réponse à des signaux d'ouverture des gouvernements<sup>45</sup>. L'APPQ mobilise dès sa première année d'existence plus de 1000 techniciens ambulanciers sur les 3300 œuvrant au Québec, ce qui révèle la vitalité du mouvement de professionnalisation des techniciens ambulanciers<sup>46</sup>.

La première publication de l'Association est justement une intervention, en 2002, sur le projet de loi 96. L'APPQ annonce alors clairement vouloir la création d'un ordre professionnel et adopte la rhétorique attendue sur la protection du public : « Le principal objectif de l'AAPQ est de promouvoir la qualité des soins prodigués par les techniciens ambulanciers envers la population. Elle vise également à relancer les démarches entreprises en 1994 auprès de l'Office des professions dans le but de faire reconnaître un ordre professionnel<sup>47</sup> ».

Elle poursuit le travail enclenché par la CRPTAQ en soumettant à l'Office, en 2003, une version actualisée de la demande déposée en 1994. Cette *Requête en*

---

<sup>44</sup> Association professionnelle des paramédics du Québec (APPQ), *Requête en constitution d'un ordre professionnel des techniciens ambulanciers-paramédics. Actualisation du mémoire déposé en décembre 1994 à l'Office des professions du Québec par la CRPTAQ*, Québec, APPQ, 2003, p.4.

<sup>45</sup> APPQ, *Le besoin de soins préhospitaliers d'urgence de qualité dispensés par les paramédics. Aux premières lignes des services médicaux d'urgence au Québec*, Sainte-Thérèse, APPQ, 2002, 14 p.

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>47</sup> *Ibid.*

*constitution d'un ordre professionnel des techniciens ambulanciers-paramédics* reprend mot pour mot la plupart des arguments de 1994, par exemple sur les particularités extrahospitalières du travail des techniciens ambulanciers. Par contre, l'APPQ apporte une nouveauté de taille en dissociant, jusqu'à un certain point, le métier de « paramédic » et les aspects les plus techniques de son travail. Dès 2002, l'Association affichait ses couleurs en disant au législateur que « le terme paramédic [...] réfère à une fonction de soins et non à un domaine limité au transport<sup>48</sup> ». Elle précise cette idée dans sa requête auprès de l'Office. Bien que les tâches et les outils techniques y occupent encore une place importante, l'APPQ affirme que le groupe est passé « d'un métier quasi exclusivement centré sur le transport ambulancier à une fonction requérant l'intervention d'un professionnel de soins préhospitaliers d'urgence<sup>49</sup> ». L'APPQ essaie d'étoffer la définition de cette « fonction de soins » : « Ils posent maintenant couramment, en dehors du contexte hospitalier, des actes médicaux déjà réservés aux salles d'urgence comme la défibrillation, la prise en charge avancée des voies aériennes ou l'administration de médicaments pour soulager des symptômes<sup>50</sup> ». Les acquis de la dernière décennie, comme l'autonomie dans la prestation de soins, la délégation d'actes médicaux à part entière autorisée par le Collège des médecins (défibrillateur, combitude, administration de cinq nouveaux médicaments<sup>51</sup>) et l'amorce des soins avancés sont ainsi présentés comme les preuves d'un professionnalisme qui déborde la seule maîtrise des équipements techniques.

Imposer l'appellation « paramédic » pour personnifier cette nouvelle identité sociale fait explicitement partie de cette démarche de professionnalisation. L'APPQ suit l'exemple assez récent de son équivalent anglo-canadien, la Canadian Society of Ambulance Personnel, née entre 1984 et 1988 et qui a changé son nom en 1997 pour devenir la Paramedic Association of Canada<sup>52</sup>. Le terme se répand au Québec dans les

---

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> APPQ, *Requête en constitution...*, p. 13.

<sup>50</sup> APPQ, *Le besoin de soins préhospitaliers...*, p. 2.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 11 ; Association des Paramédics du Canada, *Histoire de l'Association des Paramédics du Canada* [En ligne], <https://paramedic.ca/about-us/history/> (Page consultée le 28 mai).

années 2000 dans les travaux des représentants du métier, mais il reste longtemps peu présent dans les documents gouvernementaux. En 2005, un document technique de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) emploie le terme pour désigner des niveaux de soins qui existe à l'extérieur du Québec, comme les paramédics en soins critiques, mais il respecte alors surtout la terminologie en usage dans d'autres provinces canadiennes et aux États-Unis<sup>53</sup>. Pour décrire la situation au Québec, on parle encore de « technicien ambulancier ». Cela ne signifie pas que les techniciens ambulanciers et leurs superviseurs directs n'emploient pas eux-mêmes le mot « paramédic ». Nous retrouvons ainsi le terme « technicien ambulancier paramédic » dans les *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics* de 2007, qui sont produits conjointement par le directeur médical national, des directeurs médicaux régionaux et des techniciens ambulanciers paramédics. Dès juin 2002, lors des débats parlementaires sur le projet de loi 96, le député d'opposition Russell Williams déplore que « je ne vois pas le mot 'paramédics'<sup>54</sup> » dans le projet de loi, indiquant par-là que le texte manque de spécificité sur le sort des techniciens ambulanciers : le ministre de la Santé, François Legault, ne répond pas directement à sa question et continue à parler de « techniciens ambulanciers » tout au long du débat, ce qui montre que l'usage du mot n'est pas stabilisé.

L'ambiguïté sur le nom du métier plane pendant plusieurs années. À notre connaissance, le terme « technicien ambulancier paramédical » n'apparaît pour la première fois dans un document gouvernemental que dans le rapport Ouellet de 2014<sup>55</sup>. En 2021, le MSSS utilise finalement « technicien ambulancier paramédic » dans deux

---

<sup>53</sup> Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (AETMIS), *Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec*, Québec, AETMIS, 2005, 82 p.

<sup>54</sup> *Journal des débats de l'Assemblée nationale*, Québec, vol. 37, no 116 (14 juin 2002), p. 6966.

<sup>55</sup> CNRSPU et MSSS, *Services préhospitaliers : Urgence d'agir*, 169 p.

rapports<sup>56</sup>, bien que ce terme et le mot « paramédic » restent déconseillés par l'Office québécois de la langue française<sup>57</sup>.

Les arguments présentés en 2003 dans la requête de l'APPQ participent à cette évolution linguistique. Par contre, ces arguments intègrent alors peu les innovations de l'Office des professions, qui sont encore nouvelles et incomplètes à ce moment. L'évolution de l'argumentaire témoigne surtout de l'influence du rapport Dicaire qui propose une professionnalisation accrue du métier, principalement pour répondre à la complexification des tâches cliniques. Les arguments utilisés dans cette nouvelle requête ne sont toutefois pas suffisants pour que la constitution d'un ordre aboutisse. L'Office, sans présenter de refus formel, semble délaisser le dossier. Nous ne trouvons pas de trace claire dans ses rapports annuels, même si ceux-ci mentionnent généralement les demandes de ce genre et que d'autres éléments moins importants concernant le travail ambulancier, dont les délégations de gestes médicaux, s'y retrouvent régulièrement. Tout en étant contraints de spéculer sur les détails, nous devons constater que le dossier semble encore avoir fini en queue de poisson dans les couloirs de l'Office.

### 3.3.2 Les soins avancés au Québec : un projet qui dérange

Le projet de « soins avancés » est une autre pièce importante de la stratégie professionnelle des paramédics, particulièrement à la suite de la requête de l'APPQ. La notion de « soins avancés » préhospitaliers est apparue en 1967 quand de premières unités mobiles de réanimation cardiaque ont été implantées à Belfast en Irlande du Nord. Ces unités mobiles partaient de l'hôpital avec à leur bord un médecin et une infirmière des soins intensifs pour porter secours aux victimes d'un infarctus aigu du myocarde et leur fournir des soins avancés en route vers l'hôpital. Cette amorce de réanimation de patients

---

<sup>56</sup> MSSS, *Cadre de développement des pratiques préhospitaliers. Guide numéro 3, paramédecine communautaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2021, 33 p.

<sup>57</sup> Office québécois de la langue française, *technicien ambulancier paramédical/technicienne ambulancière paramédicale* [En ligne], <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/21859/technicien-ambulancier-paramedical> (Page consultée le 28 mai 2023).

en arrêt cardiorespiratoire en contexte préhospitalier a par la suite évolué avec l'instauration de programmes de *paramedics* aux États-Unis<sup>58</sup>. Au Québec, les soins avancés sont considérés comme des interventions qui excèdent le champ habituel des compétences de base (soins primaires) exigées des techniciens ambulanciers, bien que, comme l'écrit l'AETMIS en 2005, « la définition même de ce que constituent les soins avancés préhospitaliers varie avec le temps, et aucune définition précise ne fait l'unanimité. En fait, les soins avancés préhospitaliers d'aujourd'hui seront peut-être les soins de base de demain<sup>59</sup> ».

Au début des années 2000, la Corporation d'Urgences-Santé pose un geste important en introduisant ces soins sur le territoire de Montréal et de Laval. Cette initiative ne fait toutefois pas l'unanimité et déclenche de nombreux débats au Québec.

En 2000, le rapport Dicaire ne recommande pas une implantation élargie des soins avancés. Il privilégie plutôt ce qu'il qualifie d'« attitude prudente et conservatrice<sup>60</sup> », c'est-à-dire une introduction strictement au cas par cas de certaines techniques de soins avancés dans certaines régions, où des conditions préalables à leur instauration auront été remplies<sup>61</sup>. Le rapport constate que les résultats de diverses études concernant les soins avancés sont contradictoires ou inconstants. Bref, malgré certains cas où une intervention en soins avancés s'est avérée avantageuse, « l'instauration d'une approche 'système' pour implanter de façon élargie des soins avancés, même lorsqu'ils ont été reconnus positifs, ne peut avoir la priorité actuellement, si l'on tient compte du fait que la réforme proposée

---

<sup>58</sup> AETMIS, *Introduction des soins médicaux avancés...*, p. 3.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>60</sup> CNRSPU, *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place : rapport*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. 172.

<sup>61</sup> Cette « prudence » du rapport semble influencée par les objections du Collège des médecins et de l'Association des médecins d'urgence du Québec, selon qui la définition des soins avancés « reproduit le traitement disponible en centre hospitalier » et dédouble leur propre rôle. Dans le cadre du présent mémoire, on ne peut toutefois pas confirmer ou infirmer cette hypothèse, *ibid.*

doit d'abord s'attarder aux services de base manquants et aux maillons encore inexistant<sup>62</sup> ».

À la suite du rapport Dicaire, le MSSS et le Collège des médecins mettent en place, dès 2001, un comité consultatif pour évaluer un éventuel projet pilote en soins avancés. On prévoit former une cohorte de techniciens ambulanciers d'Urgence-Santé pour dispenser certains soins avancés, encadrés par cinq nouveaux protocoles concernant, par exemple, l'intubation endotrachéale et l'utilisation des pinces de Magill pour dégager les voies respiratoires obstruées. Des modifications en cours de projet finissent toutefois par causer plusieurs problèmes et retards et le MSSS finit par l'abandonner<sup>63</sup>.

Urgences-Santé accorde toutefois beaucoup d'importance aux soins avancés. Après cet échec, elle paie, sans l'accord du gouvernement, la formation de dix-huit paramédics aux techniques de soins avancés dans un collège ontarien durant l'année 2004. À leur retour, elle demande qu'ils puissent être autorisés à mettre en pratique ces nouvelles compétences<sup>64</sup>. Cette politique du fait accompli déclenche des débats houleux avec le gouvernement, furieux des actes d'Urgences-Santé. Ces débats débordent dans les médias et à l'Assemblée nationale. Le gouvernement accuse la Corporation d'avoir utilisé des fonds publics sans son consentement pour une formation qui n'est pas reconnue au Québec, alors qu'Urgences-Santé n'a même pas un mandat de formation. L'ampleur des sommes en cause (« plus d'un million de dollars » sur un budget annuel de 53 millions), qui montre la détermination d'Urgences-Santé, apparaît à plusieurs comme un grave problème de gouvernance. Le ministre de la Santé, Philippe Couillard, demande un rapport d'inspection qui, en mars 2005, recommande la mise en tutelle d'Urgences-Santé, une mesure que le ministre ne mettra toutefois pas en œuvre<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> *Ibid.*, p.173.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p.46.

<sup>64</sup> AETMIS, *Introduction des soins médicaux avancés...*, p. 1.

<sup>65</sup> Jocelyne Richer, « Urgences-santé évite la tutelle », *Presse canadienne*, 16 mars 2005.

Les principaux appuis aux soins avancés viennent des syndicats. La CSN prend la défense d'Urgences-Santé en affirmant que « les recommandations contenues dans ce rapport s'éloignent des positions de la CSN en faveur d'une reconnaissance de la formation professionnelle et du statut des paramédics<sup>66</sup> ». Le syndicat professionnel, le Rassemblement des employés techniciens ambulanciers du Québec (RETAQ), va dans le même sens en affirmant que « la population risque d'être privée d'une gamme de soins préhospitaliers de qualité en mettant en péril la formation en soins avancés et l'avancement professionnel des ambulanciers paramédics<sup>67</sup> ». Les représentants syndicaux affirment aussi que les recommandations du rapport mettent en péril le statut particulier d'Urgences-Santé, qui lui a permis d'être à l'avant-garde des soins paramédicaux au Québec : « Urgences-Santé, qui figure parmi les dix plus importants services de ce genre au monde et se classe deuxième au Canada, est actuellement la seule à pouvoir et vouloir développer la profession au Québec<sup>68</sup> ». La « guerre » entre Urgences-santé et le gouvernement mettrait donc en péril le développement de la profession et les techniciens ambulanciers en subiraient les dommages collatéraux. Le 10 novembre 2004, la députée d'opposition Louise Harel présente à l'Assemblée nationale une lettre signée par le président du Réseau québécois de cardiologie tertiaire, qui affirme avoir revu sa position sur les soins avancés et supporter désormais « le besoin de continuer de former des ambulanciers pour améliorer leur potentiel d'intervention<sup>69</sup> ». Couillard calme finalement le jeu en déclarant qu'il faut suivre les recommandations du rapport Dicaire et, « pour ce qui est de continuer l'expansion, il n'y a aucun problème avec ça, mais ça va se faire de façon encadrée, rationnelle et acceptable<sup>70</sup> ».

La controverse incite aussi le MSSS, dès novembre 2004, à demander à l'AETMIS un avis sur le rôle et l'adéquation des soins avancés dans l'organisation des soins préhospitaliers d'urgence au Québec. En avril 2005, l'AETMIS dépose un rapport sur

---

<sup>66</sup> Canada NewsWire, « Urgences-Santé : Réactions au rapport d'inspection ministérielle - La CSN demande une rencontre avec le ministre Couillard », 23 mars 2005.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> *Ibid.*

<sup>69</sup> *Journal des débats de l'Assemblée nationale*. Québec, vol. 38, no 101 (10 novembre 2004), p. 5570.

<sup>70</sup> *Ibid.*

l'introduction possible des soins médicaux avancés dans les SPU. Comme le rapport Dicaire, il recommande à son tour que les soins avancés fassent l'objet, dans un premier temps, d'un déploiement limité par le biais de projets pilotes. L'Agence insiste cependant pour que ces projets pilotes aient effectivement lieu cette fois, en donnant priorité au traitement de la détresse respiratoire, des douleurs thoraciques et de l'arrêt cardiorespiratoire<sup>71</sup>. De plus, il recommande que « soit élaboré un plan de développement de ces services prévoyant la formation d'un nombre suffisant de techniciens ambulanciers aptes à dispenser ces soins et la mise en place des conditions organisationnelles appropriées<sup>72</sup> » dans l'ensemble du Québec. L'AETMIS propose donc une implantation ciblée des soins avancés par des projets pilotes mais, comme le rapport Dicaire, elle ne propose pas encore leur implantation permanente à l'échelle du Québec.

Bien que des soins avancés et parfois même des soins critiques (qui vont au-delà du champ de compétence des soins avancés) soient implantés ailleurs au Canada, le gouvernement québécois reste donc prudent face à leurs avantages présumés. Ce scepticisme amène des tensions avec les techniciens ambulanciers paramédics, qui se plaignent du plafonnement de leur champ de compétence et accusent le gouvernement de faire obstacle à des avancées qui réduiraient la morbidité et la mortalité.

Entre 2005 et 2007, les dix-huit techniciens ambulanciers formés en soins avancés obtiennent finalement l'autorisation de prodiguer certains soins sur les territoires de Montréal et de Laval, bien que le déploiement de l'ensemble des protocoles convenus avec le Collège des médecins se poursuive pendant plusieurs années<sup>73</sup>. En 2014, le Collège des médecins donne finalement aux paramédics formés en soins avancés l'autorisation d'utiliser 26 médicaments et 28 protocoles et sous-protocoles, comme l'évaluation de

---

<sup>71</sup> AETMIS, *Introduction des soins médicaux avancés...*, p. 60-61.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 62.

<sup>73</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 27.

l'atteinte de l'état de conscience, l'intervention avancée à une réaction allergique ou intoxication (drogues, médicaments, alcool) ou la gestion avancée de la douleur aiguë<sup>74</sup>.

Les paramédics en soins avancés obtiennent aussi le droit d'« évaluer ». Contrairement au technicien ambulancier paramédic de soins primaires, qui « applique le concept d'appréciation de la condition clinique...le technicien ambulancier paramédic de soins avancés applique le concept d'évaluation de la condition clinique<sup>75</sup> ». Ce droit d'évaluer signifie que le technicien ambulancier paramédic

a le devoir d'assurer le leadership de l'intervention et assure la responsabilité clinique des soins au patient lorsqu'il est présent. À ce titre, il doit encadrer et superviser l'ensemble des autres intervenants des SPU (premiers répondants et techniciens ambulanciers en soins primaires, etc.) dans la dispensation des soins, et ce, en respect des champs de compétences de chacun<sup>76</sup>.

Ce droit à l'évaluation implique donc un rehaussement considérable du rôle clinique du technicien ambulancier paramédic pour des tâches, comme la détermination des soins requis et la supervision d'autres intervenants, qui impliquent un jugement clinique et ne se limitent plus à l'utilisation d'outils technologiques.

Ce rehaussement des compétences reconnues, pour des intervenants qui ont acquis une formation continue hors des réseaux de formation habituels, inspire la création de programmes de formation universitaires. En septembre 2016, une formation universitaire de premier cycle en soins préhospitaliers d'urgence est inaugurée au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal<sup>77</sup>, une première au Québec. Il s'agit d'une majeure de 60 crédits qui

permet à l'étudiant d'acquérir des connaissances avancées sur les divers systèmes du corps humain, sur certaines pathologies urgentes ainsi que sur les traitements avancés à administrer en milieu préhospitalier. Le programme vise également l'enseignement de concepts et de méthodes de

---

<sup>74</sup> Gouvernement du Québec et Urgences-santé, *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés*, 2020, 104 p.

<sup>75</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>76</sup> *Ibid.*

<sup>77</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 33.

travail qui sont propres aux techniciens ambulanciers paramédics de soins avancés<sup>78</sup>.

À l'automne 2019, le registre national de la main-d'œuvre recense 46 paramédics formés en soins avancés<sup>79</sup>.

L'utilisation des soins avancés dans les SPU reste toutefois limitée, encore aujourd'hui, aux territoires desservis par Urgences-Santé, le gouvernement québécois refusant le déploiement général de ce type de soins. Malgré cette limite, la percée vers les soins avancés fait évoluer le projet professionnel des paramédics et leur argumentaire auprès de l'Office des professions.

### 3.3.3 Une nouvelle demande pour la constitution d'un ordre (2020)

Lors des débats concernant les soins avancés en 2004, l'APPQ déplore que « le Québec utilise une approche différente des neuf autres provinces canadiennes et des cinquante états américains en matière de soins préhospitaliers d'urgence<sup>80</sup> ». L'APPQ plaide que certaines interventions de stabilisation du patient ne peuvent attendre l'arrivée en centre hospitalier. Pour les mêmes raisons, le rapport produit par l'AETMIS en 2005 formule aussi des recommandations concernant la formation initiale, qui concordent avec les demandes de l'APPQ, du RETAQ-CSN et d'Urgences-Santé, qui affirment tous que de meilleurs soins préhospitaliers exigent un rehaussement de la formation des soins primaires au cégep. Ces demandes conjuguées portent fruit avec la création en 2006 d'un diplôme d'études collégiales (DEC) complet, qui remplace le programme d'AEC qui

---

<sup>78</sup> Université de Montréal, *Présentation de la majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés* [En ligne], <https://medfam.umontreal.ca/etudes/majeure-soins-prehospitaliers-durgence-avancees/> (Page consultée le 28 mai 2023).

<sup>79</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 60. Bien que l'histoire de la création de ce programme reste à faire, ce scénario rappelle les stratégies des psychologues et des physiothérapeutes québécoises qui utilisent aussi des formations continues hors des réseaux habituels pour créer des faits accomplis sur le marché du travail, Julien Prud'homme, « Professionnelles de la santé et marchés des soins. Les trajectoires analogues des psychologues et des physiothérapeutes québécoises, 1950-2010 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 62, no 2 (2009), p. 253-287.

<sup>80</sup> Canada NewsWire (français), « Position de l'Association professionnelle des paramédics du Québec sur le niveau de soins et la formation des techniciens ambulanciers paramédics au Québec », 9 novembre 2004.

existait jusque-là. Le nouveau DEC représente 2745 heures de formation, soit 300 heures de plus que l'AEC, et il devient obligatoire en 2013<sup>81</sup>. Plusieurs habiletés telles que l'analyse, la synthèse et le jugement critique font désormais partie intégrante du curriculum, qui se rapproche ainsi des formations collégiales en soins infirmiers et en inhalothérapie.

Peu de temps après le rapport Ouellet de 2014, l'APPQ cesse ses activités et, en 2015, la Corporation des paramédics du Québec (CPQ) devient la seule association professionnelle des paramédics au Québec<sup>82</sup>. Les raisons de ce changement nous restent difficiles à cerner, mais nous émettons l'hypothèse que l'APPQ ne semblait plus le véhicule le plus adéquat pour l'avancement de la professionnalisation du geste ambulancier et qu'une « corporation » paraissait mieux placée pour assurer le suivi du rapport Ouellet. La Corporation poursuit le travail entamé sur le projet professionnel des paramédics québécois : elle promeut la mise en place de projets pilotes et l'avancement des soins avancés, tout en faisant des recommandations au MSSS et au Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU). En 2020, elle dépose une nouvelle requête en constitution d'un ordre professionnel, dans un mémoire stratégiquement intitulé : *Nous sommes paramédics. La protection du public, 18 ans de retard !*

Cette requête est plus ferme que les précédentes en ce qui a trait à la dissociation entre le paramédic et l'ambulance ou son équipement technique : « Les lois actuelles restreignent l'exécution de la pratique paramédicale à un transport ambulancier. La rédaction des protocoles d'intervention clinique, empreinte d'une culture du gyrophare, associe systématiquement chaque protocole à un transport vers la salle d'urgence par ambulance<sup>83</sup>. » L'attachement à un équipement routier, et au rôle de transit qui lui est associé, est un cas unique chez les professionnels de la santé : « Dans le domaine de la

---

<sup>81</sup> Urgences-Santé, *25 ans d'histoire et de passion*, p. 35.

<sup>82</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 12.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p. 52.

santé, personne d'autre ne voit astreindre sa contribution professionnelle à la présence d'un équipement particulier comme condition préalable d'exercice, *a fortiori* lorsque ledit équipement ne peut être acheté et exploité comme outil de travail personnel par l'individu<sup>84</sup>. » Selon la CPQ, l'ambulance ne représente qu'un outil de travail dans un éventail plus large et la véritable pratique des paramédics dans les SPU est centrée sur le patient plutôt que sur l'ambulance et ses technologies. La Corporation mise sur les récentes évolutions pour asseoir cet argument. Les paramédics, dit-elle, ont la formation et l'esprit critiques nécessaires pour élargir leur champ de compétence au-delà de l'urgence et de l'ambulance.

La CPQ insiste par exemple sur des projets émergents de santé communautaire, qu'elle met fort en évidence. Elle soutient ainsi un projet pilote, débuté en 2020 avec Info-Santé Laval, dans lequel les paramédics et le personnel médical font une évaluation conjointe, lorsque le patient est suivi par le CLSC pour des interventions d'un niveau de priorité spécifique, et déterminent ensuite conjointement la prise en charge du patient<sup>85</sup>. Plusieurs projets de para-médecine communautaire (Projet SPLL, Projet CETAM, Projet CIUSS de la capitale nationale, Projet Corporation d'Urgences-santé, etc.<sup>86</sup>) et d'autres projets pilotes (protocoles « *treat and release* » sur place par des TAP-SA lors de la pandémie, par exemple<sup>87</sup>) démontrent, selon la CPQ, les capacités des paramédics québécois à exercer leurs activités hors du contexte traditionnel de l'urgence et de l'ambulance.

La Corporation des paramédics fait aussi des efforts visibles pour adapter son argumentaire aux attentes de l'Office des professions. Elle note que l'évolution de la pratique clinique en SPU et la prise en charge du patient créent de nouveaux risques, qui

---

<sup>84</sup> *Ibid.*

<sup>85</sup> Comité de consultation des membres de la CPQ, *Type et niveau de soins : Présenté au Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence CNTSPU*, CPQ, 7 juillet 2020, p. 5.

<sup>86</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 67 et 107 : *Énoncé de position*, 3 juin 2020, p. 12-16.

<sup>87</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 57.

ne peuvent être atténués que par la qualité de gestes qui sont spécifiques aux paramédics<sup>88</sup>. Elle met en valeur les niveaux de formation et du champ de compétence des paramédics, présentés comme désormais équivalents à ceux des autres professionnels en santé<sup>89</sup>. Surtout, la CPQ affirme que les mécanismes extérieurs à la profession créés pour encadrer le geste ambulancier, comme le Registre national des techniciens ambulanciers et le programme continu d'assurance-qualité, ne sont pas adéquats. Depuis la mise en œuvre de la loi 96, aucun document officiel ne confirme l'efficacité de ces mécanismes, avance la Corporation, qui déplore l'opacité, l'hétérogénéité et l'inefficacité des modalités d'évaluation des SPU en général<sup>90</sup>. Cela permet à la Corporation d'affirmer que « le MSSS n'a toujours pas élaboré et appliqué de mesures comparables à celles adoptées et suivies par les ordres professionnels pour assurer concrètement la protection du public<sup>91</sup> ». Son argument principal est que dans ce contexte, seuls les paramédics peuvent évaluer, juger et encadrer leur propre geste et que c'est cette nécessité qui requiert la création d'un ordre professionnel : « Présentement, aucun autre mécanisme d'encadrement n'est capable de prendre véritablement en charge les risques à l'égard de la pratique paramédicale<sup>92</sup> ».

Bref, la CPQ n'insiste pas tant sur l'existence d'un risque de préjudice que sur l'inaptitude des modes de régulation existants à prévenir ce risque, puisque ces modes de régulation ne reposent pas sur une évaluation des compétences que la Corporation présente comme spécifiques aux paramédics. Le traitement de la requête en constitution d'un ordre par la CPQ est toujours en cours au moment d'écrire ces lignes.

---

<sup>88</sup> *Ibid.*, 168 p.

<sup>89</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>90</sup> *Ibid.*, p. 65, 102.

<sup>91</sup> CPQ, *Nous sommes paramédics*, p. 67. Le MSSS lui-même échouerait à cette tâche : selon la Corporation, la protection du public à l'égard du geste paramédical « ne doit plus être dépendante d'une fonction où des médecins [directeurs médicaux] désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux se succèdent. La régulation du champ de pratique des paramédics doit poursuivre une pérennité au sein d'une organisation de paramédics autonome et indépendante du MSSS », *ibid.*, p. 74

<sup>92</sup> *Ibid.*, p. 65.

### **3.4 LES INHALOTHÉRAPEUTES, LES PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ CARDIORESPIRATOIRE**

Alors que les paramédics relancent leurs efforts auprès de l'Office des professions dans le but d'obtenir un ordre professionnel, les inhalothérapeutes ont déjà intégré le système professionnel avec la constitution de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). L'OPIQ, une fois créé, continue de militer pour l'avancement du statut professionnel de ses membres, notamment en cherchant à étendre leurs compétences exclusives à de nouvelles tâches cliniques. Le projet de professionnalisation ne s'arrête donc pas à la suite de la constitution d'un ordre et l'OPIQ use de diverses stratégies pour élargir le champ d'expertise de ses membres.

Dans cette section, nous présentons les actions entreprises par l'OPIQ pour faire avancer le statut professionnel des inhalothérapeutes, par l'obtention de nouveaux actes réservés et par la mise en place de nouvelles formations continues. Puis, nous présentons les débats animés par l'OPIQ sur la notion d'évaluation, avant et après l'ajout d'un acte réservé d'évaluation au champ de compétence de l'inhalothérapeute. Pour finir, nous présentons les démarches entamées par l'OPIQ pour rehausser la formation en inhalothérapie du niveau collégial vers le niveau universitaire.

#### **3.4.1. Les combats de l'OPIQ pour de nouvelles tâches et l'élaboration de formations continues**

En décembre 2004, l'OPIQ, dans sa revue *L'Inhalo* (qui remplace l'*Inhalo-scope* en 2000), affirme que « l'inhalothérapeute contribue à l'évaluation de la fonction respiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique [...] [L]es soins cardiorespiratoires ne sont plus ce qu'ils étaient, nous parlons maintenant de gestion de la respiration et du suivi clinique de cette clientèle<sup>93</sup> ». L'OPIQ estime aussi que la loi 90

---

<sup>93</sup> *L'inhalo*, vol. 21, no 4 (décembre 2004), p. 7.

confirme que l'inhalothérapie est une pratique professionnelle à part entière et qu'elle est appelée à étendre ses activités au-delà de la manipulation de machines<sup>94</sup>.

La loi 90, qu'on a décrite plus tôt dans ce chapitre, attribue aux inhalothérapeutes la responsabilité de « contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques et thérapeutiques, contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire<sup>95</sup> ». La profession a donc désormais des activités qui lui sont légalement réservées, telles l'assistance ventilatoire et la surveillance clinique des personnes sous anesthésie, que seules les membres de l'OPIQ ont les connaissances adéquates et nécessaires pour réaliser. Selon l'OPIQ, les notions d'« évaluation » et de « suivi clinique » inscrites dans la loi impliquent nécessairement l'exercice d'un jugement clinique, des connaissances spécifiques et une certaine autonomie. Par exemple, lorsque l'inhalothérapeute doit sevrer un patient d'un ventilateur dans un délai précis, c'est à elle seule de déterminer les modalités et les risques de la manœuvre qu'elle va accomplir<sup>96</sup>.

C'est en se basant sur cette prémisse que l'OPIQ continue son travail pour étendre le champ de compétence de ses membres. L'Ordre agit auprès d'instances comme le Collège des médecins, le MSSS et l'Office des professions pour l'obtention de nouveaux actes et la création de nouvelles formations continues. Il voit comme une opportunité les demandes de l'Office pour davantage de formation continue et déclare en 2010 que l'adoption, en 2004, du *Règlement sur la formation continue obligatoire* a eu un impact positif sur les milieux de travail<sup>97</sup>. Cet engouement pour la formation continue peut être expliqué par le fait que l'OPIQ y voit un tremplin vers une formation universitaire, qu'elle désire ardemment obtenir. Tout comme pour les paramédics, la formation continue joue un rôle clé dans le projet professionnel des inhalothérapeutes. En plus de maintenir à jour leurs compétences, des formations créées par l'OPIQ sur des actes précis aident les

---

<sup>94</sup> *L'inhalo.* vol. 27, no 3 (octobre 2010), p. 6.

<sup>95</sup> Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), *Demande du rehaussement du diplôme donnant ouverture aux permis d'inhalothérapeutes*, OPIQ, 2020, p. 9.

<sup>96</sup> *Ibid.*

<sup>97</sup> *L'inhalo.*, vol. 27, no 3 (octobre 2010), p. 6.

inhalothérapeutes qui le souhaitent à élargir leur champ d'exercice. C'est le cas, par exemple, des formations sur la ponction artérielle radiale. Après avoir demandé et reçu l'autorisation du Collège des médecins, l'OPIQ émet une attestation pour une formation d'au moins deux heures sur le système vasculaire et la ponction artérielle, qui permet à certaines inhalothérapeutes d'exercer cette manœuvre sous ordonnance individuelle<sup>98</sup>. À la fin des années 2010, l'OPIQ offre plus de 70 formations en ligne qui couvrent un large spectre de connaissances, touchant autant les soins cliniques que la relation avec les patients, les soins de fin de vie, l'évaluation de l'inaptitude et le consentement aux soins, etc.

Tout au long des années 2000 et 2010, l'OPIQ milite aussi directement auprès des décideurs pour étendre le rôle professionnel de ses membres par l'obtention de nouveaux actes, réservés ou seulement autorisés, qui incluent l'opération d'équipements plus complexes, la prescription de médicaments pour la cessation tabagique, et la vaccination.

Les gains sur ce front sont souvent le fruit de percées sur le terrain, favorisées par les formations continues. Le 13 octobre 2012, le *Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute* et le *Règlement sur les activités de formation des inhalothérapeutes pour opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle et de l'équipement d'autotransfusion* entrent en vigueur. Ces règlements prévoient l'autorisation et les modalités d'encadrement de quatre nouvelles activités concernant l'opération d'équipements complexes d'assistance pulmonaire et de transfusion. L'OPIQ explique que ces quatre actes ne sont pas à proprement parler de nouvelles activités puisque plusieurs inhalothérapeutes exercent déjà ces activités depuis des années. Les nouvelles dispositions dissipent toutefois toute ambiguïté quant à leur portée et permettent à l'Ordre de mieux encadrer leur pratique.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> *Ibid.* ; OPIQ, *Demande du rehaussement du diplôme...*, p. 14.

<sup>99</sup> *L'inhalo*, vol. 28, no 4 (janvier 2012), p. 17.

Dans la même veine, à partir de l'été 2018, un règlement d'application de la *Loi sur la santé publique* permet à l'inhalothérapeute de prescrire certains médicaments pour la cessation tabagique, un ajout rendu possible par la disposition de la loi 90 permettant à l'inhalothérapeute d'administrer et d'ajuster des médicaments<sup>100</sup>. En 2019, dans le cadre des consultations sur le projet de loi 29, un texte omnibus qui affecte plusieurs professions, l'OPIQ réclame l'ajout d'une activité réservée de vaccination. Cet ajout autoriserait l'inhalothérapeute à administrer, sans ordonnance, à la suite de son évaluation du patient et en conformité avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), certains vaccins comme celui de l'influenza. L'OPIQ argue que cet ajout favoriserait la contribution des inhalothérapeutes aux soins à domicile et aux soins de première ligne. Cette demande a peu d'écho et la loi 29 est sanctionnée à l'automne 2019 sans que l'OPIQ n'ait gain de cause. Par contre, les mesures d'urgence adoptées par le gouvernement québécois durant la pandémie de covid-19 (notamment un arrêté ministériel de décembre 2020) autorisent les inhalothérapeutes, « sans ordonnance, à administrer à toute personne un vaccin contre l'influenza ou contre la COVID-19, à évaluer l'état de santé d'une telle personne avant et après la vaccination ainsi qu'à intervenir en situation d'urgence<sup>101</sup> ». Il est encore trop tôt pour savoir si cette décision temporaire favorisera la demande de l'Ordre pour un acte réservé permanent en vaccination, mais le dossier demeure ouvert.

### **3.4.2 Les débats sur la notion d'évaluation en tant qu'activité réservée**

Un autre chantier de l'OPIQ est la précision de la compétence de l'inhalothérapeute à « évaluer » un patient. En 2001, le rapport Bernier recommandait d'octroyer aux inhalothérapeutes et aux infirmières auxiliaires l'acte réservé de « contribuer à l'évaluation ». Il s'agit d'une formulation ambiguë alors que d'autres professions, dont les orthophonistes, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, se

---

<sup>100</sup> OPIQ, *Demande du rehaussement du diplôme...*, p. 14.

<sup>101</sup> *Gazette officielle du Québec*, vol. 152, no 50-A (10 décembre 2020), p. 5008-A.

voient réserver une réelle « activité d'évaluation » dans leur champ d'expertise<sup>102</sup>. Ces termes sont retenus dans la loi 90 et suggèrent que les inhalothérapeutes ne peuvent réaliser une évaluation complète par elles-mêmes. Pourtant, argumente l'OPIQ, l'évaluation est le fondement de l'exercice de l'inhalothérapeute, comme chez la plupart des autres professionnels de la santé. C'est pour normaliser le recours à l'évaluation que l'OPIQ publie en 2015 un mémoire intitulé *L'évaluation : pierre angulaire du jugement clinique de l'inhalothérapie*, où elle déplore notamment le libellé « contribue à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire », figurant dans la loi 90, qui crée selon lui une confusion déplorable dans un domaine d'activité stratégique<sup>103</sup>.

Le rapport Bernier expliquait que « l'activité d'évaluation a été réservée lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels qui travaillent en première ligne et qui interviennent directement auprès des clientèles sans diagnostic préalable<sup>104</sup>. » L'OPIQ objecte, en 2015, que réserver l'évaluation uniquement aux professionnels qui interviennent « sans diagnostic préalable » est trop restrictif et ne représente pas la réalité de la pratique, car cela minimise les rôles d'évaluation et de décision des cliniciennes qui travaillent en aval des médecins. Même lorsqu'elles travaillent en première ligne, les inhalothérapeutes interviennent rarement auprès de patients n'ayant pas de diagnostic préalable : elles doivent pourtant régulièrement évaluer la condition cardiorespiratoire du patient et porter un jugement clinique sur sa condition afin d'exercer certaines des activités qui leur sont réservées, tels l'administration et l'ajustement de médicaments ou la surveillance clinique des patients sous anesthésie<sup>105</sup>. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) définit la notion de « contribution à l'évaluation » des infirmières auxiliaires comme un geste assez limité, soit la cueillette « des données objectives et subjectives, en les consignnant au dossier du patient et en les fournissant à

---

<sup>102</sup> Andrée Lacoursière et Éline Paré, *L'évaluation : pierre angulaire du jugement clinique de l'inhalothérapie*, Montréal, OPIQ, 2015, p. 9.

<sup>103</sup> *Ibid.*, p. 5, 9.

<sup>104</sup> Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines: rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines*, Québec, 2003, p. 249-250.

<sup>105</sup> Lacoursière et Paré, *L'évaluation...*, p. 9.

l'infirmière afin qu'elle en tienne compte dans son évaluation<sup>106</sup>», et l'OPIQ argumente que le rôle de ses membres dépasse largement cette définition et que, sous cet angle, le rôle de l'inhalothérapeute ressemble plus à celui de l'infirmière qu'à celui de l'infirmière auxiliaire.

L'OPIQ cherche de nouveaux arguments dans le rapport Trudeau, paru en 2005 et portant sur la santé mentale, où la question de l'évaluation se présente différemment. Le rapport Trudeau insiste sur la nécessité de distinguer le « diagnostic » de l'« évaluation » effectuée par des professionnels non-médecins, pour conclure que « l'évaluation est le jugement clinique qui s'inscrit dans la finalité des champs d'exercice de chacune des professions<sup>107</sup> ». Selon ce raisonnement, l'idée d'évaluation implique de porter un jugement clinique complet sur la situation d'un patient à partir d'informations dont dispose le professionnel, selon son champ de compétence, et d'en communiquer les conclusions. C'est en suivant ce principe que le Collège des médecins autorise par la suite certaines activités d'évaluation par divers professionnels même dans des cas où il existe déjà un diagnostic, dont les paramédics en soins avancés en 2011 et les sexologues en 2013<sup>108</sup>.

L'OPIQ profite de cette évolution et explique que ses membres exercent leur jugement clinique comme ceci :

L'inhalothérapeute recueille d'abord toutes les données cliniques pertinentes à la situation de santé du patient, entre autres au moyen de l'auscultation, de la prise des signes vitaux, des symptômes respiratoires et de divers tests diagnostiques. Ces données sont ensuite analysées, quantifiées et interprétées en fonction de l'état du patient. Des constats sont alors formulés<sup>109</sup>.

Par exemple, dans le secteur des soins à domicile, l'inhalothérapeute participe activement au diagnostic en évaluant l'état de ses patients et en proposant des solutions ou des changements au plan d'action thérapeutique suivant l'évaluation. Cependant, l'incertitude

---

<sup>106</sup> *Ibid.*, p. 9-10.

<sup>107</sup> *Ibid.*, p.10.

<sup>108</sup> *Ibid.*

<sup>109</sup> *Ibid.*, p. 14.

créée par le libellé de la loi 90 limite parfois l'intervention des inhalothérapeutes car elles ne sont pas nommément autorisées à évaluer les patients dont elles assurent un suivi plus continu<sup>110</sup>. Cette limite entre même en contradiction avec d'autres volets du rapport Bernier, qui présentait les CLSC comme des lieux propices à l'initiation des mesures diagnostiques par un professionnel non-médical<sup>111</sup>.

La notion de « contribution à l'évaluation » limite aussi l'accès des inhalothérapeutes à l'activité de vaccination, dont on a souligné l'importance aux yeux de l'OPIQ. Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) ne mentionne pas non plus le rôle que pourraient jouer les inhalothérapeutes comme vaccinateurs<sup>112</sup>. L'OPIQ est d'avis que cette omission dans le PIQ est justement due à l'absence de l'évaluation dans la liste d'activités des inhalothérapeutes, puisqu'elle est considérée dans le Protocole comme nécessaire pour l'exercice de l'acte vaccinal :

Les professionnels habilités [à vacciner] sont les professionnels de la santé qui peuvent initier la vaccination et y procéder, c'est-à-dire qui sont habilités à poser un diagnostic ou à *évaluer la condition de santé* d'une personne en lien avec le produit immunisant à administrer et à déterminer le produit à administrer<sup>113</sup> [nos italiques].

Bref, l'incertitude sur la capacité légale des inhalothérapeutes à « évaluer » un patient les empêche d'agir comme vaccinateurs, ce qui réduit leur capacité à pleinement investir des secteurs comme les soins à domicile ou les soins de première ligne hors de l'hôpital, par exemple en CLSC.

Pour toutes ces raisons, l'OPIQ revendique la reconnaissance de l'« évaluation », plutôt que la simple « contribution à l'évaluation », à titre d'activité réservée. Cette demande trouve en partie son chemin, à l'été 2019, dans le projet de loi 29, évoqué plus

---

<sup>110</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>111</sup> Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée...*, p. 253.

<sup>112</sup> Lacoursière et Paré, *L'évaluation...*, p. 23.

<sup>113</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Protocole d'immunisation du Québec* [En ligne], <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/> (Page consultée le 28 mai 2023).

tôt. Ce projet de loi actualise le champ d'exercice de l'inhalothérapeute en y ajoutant des gestes concernant spécifiquement le système cardiorespiratoire, dont « l'évaluation cardiorespiratoire d'une personne symptomatique<sup>114</sup> ». Cet ajout particulier fait suite à une demande du Collège des médecins qui, en 2014, avait amendé son propre règlement pour rendre plus fluide l'activité dans les blocs opératoires<sup>115</sup>. L'OPIQ se réjouit de cet ajout mais il critique la persistance d'une définition limitée de la capacité à évaluer, en soulignant cette fois ses effets sur les tâches « cardiorespiratoires ». Cette limite, écrit l'OPIQ, ne respecte pas le contexte de tous les milieux cliniques. Par exemple, dans le domaine de l'assistance en anesthésie, l'inhalothérapeute :

... surveille constamment et évalue la condition d'une personne sous anesthésie : état de conscience, rythme cardiaque et analyse des tracés électrocardiographiques, saturation en oxygène, ventilation, tension artérielle, température corporelle, douleur (profondeur de l'analgésie et de l'anesthésie), degré de curarisation, pertes liquidiennes (sang, urine), point de pression (positionnement), etc.<sup>116</sup>

L'évaluation attendue de l'inhalothérapeute, dans ce cas de figure, ne se limite donc pas à la fonction cardiorespiratoire mais s'étend aussi aux systèmes rénal, hépatique, etc. L'Ordre, qui souhaite voir cette porte s'ouvrir au-delà du bloc opératoire, propose donc la modification suivante au libellé : « évaluer la condition physique d'une personne symptomatique<sup>117</sup> ». Tout comme dans le cas de la vaccination, cependant, le projet de loi 29 est adopté sans que l'OPIQ n'ait eu gain de cause.

### **3.4.3 La formation initiale en inhalothérapie : lacunes et proposition de l'OPIQ (2020)**

L'OPIQ lance aussi des débats sur le rehaussement de la formation initiale. Sept cégeps offrent la technique en inhalothérapie, qui a fait l'objet d'une refonte en 1997 dans le contexte d'une réforme générale des programmes de cégeps. Les instances impliquées

---

<sup>114</sup> OPIQ, *Consultations particulières. Projet de loi N°29. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées*, OPIQ, 2019, p. 5.

<sup>115</sup> *Ibid.*

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>117</sup> *Ibid.*, p. 7.

dans le dossier de la formation initiale, soit les ministères de l'Éducation et de la Santé, les cégeps et l'OPIQ, s'entendent assez tôt sur le fait que le nombre d'heures de formation est insuffisant pour atteindre le niveau de pratique clinique des inhalothérapeutes des années 2000. Malgré cela, les propositions adressées aux différents ministères n'aboutissent pas. C'est l'histoire de ces difficultés que nous développons dans les pages suivantes.

En 2002-2003, l'OPIQ produit puis diffuse le document *Compétences relatives à l'entrée dans la pratique*, qui compare le contenu du DEC en inhalothérapie avec les compétences que l'Ordre juge désormais nécessaires à l'entrée de la profession, l'OPIQ expliquant que la profession a subi « une évolution fulgurante de l'exercice<sup>118</sup> ». Par ce document, l'OPIQ veut montrer que le champ d'exercice de ses membres déborde la formation convenue en 1997. En 2008, l'OPIQ convainc les ministères de l'Éducation et de la Santé de conclure une entente pour étudier un possible rehaussement de la formation initiale vers l'université. Le rapport produit en 2010 par le ministère de l'Éducation déçoit toutefois l'Ordre : tout en reconnaissant que le rôle de l'inhalothérapeute s'est accru depuis les années 1990, surtout en ce qui a trait au jugement clinique, à la polyvalence et à l'autonomie, le ministère conclut que la formation en inhalothérapie doit continuer de relever de l'enseignement technique<sup>119</sup>. L'OPIQ, très critique du travail du ministère et de sa « grille mal pondérée », réplique en 2011 avec son propre rapport, *La formation initiale en inhalothérapie au Québec : déficiences et insuffisances*, dans lequel il propose d'ajouter pas moins de 1147 heures de formation. Entre 2013 et 2015, l'OPIQ obtient le soutien de l'Association des anesthésiologistes du Québec, du Collège des médecins et des universités de Montréal et de Sherbrooke sur ce point. Fort de ces appuis, l'OPIQ engage des tractations avec les ministères concernés mais d'autres acteurs s'opposent au projet, dont la Fédération des cégeps<sup>120</sup>. Le dossier semble cheminer à la satisfaction de l'OPIQ mais subit un recul après janvier 2019 : le gouvernement met alors en place un

---

<sup>118</sup> OPIQ, *Référentiel des compétences à l'entrée de la profession*. Québec, OPIQ, 2018, p. 2.

<sup>119</sup> OPIQ, *Demande du rehaussement du diplôme...*, p. 7.

<sup>120</sup> Fédération des cégeps, *Demande de rehaussement du diplôme donnant ouverture au permis d'inhalothérapeute. Mémoire de la Fédération des cégeps présenté au ministère de l'Enseignement supérieur du Québec*, Montréal, Fédération des cégeps, 2020, 35 p.

nouveau processus d'examen des demandes de rehaussement, qui devront désormais passer par l'Office des professions. Ayant cru un moment qu'il pourrait passer outre ce nouveau processus, l'OPIQ se déclare très déçu, à la fin 2019, de devoir reprendre la démarche à zéro<sup>121</sup>.

L'OPIQ dépose donc à l'automne 2020 sa *Demande de rehaussement du diplôme donnant ouverture aux permis d'inhalothérapeutes*, en collaboration avec le Collège des médecins. Dans ce document, l'Ordre dénonce l'écart significatif entre la formation dispensée dans les cégeps et certains actes devenus courants, qu'il décrit comme des « compétences attendues » dans son propre référentiel de compétence. Dans sa demande, l'OPIQ présente plusieurs cas où la formation ne prépare pas adéquatement les inhalothérapeutes, surtout dans les secteurs de l'assistance à l'anesthésie, de la sédation-analgésie, des soins critiques et des soins à domicile<sup>122</sup>.

Un exemple évocateur est celui des soins cardiorespiratoires à domicile, où la manipulation d'outils techniques nécessite le jugement et l'évaluation clinique d'un professionnel. Pourtant, selon l'Ordre, les nouvelles professionnelles entrant dans la profession sont mal outillées pour, de manière autonome, « exercer un jugement clinique et appuyer leurs interventions sur une quantité croissante de données probantes<sup>123</sup> ». Ce domaine se caractérise par une supervision médicale éloignée, c'est-à-dire une communication à distance avec un médecin selon l'évolution des données cliniques, et donc par une responsabilité professionnelle élevée. À partir d'une ordonnance, l'inhalothérapeute est donc appelée à « établir ou ajuster un plan d'action thérapeutique adapté à chaque patient » et à faire preuve « de jugement clinique pour proposer ou faire des choix judicieux (en matière de technologies, équipements, médicaments, procédures, enseignements, etc.) ; pour anticiper le mieux possible les risques<sup>124</sup> ».

---

<sup>121</sup> OPIQ, *Demande du rehaussement du diplôme...*, p. 8.

<sup>122</sup> *Ibid.*, p. 6, 25.

<sup>123</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>124</sup> *Ibid.*

L'OPIQ identifie aussi des déficiences à la formation pour la pratique à domicile, concernant par exemple l'enseignement aux patients ou à leurs proches, l'exercice en soins palliatifs, le rôle d'intervenant pivot, la gestion du temps et la rédaction de dossier, etc. Le cursus n'offre ainsi aucune formation en intervention psychosociale alors que celle-ci est pourtant habituelle chez les intervenants travaillant dans le milieu de vie des individus. L'Ordre soulève aussi des carences à la formation théorique, surtout en ce qui a trait à « la comorbidité associée aux principales pathologies cardiaques et respiratoires et aux pathologies nécessitant de l'oxygénothérapie ou de l'assistance ventilatoire<sup>125</sup> ». L'inhalothérapeute à domicile doit aussi évaluer des technologies en rapide évolution, comme des nouvelles procédures cliniques et du nouvel équipement et médication<sup>126</sup>.

Selon l'OPIQ, cet écart entre la formation collégiale et les tâches assumées en première ligne menace la protection du public. Le nombre de patients recevant des soins à domicile augmente et l'Ordre déplore une « exposition clinique insuffisante des finissants du programme de *Techniques d'inhalothérapie* pour intégrer en toute confiance et en toute sécurité le milieu des soins respiratoires à domiciles<sup>127</sup> ». L'OPIQ ajoute qu'un rehaussement de la formation favoriserait aussi le bien-être et la rétention de ses membres, dont 25% à 30% quittent la profession dans les six premières années de pratique car les risques d'erreurs dus à la formation déficiente entraînent un niveau de stress élevé<sup>128</sup>.

L'OPIQ et le Collège des médecins proposent un transfert complet de la formation au niveau universitaire. Le DEC technique disparaîtrait et l'OPIQ propose qu'un DEC en sciences de la nature ou de la santé puisse mener à un baccalauréat en inhalothérapie de 90 crédits. Cette formation universitaire permettrait l'ajout de connaissances sur l'éthique

---

<sup>125</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>126</sup> *Ibid.*

<sup>127</sup> OPIQ, *Demande du rehaussement du diplôme...*, p. 30.

<sup>128</sup> *Ibid.*

et la recherche, l'évaluation biopsychosociale et des actes plus avancés, comme la réanimation avancée, les urgences anesthésistes et la pharmacologie<sup>129</sup>.

En juin 2021, le comité gouvernemental (la « table opérationnelle ») chargé d'évaluer les demandes de rehaussement refuse cette proposition. Bien qu'il reconnaisse que le programme actuel ne réponde pas aux besoins et que cette situation puisse poser des risques pour la protection du public, le gouvernement et l'Office des professions refusent d'en conclure que le baccalauréat constitue la solution à privilégier<sup>130</sup>. Le rapport d'analyse produit par ce comité n'a été rendu public que dans une version lourdement caviardée, mais il autorise l'hypothèse que les opinions des décideurs sont partagées. L'Office des professions et les trois ministères sollicités pour l'analyse rendent des conclusions séparées. D'un côté, l'Office paraît sensible aux arguments de l'OPIQ : il « juge que certains faits [...] peuvent soulever des préoccupations légitimes au regard de la protection du public » et qu'« il y a lieu de s'interroger sur l'adéquation entre la formation actuellement offerte [...] et les compétences attendues<sup>131</sup> ». Même s'il demeure officiellement réservé sur la solution à adopter, qui n'est pas de son ressort, sa position est claire. De l'autre côté, les conclusions du Conseil du Trésor, du MSSS et du ministère de l'Enseignement supérieur sont entièrement caviardées mais elles débouchent sur un refus du rehaussement à l'université. Ce choix semble faire une large place à des arguments soulevés par « le Conseil supérieur de l'éducation et les partenaires du réseau collégial<sup>132</sup> », qui semblent craindre un précédent qui nuirait à l'image des cégeps.

---

<sup>129</sup> *Ibid.*, p.36-37.

<sup>130</sup> Table opérationnelle sur les demandes de rehaussement d'un diplôme donnant à ouverture à un permis ou un certificat de spécialiste d'un ordre professionnel, *Rapport d'analyse de la demande de l'ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2021, p. 4. [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Office\\_des\\_professions/Acces\\_a\\_l\\_information/Demandes\\_d\\_acces/2021/2021-09-02/Inhalo-Rehaussement-Decision-anonymisee.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Office_des_professions/Acces_a_l_information/Demandes_d_acces/2021/2021-09-02/Inhalo-Rehaussement-Decision-anonymisee.pdf) [Page consultée le 28 mai 2023]

<sup>131</sup> Table opérationnelle sur les demandes de rehaussement d'un diplôme donnant à ouverture à un permis ou un certificat de spécialiste d'un ordre professionnel, *Rapport d'analyse...*, p. 7.

<sup>132</sup> *Ibid.*, p.18-19 : Fédérations des cégeps, *Demande du rehaussement du diplôme*, 35 p.

Bref, le comité gouvernemental propose plutôt l'ajout d'une formation spécialisée et facultative à la suite du DEC, sous la forme d'une attestation d'études collégiales, d'un diplôme de spécialisation d'études techniques ou d'un certificat de premier cycle à l'université<sup>133</sup>, des options que l'OPIQ avait déjà rejetées et bien qu'un certificat de premier cycle en inhalothérapie (anesthésie et soins critiques) s'offre déjà à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Ce certificat ne donne pas accès à un poste différent des détenteurs du DEC, contrairement aux techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés, qui, lorsqu'ils terminent leur certificat, ont accès à une nouvelle catégorie de soins et un nouveau statut (TAP-SA).

---

<sup>133</sup> Table opérationnelle sur les demandes de rehaussement d'un diplôme donnant à ouverture à un permis ou un certificat de spécialiste d'un ordre professionnel, *Rapport d'analyse...*, p. 18-19.

### 3.5 CONCLUSION

Dans les années 2000, le système professionnel québécois subit une importante actualisation. L'Office pilote plusieurs réformes, dont les projets de loi 90 (2002) et 21 (2009), qui modernisent la régie interne des ordres et qui introduisent le concept d'acte réservé. Suite à ces changements législatifs, l'Office cherche à préciser la notion de protection du public et les mécanismes de surveillance des professionnels. Dorénavant, les groupes désirant constituer un ordre doivent prouver que seule leur compétence spécifique permet de diminuer les risques de préjudices à la population. Ces évolutions du système professionnel affectent les stratégies des groupes professionnels.

C'est aussi le cas des réformes du réseau de santé. La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (loi 96), adoptée en 2002, ajoute de nouvelles conditions pour agir en tant que technicien ambulancier. Le rapport Clair (2000) propose une réforme du réseau hospitalier au bénéfice des services de première ligne, tandis que les rapports Dicaire (2000) et Ouellet (2014) rapportent les défauts des SPU et proposent des solutions qui incluent la professionnalisation accrue des techniciens ambulanciers paramédics.

Suivant ces recommandations, les représentants des paramédics resoumettent leur projet d'ordre professionnel à l'Office des professions en 2003 et en 2020. Ils choisissent d'adapter leur discours en prenant leurs distances face à l'aspect technique du métier et en présentant leurs membres comme des professionnels de la santé prodiguant des soins, et l'ambulance et ses machines comme des outils parmi d'autres dans la prise en charge du patient. Au début des années 2000, la Corporation d'Urgences-santé, contre l'avis du gouvernement, forme 18 paramédics en soins avancés, susceptibles d'étendre le champ de compétence des paramédics et de rehausser leur statut professionnel. Après des débats houleux, ces soins sont implantés sur les territoires de Montréal et Laval. En 2014, le Collège des médecins leur accorde officiellement le droit d'accomplir divers protocoles et l'Université de Montréal inaugure un certificat universitaire de premier cycle sur ces soins avancés en 2016.

Les inhalothérapeutes, déjà représentées par un ordre professionnel, revendiquent l'obtention de nouveaux actes réservés et un rehaussement de leur formation initiale. En réaction aux lois 90 et 21, l'OPIQ formule plusieurs demandes pour obtenir les actes réservés permettant clairement aux inhalothérapeutes d'évaluer seules leurs patients et de vacciner dans les services à domicile et de première ligne. Il déplore aussi les limites de la formation initiale offerte dans les cégeps et continue encore aujourd'hui d'exiger une formation universitaire en inhalothérapie.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans ce mémoire, nous avons présenté l'émergence puis l'évolution des projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics québécois de 1971 à 2022. En analysant le discours associatif de ces deux corps de métiers fortement liés aux technologies, nous voulions éclairer les stratégies des représentants de ces groupes (associations, corporations, ordre) pour faire avancer le statut professionnel de leurs membres. Ce faisant, nous cherchions à enrichir l'historiographie en insistant sur des professions à caractère technique, importantes mais négligées, et en explorant la période post-1970, une période peu étudiée pour les groupes paramédicaux canadiens. Nous cherchions tout particulièrement à mettre en scène le groupe des techniciens ambulanciers paramédics, quasi-absents de l'historiographie. Nous avons comparé ce groupe, qui ouvre une fenêtre sur les systèmes extrahospitaliers, avec celui des inhalothérapeutes, qui agit au contraire surtout dans les hôpitaux. Ceci nous a permis d'ouvrir une fenêtre essentielle sur l'arrimage flou entre les établissements du réseau public et le système préhospitalier d'urgence, un système de première ligne peuplé d'employeurs privés et de besoins communautaires mal définis.

Cette comparaison entre deux expériences du réseau de la santé aide à formuler des hypothèses pour expliquer la variété des trajectoires parmi les corps de métier. Ainsi, le fait d'émerger au sein de l'hôpital, dans un milieu déjà très professionnalisé et compétitif, a rendu indispensable pour les inhalothérapeutes de se faire une place rapidement dans le système professionnel et de s'adapter à ses règles, notamment en prenant très tôt leurs distances par rapport au volet technique de leur travail. Les techniciens ambulanciers, pour leur part, sont apparus plutôt à la marge du système de santé et, de 1971 à 1999, n'ont pas subi la même pression à minimiser leurs tâches techniques. Leur priorité était plutôt d'être reconnus comme soignants plutôt que comme simples convoyeurs. Par contre, à partir de l'an 2000, les stratégies des deux groupes en viennent à converger à mesure que l'Office des professions précise ses attentes et que le

système de santé multiplie les opportunités extrahospitalières (en première ligne, en soins à domicile, etc.) pour les corps de métier qui se moulent au modèle professionnel.

Notre analyse a montré que ces deux groupes adaptent leur relation aux technologies, qu'ils s'approprient de manière stratégique pour s'orienter vers des compétences professionnelles choisies. Bien qu'ils partagent plusieurs stratégies, dont le changement d'identité professionnelle, le rehaussement des compétences et de la formation, et une adaptation aux demandes de l'Office des professions de réguler leur profession en vue de la protection du public, il reste que leurs stratégies concernant la relation à la technologie évoluent différemment dans le temps, ce qui montre l'élasticité et le caractère contextuel des usages des technologies par différents acteurs sociaux. Enfin, nous avons montré que les diverses réformes du réseau de la santé et du système professionnel québécois ont influencé les discours et les projets professionnels de ces deux corps de métier. C'est notamment le cas des attentes de l'Office des professions et de ses redéfinitions des gestes réservés ou de l'objectif de protection du public.

Dans le premier chapitre, nous avons énoncé nos objectifs de recherche et présenté la littérature théorique et historiographique pertinente. Nous avons utilisé cette revue de littérature pour formuler notre objectif général, qui était de caractériser les projets professionnels formulés par les représentants des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics du Québec et d'identifier les stratégies utilisées pour les faire avancer. Cet objectif se déclinait en deux objectifs spécifiques. Le premier consistait en l'analyse de la place des technologies dans les projets professionnels, les discours et les stratégies des deux groupes. Il s'agissait de rendre compte de l'accueil des technologies par les deux groupes et de la transformation de leur place dans le projet professionnel. Le second était d'indiquer comment les réformes successives du réseau de la santé et du système des ordres professionnels influencent ou non l'évolution des projets professionnels, des discours et des stratégies des deux groupes. Il s'agissait d'indiquer si les deux groupes prenaient acte de ces réformes dans le développement de leur projet professionnel. Nous avons aussi pour but, au travers de ces objectifs, de présenter les

similarités et/ou les disparités entre les projets professionnels des deux corps de métiers. Enfin, nous avons conclu ce chapitre en présentant notre méthode d'analyse, qui consistait en une analyse de discours, et en présentant notre corpus, divisé en trois fonds documentaires : des documents promotionnels des associations représentant les corps de métier étudiés, des documents politiques et administratifs produits par l'État québécois, et des programmes et outils cliniques.

Dans le chapitre 2, nous avons d'abord présenté les réformes publiques qui ont restructuré drastiquement le système de santé et le système professionnel québécois au début des années 1970. De 1966 à 1973, les travaux de plusieurs groupes de travail mènent à l'adoption du Code des professions et à la création de l'Office des professions. Ces nouveaux cadres doivent mieux coordonner l'octroi de monopoles professionnels et ils redéfinissent le mandat des ordres professionnels autour d'un objectif unique : la protection du public. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, l'État québécois étend aussi son contrôle sur le système de santé et projette une rationalisation des tâches dans le réseau de santé. De plus, l'Assemblée nationale adopte, en 1972, la *Loi de la protection de la santé publique*, qui est la première législation à traiter directement des services ambulanciers au Québec. Ce volet de la loi est mis en application à partir de 1976, inaugurant une évolution progressive, dans les années 1980, vers le concept de « services préhospitaliers d'urgence » (SPU). Ces services sont dorénavant envisagés comme un système en soi, qui incorpore de nouvelles structures comme le numéro unique 9-1-1 et la Corporation d'Urgences-santé.

Dans ce nouvel écosystème, les inhalothérapeutes et les techniciens ambulanciers ne tardent pas à développer des stratégies pour se faire une place dans le système professionnel québécois. Bien que les projets professionnels des deux groupes émergent pour différentes raisons, nous avons montré plusieurs similitudes dans l'argumentaire des associations créées pour les représenter, comme le choix de nouveaux intitulés jugés plus valorisants, des projets pour étendre leurs compétences et des stratégies pour se présenter comme les meilleurs garants de la protection du public. Les deux groupes ont surtout en

commun de fonder leur projet professionnel sur des compétences qui sont au départ de nature technique. Nous avons montré pour la période 1972-1999, contrairement à ce qui surviendra après 2000, une divergence importante dans la manière d'envisager le rapport à la technologie : les inhalothérapeutes cherchent vite à atténuer leur rapport à la technicité, y compris à l'aide de nouvelles machines ou procédures, tandis que les techniciens ambulanciers cherchent surtout à élargir leur palette d'outils technologiques sans remettre en cause leur importance. Les inhalothérapeutes s'approprient certaines technologies en les amalgamant à de nouvelles tâches thérapeutiques, dont la ventilation PEP et la rééducation respiratoire, et ainsi à de nouvelles compétences professionnelles. Les techniciens ambulanciers ont opté plutôt pour la promotion de leurs capacités techniques, en cherchant surtout à se détacher de l'image de conducteur d'ambulance. Les compétences techniques, qui semblent alors vues comme un frein potentiel à la professionnalisation des inhalothérapeutes, apparaissent au contraire comme un premier pas dans le projet professionnel des techniciens ambulanciers. Nous avons aussi montré dans ce chapitre que le contexte institutionnel dans lequel ces professions évoluent n'est pas statique. À partir de 1990, l'Office des professions annonce que le système professionnel québécois nécessite d'être actualisé et amorce des travaux d'envergure en ce sens, tandis que se multiplient les projets de réforme et les consultations sur la gouverne du réseau de santé.

Dans le chapitre 3, nous avons montré que, après 2000, le système professionnel québécois vit une importante réforme, qui est le fruit de ces travaux. L'Office pilote ainsi l'adoption de plusieurs lois, dont les lois 90 (2002) et 21 (2009), qui modernisent la régie interne des ordres et qui introduisent le concept d'acte réservé. Suivant ces changements législatifs, l'Office cherche à clarifier la notion de protection du public et à étoffer les mécanismes de surveillance des professionnels. Le résultat en est que, dorénavant, les groupes désirant constituer un ordre ou étendre leurs privilèges doivent prouver l'existence d'une compétence spécifique permettant de diminuer les risques de préjudices à la population. Le réseau de la santé, et surtout le système préhospitalier d'urgence, vit aussi des changements. La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (loi 96), adoptée en 2002, ajoute de nouvelles conditions pour agir en tant que technicien ambulancier. Le

rapport Clair (2000) propose une réforme du réseau hospitalier au bénéfice des services de première ligne, tandis que les rapports Dicaire (2000) et Ouellet (2014) rapportent les défauts des SPU et proposent des solutions qui incluent la professionnalisation accrue des techniciens ambulanciers paramédics.

Suivant ces recommandations, les représentants des paramédics soumettent de nouveau leur projet d'ordre professionnel à l'Office des professions en 2003 et en 2020. L'Association professionnelle des paramédics du Québec (APPQ), qui voit le jour en 2001, puis la Corporation des paramédics du Québec (CPQ), qui la remplace en 2015, choisissent d'adapter leur discours en prenant désormais leurs distances face à l'aspect technique du métier, et en présentant leurs membres comme des professionnels de la santé prodiguant des soins et réalisant des évaluations. Dans leur discours, l'ambulance et ses machines ne sont plus que des outils parmi d'autres dans la prise en charge du patient. Ces associations insistent sur le fait que l'évolution de la pratique clinique en SPU et de la prise en charge du patient produisent de nouveaux risques, qui ne peuvent être atténués que par la qualité de gestes spécifiques aux paramédics. Un véhicule important de cette évolution est le concept de soins avancés. Au début des années 2000, la Corporation d'Urgences-santé, contre l'avis du gouvernement, forme 18 paramédics en soins avancés, dans le but d'étendre le champ de compétence des paramédics et de rehausser leur statut professionnel. Après des débats houleux entre la Corporation et le gouvernement, ces soins sont implantés sur les territoires de Montréal et Laval, encore aujourd'hui les seuls territoires à desservir ce genre de soins à l'extérieur de projets pilotes. En 2014, le Collège des médecins leur accorde officiellement le droit d'accomplir divers protocoles et l'Université de Montréal inaugure un certificat universitaire de premier cycle sur ces soins avancés en 2016. Ces soins avancés font partie des nouvelles compétences qui doivent permettre aux « paramédics » d'étendre leurs activités hors de l'ambulance, en suivant le patient dans l'hôpital ou en évaluant les personnes dans un contexte communautaire ou à domicile.

Les inhalothérapeutes, déjà représentées par un ordre professionnel, revendiquent pour leur part l'obtention de certains actes réservés ainsi qu'un rehaussement de leur formation initiale. La pierre d'assise de ces demandes n'est plus l'appropriation de machines mais l'affirmation de compétences avancées dans l'évaluation des patients, qui justifieraient notamment une présence accrue dans les soins communautaires et à domicile. Suivant les lois 90 et 21, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), fait plusieurs demandes, notamment auprès de l'Office, pour obtenir les actes réservés permettant aux inhalothérapeutes d'évaluer leurs patients et de vacciner dans les services à domicile et de première ligne. Il déplore aussi les limites de la formation initiale offerte dans les cégeps, qu'il considère comme inadéquate, et exige, encore aujourd'hui, une formation universitaire en inhalothérapie. Dans les années 2000, les inhalothérapeutes ne présentent plus d'arguments insistant sur leur relation aux technologies et leurs capacités à intégrer celles-ci dans des compétences thérapeutiques.

De ces histoires comparées, il ressort que l'usage des technologies apparaît, au fil du temps, de moins en moins compatible avec les attentes des institutions et des normes qui encadrent l'octroi de privilèges professionnels. Cela dit, les projets professionnels des inhalothérapeutes et des techniciens ambulanciers paramédics montrent que, puisque les technologies n'ont pas des usages pleinement déterminés, des groupes à caractère technique se révèlent habiles à s'approprier de technologies ou à modifier leur usage pour les adapter à leurs propres projets professionnels. Cette exploitation de l'élasticité des technologies est particulièrement visible durant la période 1972-1999, alors que les inhalothérapeutes et les techniciens ambulanciers, par des stratégies divergentes, s'approprient de nouvelles machines. La période 2000-2022, au contraire, voit davantage les groupes professionnels essayer d'investir des lieux, comme les soins communautaires ou à domicile, qui les éloignent de l'autorité des médecins. Par ces projets, les deux groupes réduisent leur dépendance aux technologies et mettent plutôt en valeur des compétences en matière d'évaluation directe des patients. Ils réagissent en cela aux réformes des systèmes professionnels et de santé qui créent un environnement plus propice pour les projets professionnels.

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. SOURCES PRIMAIRES

#### 1.1 Documents associatifs

##### 1.1.1 Rapports et mémoires

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES PARAMÉDICS DU QUÉBEC. *Le besoin de soins préhospitaliers d'urgence de qualité dispensés par les paramédics. Aux premières lignes des services médicaux d'urgence au Québec*. Sainte-Thérèse, APPQ, 2002. 14 p.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES PARAMÉDICS DU QUÉBEC. *Requête en constitution d'un ordre professionnel des techniciens ambulanciers-paramédics ; Actualisation du mémoire déposé en décembre 1996 à l'Office des professions du Québec par la CRPTAQ*. Québec, APPQ, 2003. 24 p.

COMITÉ DE CONSULTATION DES MEMBRES DE LA CPQ, *Type et niveau de soins : Présenté au Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence CNTSPU*, Corporation des paramédics du Québec, 07 juillet 2020, 13 p.

COOPÉRATIVE DES TECHNICIENS AMBULANCIERS DU QUÉBEC. *Un ordre professionnel pour surveiller l'exercice d'une profession qui a évolué*. n.d., CTAQ, 2016, 28 p.

CORPORATION DES PARAMÉDICS DU QUÉBEC. *Énoncé de position*. 3 juin 2020, 25 p.

CORPORATION DES PARAMÉDICS DU QUÉBEC. *Nous sommes paramédics. La protection du public, 18 ans de retard ! Mémoire*. Brossard, CPQ, 2020. 168 p.

CORPORATION DES TECHNICIENS INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Mémoire à la commission parlementaire spéciale des corporations parlementaires*. Québec, CTIQ, 1972. 12 p.

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC. « Dossier spécial : Inhalothérapeute, L'experte des soins cardiorespiratoires ». *FIQ*, vol. 8, no 1 (mars 2018), 15 p.

LA CORPORATION POUR LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE DES TECHNICIENNES AMBULANCIÈRES ET TECHNICIENS AMBULANCIERS DU QUÉBEC (CRPTAQ). *Mémoire concernant la reconnaissance professionnelle des techniciennes ambulancières et des techniciens ambulanciers au Québec*. Québec, CRPTAQ, 1994. 74p. [Pages manquantes : nombres pairs (p.2, 4, 6, 8...)]

LACOURSIÈRE, Andrée et ÉLAINÉ PARÉ. *L'évaluation : pierre angulaire du jugement clinique de l'inhalothérapie*. Montréal, OPIQ, 2015. 37 p.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Consultations particulières. Projet de loi N°29. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées*. n.d., OPIQ, 2019. 17 p.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Demande du rehaussement du diplôme donnant ouverture aux permis d'inhalothérapeutes*. n.d., OPIQ (en collaboration avec le Collège des médecins du Québec), 2020. 54 p.

URGENCES-SANTÉ. *25 ans d'histoire et de passion*. Montréal, Urgences-santé, 2014, 45 p.

### **1.1.2 Journaux et revues**

*BULLETIN* [Bulletin de la Corporation des inhalothérapeutes du Québec]. 1980-1983.

*JASMU* [Journal pour l'avancement des soins médicaux d'urgence]. 1986-1988.

*L'inhalo* [Revue de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec]. 2000-2022.

*L'inhaloscope* [Revue de la Corporation des inhalothérapeutes du Québec.] 1983-1999.

## **1.2 Documents politiques et administratifs**

### **1.2.1 Rapports et mémoires**

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTIONS EN SANTÉ. *Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec*. Québec, AETMIS, 2005. 82 p.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Journal des débats de l'Assemblée nationale*. Québec, vol. 37, no 116 (14 juin 2002), p. 6966.

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Journal des débats de l'Assemblée nationale*. Québec, vol. 38, no 101 (10 novembre 2004), p. 5570.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes*. Québec, Gouvernement du Québec, 2000. 454 p. (Partie 1, Chapitres 1 et 2, p.1-107)

COMITÉ NATIONAL SUR LA RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE. *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place : rapport*. Québec, Gouvernement du Québec, 2000. 338 p.

COMITÉ NATIONAL SUR LA RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers : Urgence d'agir : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*. Québec, Gouvernement du Québec, 2014. 169 p. (Rapport Ouellet).

FÉDÉRATION DES CÉGEPS. *Demande de rehaussement du diplôme donnant ouverture au permis d'inhalothérapeute. Mémoire de la Fédération des cégeps présenté au ministère de l'Enseignement supérieur du Québec*. Montréal, Fédération des cégeps, 2020, 35 p.

GOUPIL, Linda [Ministre responsable de l'application des lois professionnelles]. *La mise à jour du système professionnel québécois*. Québec, OPQ, 1999. 16 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Lettres patentes concernant la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec*, 28 novembre 1984, Québec, Gouvernement du Québec, 2 p.

GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES. *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines : rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines*. Québec, 2003, 441 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE RÔLE DE SURVEILLANCE DE L'OFFICE. *Le rôle de surveillance de l'Office des professions : un tournant guidé par l'actualisation de la notion de protection du public*. Québec, OPQ, 2012. 23 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de développement des pratiques préhospitalières*. Québec, Gouvernement du Québec, 2021. 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de développement des pratiques préhospitalières : Guide numéro 3, Paramédecine communautaire*. Québec, Gouvernement du Québec, 2021. 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence au Québec. Chaque minute compte !* Québec, Gouvernement du Québec, 1992. 376 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels : vers un système professionnel plus souple et mieux adapté.* n.d., OPQ, 1996. 22 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Avis au gouvernement sur l'obligation de formation continue et le maintien de la compétence des membres des ordres professionnels au Québec.* Québec, OPQ, 1996. 34 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Guide d'analyse préliminaire des demandes d'encadrement professionnel. Critères et processus.* Québec, Gouvernement du Québec, 2019. 16 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *La mise à jour du système professionnel québécois.* Québec, OPQ, 1999, 16 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *La mise en place d'un ordre professionnel. Document d'information.* Québec, Gouvernement du Québec, 2010. 34 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Le système professionnel québécois de l'an 2000 : l'adaptation des domaines d'exercice et du système à la réalité du XXI<sup>e</sup> siècle.* Québec, OPQ, 1997. 65 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1995-1996.* Québec, OPQ, 1996, 49 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1996-1997.* Québec, OPQ, 1997, 47 p.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Rapport du Comité de travail concernant les nouveaux modèles d'encadrement professionnel.* Québec, OPQ, 2014. 35 p.

TABLE OPÉRATIONNELLE SUR LES DEMANDES DE REHAUSSEMENT D'UN DIPLÔME DONNANT OUVERTURE À UN PERMIS OU UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE D'UN ORDRE PROFESSIONNEL. *Rapport d'analyse de la demande de l'ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.* Lieu N.D., Gouv. Du Québec, 2021, 49 p.

### 1.2.2 Sites Internet

ASSOCIATION DES PARAMÉDICS DU CANADA. *Histoire de l'Association des Paramédics du Canada* [En ligne], <https://paramedic.ca/about-us/history/> (Page consultée le 28 mai).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Histoire du système préhospitalier d'urgence* [En ligne], <https://www.prehospitalierquebec.ca/prehospitalier/lhistoire-des-spu/> (Page consultée le 28 mai 2023).

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. *Technicien ambulancier paramédical/Technicienne ambulancière paramédicale* [En ligne], <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/21859/technicien-ambulancier-paramedical> (Page consultée le 28 mai 2023).

Université de Montréal, *Présentation de la majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés* [En ligne], <https://medfam.umontreal.ca/etudes/majeure-soins-prehospitaliers-durgence-avances/> (Page consultée le 28 mai 2023).

### 1.3 Programmes et outils cliniques

ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Référentiel des compétences à l'entrée de la profession*. Québec, OPIQ, 2018, 135 p.

*PICTAP-SA* [Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés]. 2018-2020.

*PICTAP-SP* [Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins primaires]. 2000-2017.

## 2. SOURCES SECONDAIRES

ABBOTT, Andrew D. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, University of Chicago Press, 1988. 435 p.

ADAMS, Tracey L. (2016). « Self-regulating professions: Past, present, future ». *Journal of Professions and Organization*, vol. 4, no 1 (octobre 2016), p. 70-87.

BULANDER, Robert E. « The Most Important Problem in the Hospital: Nursing in the Development of the Intensive Care Unit, 1950-1965 ». *Social History of Medicine*, vol. 23, no 3 (novembre 2010), p. 621-638.

CORMAN, Michael K. *Paramedics On and Off the Streets: Emergency Medical Services in the Age of Technological Governance*. Toronto, University of Toronto Press, 2017. 240 p.

CROCKER, Cheryl et Stephen TIMMONS. « The role of technology in critical care nursing ». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, no 1 (janvier 2009), p. 52-61.

- DUCLOS, Cinthia. « Le système professionnel québécois d’hier à aujourd’hui : portrait et analyse de l’encadrement des ordres professionnels sous l’angle de la protection du public ». *Les Cahiers de droit*, vol. 60, no 3 (septembre 2019), p. 795–872.
- DUSSAULT, Gilles. « La régulation des professions sanitaires : l’expérience du Québec ». *Sociologie et sociétés*, vol. 20, no 2 (automne 1988), p. 125–139.
- DUSSAULT, Gilles et Louise Potvin. *L’État et La division du travail sanitaire. La politique de délégation des actes médicaux, infirmiers et Dentaires au Québec*. Québec, Université Laval, 1983. 152 p.
- GAUMER, Benoît. *Le système de santé et de services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée 1921-2006*. Québec, Presses de l’Université Laval, 2008. 282 p.
- FAHMY-EID, Nadia et Lucie PICHÉ. « Le savoir négocié. Les stratégies des associations de technologie médicale, de physiothérapie et de diététique pour l’accès à une meilleure formation professionnelle (1930-1970) ». *Revue d’histoire de l’Amérique française*, vol. 43, no 4 (printemps 1990), p. 509-534.
- FLYNN, Karen. « Black Canadian Nurses and Technology ». Sandra Lewenson, Annemarie McAllister et Kylie M. Smith, dir. *Nursing history for contemporary role development*. New York, Springer Publishing Company, 2017, p. 153-169.
- GORMAN, Elizabeth H. et Rebecca L. SANDEFUR. « “Golden Age,” Quiescence, and Revival: How the Sociology of Professions Became the Study of Knowledge-Based Work ». *Work and Occupations*, vol. 38, no 3 (août 2011), p. 275-302.
- GOULET, Denis et Robert Gagnon. *Histoire de la médecine au Québec 1800-2000. De l’art de soigner à la science de guérir*. Québec, Septentrion, 2014. 450 p.
- GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal, Boréal, 1996. 124 p.
- GUÉRARD, François. « Les principaux intervenants dans l’évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 ». *Revue d’histoire de l’Amérique française*, vol. 48, no 3 (hiver 1995), p. 375–401.
- HUDON, Raymond et al. « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure ». *Recherches sociographiques*, vol. 50, no 2 (mai–août 2009), p. 321–344.
- KITCHENER, Martin et Elizabeth MERTZ. « Professional projects and institutional change in healthcare: The case of American dentistry ». *Social Science & Medicine*, vol. 74, no 3 (février 2012), p. 372-380.
- KRIEG-PLANQUE, Alice. *Analyser les discours institutionnels*. Paris, Éditions Armand Colin, 2012. 238 p.

- MCPHERSON, Kathryn. « Contradictions and Continuities: The Fourth Generation of Canadian Nurses, 1942–1968 ». Kathryn McPherson, dir. *Bedside Matters: The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*. Toronto, University of Toronto Press, 2003, p. 205-247.
- NOËL, Julie. *Histoire d'une profession disparue. Les puéricultrices du Québec, 1925-1985*. Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 2015, 100 p.
- PRUD'HOMME, Julien. « De la commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions. Les continuités de la 'longue' Révolution tranquille, 1961-1974 ». *Recherches sociographiques*, vol 53, no 1 (janvier-avril 2012), p.83-102.
- PRUD'HOMME, Julien. « Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 ». *Recherches sociographiques*, vol. 47, no 2 (mai-août 2006), p. 253-275.
- PRUD'HOMME, Julien. *Instruire, corriger, guérir ? Les orthopédagogues, l'adaptation scolaire et les difficultés d'apprentissage au Québec, 1950-2017*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2018, 200 p.
- PRUD'HOMME, Julien. « L'agronome, le forestier et l'urbaniste de la Révolution tranquille : l'expertise en commission parlementaire, 1971-1973 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 68, no 3-4 (hiver–printemps 2015), p. 353–373.
- PRUD'HOMME, Julien. « Les « professionnels », ces experts ». François Claveau et Julien Prud'homme, dir. *Experts, sciences et sociétés*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2018, p. 175-195.
- PRUD'HOMME, Julien. *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*. Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2007. 534 p.
- PRUD'HOMME, Julien. « Professionnelles de la santé et marchés des soins. Les trajectoires analogues des psychologues et des physiothérapeutes québécoises, 1950-2010 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 62, no 2 (2009), p. 253-287.
- PRUD'HOMME, Julien. *Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, des orthophonistes, des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleuses sociales au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2011. 228 p.
- PRUD'HOMME, Julien. « 'Professional Techs': Machines, Technical Skills and Professional Aspirations in Hearing Prosthetics and Respiratory Care in Quebec, 1950-1990 ». *Scientia Canadensis*, vol. 33, no 1 (2010), p. 71-94.

- RABIER, Christelle. « La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au XVIIIe siècle ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 65, no 3 (mai-juin 2010), p. 679-711.
- SARFATTI LARSON, Magali. *The Rise of Professionalism: Monopolies of Competence and Sheltered Markets*. New York, Routledge, 2012. 345 p.
- SANTA CRUZ, Roberto *et al.* « High versus low positive end-expiratory pressure (PEEP) levels for mechanically ventilated adult patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 3 (mars 2021), 59 p.
- SAKS, Mike. « A review of theories of professions, organizations and society: The case for neo-Weberianism, neo-institutionalism and eclecticism ». *Journal of Professions and Organization*, vol. 3, no 02 (septembre 2016), p. 170-187.
- SUDDABY, Roy et Thierry VIALE. « Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project ». *Current Sociology*, vol. 59, no 4 (juin 2011), p. 423-442.
- TIMMERMANS, Stefan. « Resuscitation Technology in the Emergency Department: Towards a Dignified Death ». *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, no 2 (mars 1998), p. 144-167.
- TOMAN, Cynthia. « “Body Work” : Nurses and the Delegation of Medical Technology at the Ottawa Civic Hospital, 1947-1972 ». *Scientia Canadensis*, vol. 29, no 2 (2006), p. 155-175.
- TWOHIG, Peter. « Education, Expertise, Experience and the Making of Hospital Workers in Canada, 1920-1960 ». *Scientia Canadensis*, vol. 29, no 2 (2006), p. 131-153.
- TWOHIG, Peter. « The Second “Great Transformation”: Renegotiating Nursing Practice in Ontario, 1945–70 ». *Canadian Historical Review*, vol. 99, no 2 (juin 2018), p. 169-195.
- WITZ, Ann. « Patriarchy and professions: The Gendered Politics of Occupational Closure », *Sociology*, vol. 24, no 4 (novembre 1990), p. 675-690.

## ANNEXE 1

### Grille d'analyse

Bloc No.x, Grille d'analyse No.x

Référence du document :

|   | 1  | 2   | 3  | 4  |
|---|--|---|--|--|
|   | <b>Énoncés concernant le fonctionnement du système de santé et du système préhospitalier d'urgence</b> | <b>Énoncés concernant les attentes et les critères de professionnalisation</b>                                  | <b>Énoncés concernant les groupes des TAP et des inhalothérapeutes</b> | <b>Énoncés concernant l'évolution et l'usage des technologies au sein des deux groupes étudiés</b> |
| A | Énoncés concernant les caractéristiques et les réformes des systèmes                                   | Énoncés concernant les définitions d'une profession et d'un ordre professionnel (ce qu'ils sont et ne sont pas) | Énoncés des compétences spécifiquement professionnelles                | Énoncés concernant l'implantation et la délégation de nouvelles technologies                       |
| B | Énoncés concernant la formation et le champ des compétences des TAP et I                               | Énoncés concernant les critères nécessaires pour la mise en place d'un ordre professionnel                      | Comparaison avec les TAP et I à l'extérieur du Québec                  | Énoncés concernant la transformation de l'usage traditionnel des technologies                      |
| C | Énoncés concernant les soins avancés du secteur préhospitalier (TAP)                                   | Énoncés concernant la protection du public  | Énoncés sur les stratégies employées par les TAP et I                  |  |
| D |  |   | Énoncés sur les relations entre le TAP et I et leurs patients          |  |
| E |  |   | Énoncés sur l'organisation associative des TAP et I                    |  |

TAP : Techniciens ambulanciers paramédics, I : Inhalothérapeutes

Éléments trouvés dans la grille d'analyse :