



Institut suisse de droit comparé
Schweizerisches Institut für Rechtsvergleichung
Istituto svizzero di diritto comparato
Swiss Institute of Comparative Law

**AVIS SUR LA FORMATION ET L'EXERCICE, A TITRE INDÉPENDANT,
DE CINQ PROFESSIONS DE LA SANTÉ
EN ALLEMAGNE, AU CANADA (QUÉBEC), AUX ÉTATS-UNIS (CALIFORNIE),
EN FRANCE, AU ROYAUME-UNI ET EN SUÈDE**

Avis 11-076

Lausanne, le 8 février 2013
LHU/KJD/LF/MM/ext/stag/fp

INDEX

SOMMAIRE	3
I. FAITS.....	5
II. QUESTIONS	5
1. Formation	5
2. Exercice de la profession / Réglementation de l'exercice de la profession	5
III. ANALYSE	6
A. Rechtsvergleichende und tabellarische Übersicht	6
1. Ausbildung	6
2. Berufsausübung	11
B. Länderberichte	13
1. Deutschland	13
1.1. Ausbildung	13
1.2. Ausübung als selbständig Erwerbstätige	19
2. France	24
2.1. Formation	24
2.2. Exercice	32
3. United Kingdom	39
3.1. Education	39
3.2. Independent Practice.....	44
4. Etats-Unis (California)	45
4.1. Education	45
4.2. Independent Practice.....	61
5. Canada (Québec)	68
5.1. Formation	68
5.2. Exercice	78
6. Suède	90
6.1. Education	90
6.2. Independent Practice.....	98
C. Rechtsvergleichende Analyse	101
1. Ausbildung	101
2. Unabhängige Ausübung:.....	104
IV. CONCLUSIONS.....	105

SOMMAIRE

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und im Hinblick auf die neue Gesetzgebung im Bereich der Gesundheitsberufe untersuchte das Schweizerische Institut für Rechtsvergleichung die rechtliche Regelung verschiedener Gesundheitsberufe (Krankenschwestern, Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Diätassistenten). Gegenstand der Abklärungen war einerseits die gesetzgeberische Regelung der Ausbildung (Ausbildungsziele und Gegenstand der Ausbildung) sowie die Rolle der verschiedenen Behörden in diesem Bereich, andererseits das Bestehen von allfälligen Regelungen zur selbständigen Ausübung der betroffenen Berufe. Die Untersuchung umfasste sechs verschiedene Rechtsordnungen: Deutschland, Frankreich, Kanada (Quebec), Schweden, das Vereinigte Königreich (England) sowie die Vereinigten Staaten (Kalifornien).

In Bezug auf die Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe fällt zunächst auf, dass mit zwei Ausnahmen (England und Quebec) die Ausbildungsziele und der Gegenstand der Ausbildung ausdrücklich gesetzlich (so in Deutschland) oder mindestens in einer Verordnung (so in Schweden und Frankreich) geregelt sind. Dabei besteht in Deutschland und Frankreich jeweils für jeden Beruf ein gesonderter Erlass, in Schweden sind die Anforderungen für die Abschlussprüfung jedes Gesundheitsberufs (zusammen mit verschiedenen anderen Berufen) in der Hochschulverordnung geregelt. Im englischen Recht wird die Regulierung der Ausbildung weitgehend spezifisch dafür geschaffenen Organen überlassen: dem *Council of Nursing and Midwifery* für Krankenpfleger und Hebammen (wobei für Krankenschwestern als einzigem Beruf relativ ausführliche Standards bestehen), dem *Health Profession Council* für die übrigen Berufe. In Quebec nennen die rechtlichen Grundlagen lediglich die berechtigenden Diplome, ohne dass zum Inhalt der Ausbildung in einem Gesetz oder einer Verordnung Stellung genommen wird. Damit scheint in Quebec die Autonomie der Ausbildungsinstitutionen besonders ausgeprägt, wobei die Berufsverbände mit spezifischen Komitees durchaus aktiv Einfluss zu nehmen scheinen. Geregelt sind in Quebec zudem die Befugnisse und Tätigkeiten der jeweiligen Berufe, woraus sich allenfalls Anforderungen an die Ausbildung herleiten lassen.

Die unterschiedlichen Arten der Regulierung geben zu zwei Bemerkungen Anlass. Erstens fällt auf, dass die europäischen Vorgaben, welche für Krankenschwestern und Hebammen relativ detaillierte Vorschriften über Ziele und Inhalte der Ausbildung enthalten, sehr unterschiedlich umgesetzt wurden und insbesondere im englischen Recht nicht ausdrücklich durch den Gesetzgeber (wohl aber durch den Berufsverband) aufgenommen wurden. Zweitens ergibt sich im Vergleich mit der Schweiz eine viel weniger ausgeprägte Trennung der Gesundheitsberufe in akademische und nicht akademische. Dies liegt wohl auch daran, dass sich die Bildungssysteme teilweise ziemlich unterscheiden und in der Schweiz die Berufsausbildung einen relativ hohen Stellenwert besitzt.

Bei der Regulierung der Ausbildung bzw. zum Erlass der ausbildungsspezifischen Regelungen spielen in den meisten Rechtsordnungen (abgesehen von Frankreich sowie Schweden) die Gesundheitsbehörden die Hauptrolle. Lediglich im Vereinigten Königreich und in Kalifornien bestehen berufsspezifische Behörden (im Vereinigten Königreich unabhängige, in Kalifornien unter der Konsumentenschutzbehörde stehende). Den Bildungsbehörden kommt in den meisten Staaten lediglich eine konsultative Rolle zu. Bei einigen Berufen (Diätassistenten in Frankreich, Ergotherapeuten in Deutschland) spielen die Bildungsbehörden eine wichtige Rolle. In Schweden ist die Rollenverteilung unter den Behörden weniger klar; die Hauptrolle scheint formell den Bildungsbehörden zuzukommen, wobei die Gesundheitsbehörde und insbesondere die Berufsverbände informell eine bedeutende Rolle spielen. Im Vergleich mit der Schweiz fällt auf, dass abgesehen von Quebec die Kompetenzverteilung im Vergleich zu den akademischen Gesundheitsberufen nicht

grundsätzlich unterschiedlich ist. Auch dies liegt möglicherweise an den unterschiedlichen Bildungssystemen und dem relativ grossen Stellenwert der Berufsbildung in der Schweiz.

Bezüglich der Berufsausübung fällt auf, dass soweit ersichtlich in keiner der untersuchten Rechtsordnungen die selbständige Berufsausübung eigenständig definiert ist; viel eher finden sich genaue Beschreibungen des jeweiligen Berufs. In gewissen Staaten (Deutschland, Schweden) finden sich Definitionen der selbständigen Berufstätigkeit ganz allgemein. Auch bezüglich der Anforderungen scheinen mit der Ausnahme von Quebec kaum Sonderregeln zu bestehen. Immerhin wird in Frankreich und Deutschland das Abschliessen einer Berufshaftpflichtversicherung verlangt, vereinzelt bestehen in diesen beiden Staaten Vorschriften zur Praxisausstattung sowie in Deutschland die Anforderung der Anmeldung beim Gesundheitsamt. In Quebec bestehen im Weiteren Vorschriften über Honorare, Werbung, Führung der Dossiers. Allerdings knüpfen die Vorschriften oft nicht ausdrücklich an die selbständige Berufsausübung an. In den übrigen Rechtsordnungen, insbesondere in Schweden und im Vereinigten Königreich sowie in Kalifornien scheinen kaum Vorschriften über die selbständige Berufsausübung zu bestehen. Insgesamt fällt in vergleichender Hinsicht eher die tiefe Regelungsdichte auf.

I. FAITS

En vue de la concrétisation d'un projet de nouvelle loi en la matière, l'Institut Suisse de droit comparé a été mandaté par l'Office fédéral de la Santé publique d'élaborer un rapport d'analyse permettant une comparaison au niveau international. Il s'agit d'une comparaison des mécanismes et normes permettant d'une part, de régler la définition des compétences attendues au terme de la formation des professionnels et, d'autre part, de régler l'exercice professionnel des 5 professions. L'analyse porte sur cinq ordres juridiques (Allemagne (Nordrhein-Westfalen), Canada (Québec), Etats-Unis (Californie), France, Royaume-Uni ainsi que la Suède).

II. QUESTIONS

1. Formation

1. Est-ce que des objectifs de formation ou des compétences attendues de la part des diplômés sont formulés dans le cadre d'une législation particulière (loi, ordonnance ou autre règlement ?) *Par exemple, dans le cadre d'une loi sur la formation, ou d'ordonnance sur des plans d'étude ad hoc, ou existe-t-il une libre autonomie des institutions de formation ?*
2. Quel(s) est (sont) les organe(s) responsable(s) de ceux-ci ? Quels sont les partenaires associés à cette démarche ? Qui les adopte ou les valide ? *Par exemple, des autorités politiques de la santé publique, de la formation, du monde du travail, des employeurs, des groupements professionnels, des facultés ou organes dispensant la formation.*

2. Exercice de la profession / Réglementation de l'exercice de la profession

1. Quelles sont les définitions utilisées pour régler l'exercice à titre indépendant ? *Par exemple, à titre indépendant (profession libérale), sous sa propre responsabilité professionnelle, ou à titre d'activité économique lucrative privée.*
2. Quelles sont les conditions exigées par les réglementations pour exercer à ce titre ?

III. ANALYSE

A. Rechtsvergleichende und tabellarische Übersicht

1. Ausbildung

1.1. Gesetzliche Grundlage

In den untersuchten Rechtsordnungen bestehen unterschiedliche Regelungsansätze über die Ausbildung der Gesundheitsberufe. Während in Deutschland und Frankreich die Ausbildungsziele und die von den ausgebildeten Berufsangehörigen erwarteten Kompetenzen in einem für jede Berufsart eigenen Rechtsakt figurieren, sind im schwedischen Recht die Ausbildungsziele in einem Anhang zur Hochschulverordnung enthalten. Im US-amerikanischen Staat Kalifornien ist das Berufsrecht, inkl. die Ausbildung, im „Code of Professions“ zusammengefasst, wobei hier für jeden untersuchten Beruf ein eigener Rechtsakt erlassen wurde; der Code of Professions bzw. der Code of Regulations fasst diese Gesetze lediglich zusammen. Im Vereinigten Königreich sind die Ausbildungsziele auf Gesetzesstufe nicht geregelt, sondern es wird einem berufsspezifischen Organ die Pflicht und Kompetenz zum Erlass der entsprechenden Standards übertragen. Im kanadischen Staat Québec finden sich Teile jedes dieser drei Modelle: die Kompetenzen gewisser Gesundheitsberufe (Krankenschwestern und Hebammen) sind in einem spezifischen Gesetz vorgesehen, diejenigen anderer Berufe (Hilfskrankenschwestern, Beschäftigungstherapeuten, Ernährungsberatern) in einem allgemeinen Berufsgesetz (Code des professions). Die für eine Berufsausübung berechtigenden Ausbildungsgänge sind in einem eigenen Rechtsakt definiert (Règlement sur les diplômes). Was den Inhalt der Ausbildung betrifft, haben die Ausbildungsinstitutionen jedoch eine weitgehende Autonomie (s. dazu auch unten, 1.1.2. und 1.3.). Für eine Übersicht, s. die untenstehende Tabelle:

Spezifische Rechtsgrundlage pro Beruf	Allgemeines Gesetz (Bereich)	Keine ausdrückliche Rechtsgrundlage der Ausbildungsziele
<p>D: jeweils Gesetz und Ausbildungsverordnung</p> <p>F: jeweils spezifischer Arrêté</p>	<p>S: Hochschulverordnung</p> <p>USA (Cal.): Code of Professions / Code of Regulations (eine Sammlung von berufsspezifischen Gesetzen)</p>	<p>UK: Delegation an ein speziell dafür geschaffenes berufsspezifisches Organ: Council of Nursing and Midwifery / Health Profession Council</p>
<p>CDA (Québec): bei Krankenschwestern und Hebammen: lediglich Aufgabenbeschreibung, kein Bezug zur Ausbildung</p>	<p>CDA (Québec): bei Hilfskrankenschwestern, Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten und Ernährungsberatern: Aufgabenbeschreibung, ohne Bezug zur Ausbildung (Code des professions); Identifikation der Diplome: Règlement sur les diplômes¹</p>	<p>CDA (Québec): Ausbildungsinstitutionen bzw. Ausbildungsministerium, je nach Ausbildungsstufe</p>

In vergleichender Hinsicht ist schliesslich zu bemerken, dass in der Regel (d.h. mit Ausnahme von Quebec) für alle der untersuchten Berufe dasselbe Regelungsmodell verfolgt wird.

¹ Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels

1.2. Verantwortliche Behörden und Organe

In einer groben Übersicht und etwas vereinfachend dargestellt lassen sich folgende **Kompetenzmodelle** unterscheiden: In Deutschland und Frankreich sind es die **Gesundheitsbehörden**, welche die Verantwortung für die Ausbildung haben, in Schweden liegt diese Verantwortung eher bei den **Bildungsbehörden**. Im Vereinigten Königreich liegt die Hauptverantwortung zur Bestimmung der Ausbildungsziele bei **berufsspezifischen** (wenn auch durch Gesetz geschaffene) Behörden (Nursery and Midwifery Council / Health Professions Council), wobei der Privy Council als Teil der Regierung eine Aufsichtsfunktion wahrnimmt. Auch im US-amerikanischen Staat Kalifornien nehmen berufsspezifische, in der Regel der **Konsumentenschutzbehörde** (Department of Consumer Affairs) unterstellte Behörden die Hauptverantwortung wahr, wobei hier je nach Beruf eine andere Behörde die Verantwortung trägt. Lediglich bei Ernährungsberatern besteht keine berufsspezifische Behörde, die Gesetzgebung ist hier auch relativ liberal. Im kanadischen Bundesstaat Québec sind je nach Ausbildungsstufe die Hochschulen oder das Bildungsministerium grundsätzlich zuständig.

Für die Ausgestaltung für die verschiedenen Berufsbilder verweisen wir angesichts der Vielfalt der Behörden auf die berufsspezifischen Übersichten in Tabellenform.

Krankenschwestern

Rechtsordnung	Behörde	Konsultation (K) / Mitbestimmung (M)
D	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (M); Bundesministerium für Bildung und Forschung (K)
F	Directrice de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (délégation Ministère de la Santé)	Haut Conseil des professions paramédicales (K) Commission consultative d'évaluation des normes (K)
UK	Nursery and Midwifery Council	Allg. Pflicht zur Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Bildungsbehörden (K) Aufsicht und Instruktionen des Privy Council (z.T. M)
US (Cal.) -Registered Nurses	Board of Registered Nursing (Department of Consumer Affairs)	Education Issues workgroup (K)
-Licensed Vocational Nurses	Board of Vocational Nursing and Psychiatric Technicians (Department of Consumer Affairs)	
CAN (Quebec) -infirmière universitaire	Institutions d'enseignement	Institutions scolaires (K) Ordres d'enseignement (K) Différents ministères (K) Conseil supérieur de l'éducation (K) Ordres professionnels (K) Office des professions (K)
-infirmière collégiale	Ministère de l'éducation	Certaine autonomie des établissements d'enseignement Comité de formation des ordres professionnels (K) Conseil interprofessionnel (K) Office des professions (K)

-infirmière auxiliaire	Ministère de l'éducation	Participation du milieu (K) Comité de formation des ordres professionnels (K) Conseil interprofessionnel (K) Office des professions (K)
S	Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) Swedish National Agency for Higher Education (Högskoleverket)	Some autonomy of Education Institutions

Hebammen

Rechtsordnung	Behörde	Konsultation (K) / Mitbestimmung (M)
D	Bundesministerium für Gesundheit	Bundesministerium für Bildung und Forschung (K) Bundesrat (M)
F	Chef de service adjoint à la Directrice générale de l'offre des soins (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé)	Directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (Ministère de l'enseignement supérieur) (M) Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (K) Commission consultative d'évaluation des normes (K)
UK	Nursery and Midwifery Council	Allg. Pflicht zur Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Bildungsbehörden (K) Midwifery Committee (K) Aufsicht und Instruktionen des Privy Council (z.T. M)
USA (Cal.) -Licensed Midwives -Certified Nurse Midwives	Medical Board of California California Board of Registered Nursing	Nurse-Midwifery Committee (K) Midwifery Advisory Council (K)
CAN (Quebec)	Institutions d'enseignement	Institutions scolaires (K) Ordres d'enseignement (K) Différents ministères (K) Conseil supérieur de l'éducation (K) Ordres professionnels (K) Office des professions (K)
S	Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) Swedish National Agency for Higher Education (Högskoleverket)	Some autonomy of educational institutions

Ergotherapeuten

Rechtsordnung	Behörde	Konsultation (K) / Mitbestimmung (M)
D	Bundesministerium für Gesundheit	Bundesrat (M)
F	Sous-directrice des ressources humaines du système de santé (délégation Ministère de la Santé et des Sports)	Haut Conseil des professions paramédicales (K) Commission consultative d'évaluation des normes (K)
UK	Health Professions Council	Allg. Pflicht zur Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Bildungsbehörden (K) Aufsicht und Instruktionen des Privy Council (z.T. M)
USA (Cal.)	California Board of Occupational Therapy	National Board for Certification in Occupational Therapy (M: certification)
CAN (Quebec)	Institutions d'enseignement	Institutions scolaires (K) Ordres d'enseignement (K) Différents ministères (K) Conseil supérieur de l'éducation (K) Ordres professionnels (K) Office des professions (K)
S	Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) Swedish National Agency for Higher Education (Högskoleverket)	Some autonomy of educational institutions Swedish Association of Occupational Therapists (K, informell)

Physiotherapeuten

Rechtsordnung	Behörde	Konsultation (K) / Mitbestimmung (M)
D	Bundesministerium für Gesundheit	Bundesministerium für Bildung und Forschung (K) Bundesrat (M)
F	Directeur général de la santé (Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale)	Commission des masseurs-kinésithérapeutes (K) Conseil supérieur des professions paramédicales (K)
UK	Health Professions Council	Allg. Pflicht zur Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Bildungsbehörden (K) Aufsicht und Instruktionen des Privy Council (z.T. M)
USA (Cal.)	Physical Therapy Board of California (Department of Consumer Affairs)	
CAN (Quebec) Physiothérapeute	Institutions d'enseignement	Institutions scolaires (K) Ordres d'enseignement (K) Différents ministères (K) Conseil supérieur de l'éducation (K) Ordres professionnels (K) Office des professions (K)
thérapeute en	Ministère de l'éducation	Certaine autonomie des établissements

réadaptation physique		d'enseignement Comité de formation des ordres professionnels (K) Conseil interprofessionnel (K) Office des professions (K)
S	Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) Swedish National Agency for Higher Education (Högskoleverket)	Swedish Physiotherapy Association (LSR) (K, Informell)

Diätassistenten

Rechtsordnung	Behörde	Konsultation (K) / Mitbestimmung (M)
D	Bundesministerium für Gesundheit	Bundesministerium für Bildung und Forschung (K) Bundesrat (M)
F: BTS (Brevet de technicien supérieur)	Directeur des lycées et des collèges (Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie)	Chef de service de la Direction générale de la santé (Ministère de l'emploi et de la solidarité) (M) Commission professionnelle consultative Secteur sanitaire et social (K) Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (K) Conseil supérieur de l'éducation (K)
F : DUT D. (Diplôme universitaire de technologie)	Directeur de l'enseignement supérieur (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche)	Commission consultative nationale des instituts universitaires de technologie et des instituts universitaires professionnalisés (K) Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (K)
UK	Health Professions Council	Allg. Pflicht zur Zusammenarbeit mit Arbeits-, Bildung und Gesundheitsbehörden (K) Education and Training Committee (K) Aufsicht und Instruktionen des Privy Council (z.T. M)
USA (Cal.)	Regierung	California Dietetic Association; Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics Commission on Dietetic Registration
CAN (Quebec)	Institutions d'enseignement	Institutions scolaires (K) Ordres d'enseignement (K) Différents ministères (K) Conseil supérieur de l'éducation (K) Ordres professionnels (K) Office des professions (K)
S	Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) Swedish National Agency for Higher Education (Högskoleverket)	

2. Berufsausübung

2.1. Definition zur Ausübung als selbständig Erwerbstätige

Keine der untersuchten Rechtsordnungen kennt eine eigene Definition bei der Regelung der selbständigen Ausübung der hier behandelten Berufe. Die freiberufliche Tätigkeit (*l'exercice libéral, independent practice*) ganz allgemein wird in Deutschland und in Schweden jedoch durch das Gesetz definiert, so im Steuerrecht (wobei andere Rechtsgebiete auf diese Definition verweisen). In Quebec und in Frankreich findet sich soweit ersichtlich keine eigentliche Definition der selbständigen Tätigkeit, im gesellschaftsrechtlichen Kontext sind jedoch verschiedene Gesellschaftsformen ausdrücklich auf die freiberufliche Tätigkeit ausgerichtet (*l'exercice libéral, l'exercice à titre indépendant*). In den USA (Kalifornien) und dem Vereinigten Königreich scheint gar keine Definition in diesem Zusammenhang zu bestehen.

Auch die Zulässigkeit der selbständigen Ausübung wird unterschiedlich geregelt. Während im französischen Recht für jeden der hier untersuchten Gesundheitsberufe ausdrücklich vorgeschrieben ist, ob die Tätigkeit selbständig und nach welchen Organisationsformen ausgeübt werden kann, scheinen entsprechende Regelungen im Vereinigten Königreich, in Quebec und in Schweden zu fehlen – eine gewisse Kontrolle über die Ausübungsarten könnte im Rahmen der Anmeldung der Berufsausübung bzw. die Aufsicht durch Berufsorganisation oder staatliche Institutionen erfolgen. In Kalifornien wird bei bestimmten Berufen ausdrücklich vorgesehen, dass eine selbständige Ausübung nicht möglich ist, so bei einer Art von Krankenschwestern (Licensed Vocational Nurse), oder umgekehrt wird die Selbständigkeit ausdrücklich vorgesehen (Hebammen). Es bestehen teilweise ebenfalls Regelungen über die Art der Organisationsform. In Deutschland erfolgt die Qualifikation als freiberufliche Tätigkeit im steuerrechtlichen Kontext, wobei alle untersuchten Berufe zum Teil ausdrücklich im Gesetz, zum Teil durch Rechtsprechung oder Praxis als freiberufliche bezeichnet werden.

2.2. Voraussetzungen

Bei den Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung fällt auf, dass diese nur selten ausdrücklich aufgeführt sind. Vielmehr ist eine Vielzahl verschiedener Quellen zu konsultieren, um eine Übersicht über die Voraussetzungen zu erhalten. In Deutschland fanden sich z.B. einige Voraussetzungen im Rahmen der Kassenzulassung der Berufstätigen. Es wird zudem oft nicht unterschieden zwischen selbständiger und unselbständiger Ausübung bzw. zwischen selbständiger Ausübung und institutionalisierter Ausübung, so dass allgemeine Anforderungen an institutionalisierte Dienstleister wohl oft auch auf selbständige anwendbar sein könnten. Aus diesen Gründen scheint der Rechtsvergleich in Bezug auf die Ausübung der selbständigen Berufstätigkeit besonders schwierig.

Gemäss den Nachforschungen lassen sich in einigen Rechtsordnungen sehr ausführliche Vorschriften identifizieren, währenddem sich in anderen Rechtssystemen kaum Regeln finden, welche ausdrücklich auf eine selbständige Berufsausübung anwendbar sind. So scheinen im Vereinigten Königreich und in Schweden keine besonderen Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung zu bestehen, und in Kalifornien finden sich soweit ersichtlich nur vereinzelt Begrenzungen im Rahmen der Haftung (Verbot der Haftungsbegrenzung bei Krankenschwestern). In anderen Rechtsordnungen finden sich zum Teil präzise Anforderungen. So bestehen im kanadischen Recht Vorschriften über Haftpflicht und Versicherung, über Honorare und Werbung sowie über die Führung der medizinischen Dossiers. Diese Vorschriften beziehen sich allerdings nicht immer ausdrücklich oder ausschliesslich auf die selbständige Berufsausübung, so dass es durchaus möglich scheint, dass entsprechende Vorschriften auch in anderen Rechtsordnungen bestehen. Interessant

ist, dass auch in Deutschland und in Frankreich Haftpflicht und Versicherung (Unfall, vor allem aber Berufshaftpflichtversicherung) ausdrücklich verlangt werden. Damit ist die Haftpflichtversicherung wohl die am weitesten verbreitete Voraussetzung. Vereinzelt finden sich im französischen und im deutschen Recht zudem noch genauere Anforderungen an die Praxisausstattung, so bei Krankenschwestern in Frankreich und bei Ergo- und Physiotherapeuten in Deutschland. In Deutschland werden diese Anforderungen interessanterweise im Rahmen der Kassenzulassung geprüft – sie bilden damit also zwar eine effektive Voraussetzung, nicht aber eine streng rechtliche Voraussetzung für die selbständige Berufsausübung. Für das deutsche Recht ist schliesslich noch die Anmeldung beim Gesundheitsamt zu erwähnen, womit wohl eine bessere Kontrolle und Aufsicht erreicht werden soll. Es erstaunt insofern, dass in anderen Rechtsordnungen keine spezifische Anmeldung verlangt zu sein scheint – wobei auch hier nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese über Versicherungsregeln oder andere Massnahmen erreicht wird.

B. Länderberichte

1. Deutschland

1.1. Ausbildung

1.1.1. Gesetzliche Grundlage

1.1.1.1. Krankenpfleger

Die Ausbildung von **Krankenpflegern**² richtet sich nach dem Krankenpflegegesetz³ und der Krankenpflege-Ausbildungsverordnung⁴ des Bundes. Daneben können auf Landesebene weitere Regelungen existieren.⁵ Nach § 1 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes lautet die genaue Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ und darf nur von Personen geführt werden, die über eine entsprechende **Erlaubnis** verfügen. Die Erlaubnis ist unter anderem⁶ von der Ableistung der gesetzlich vorgeschriebenen **Ausbildungszeit** sowie vom Bestehen einer **staatlichen Prüfung** abhängig (§ 2 Abs. 1 Krankenpflegegesetz).

Das **Ausbildungsziel** der Krankenpflegerausbildung ist in § 3 Abs. 1 Krankenpflegegesetz festgehalten. Es besteht in der Vermittlung, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse, von fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten.

Die Ausbildung soll laut § 3 Abs. 2 Krankenpflegegesetz insbesondere dazu **befähigen**, gewisse Aufgaben eigenverantwortlich und andere im Rahmen der Mitwirkung auszuüben:

Als **eigenverantwortlich** auszuführende Aufgaben werden genannt:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, und

² Der Begriff Krankenpfleger ersetzt heute den früher verwendeten Begriff der Krankenschwester, wobei diese Berufsbezeichnung weitergeführt werden darf (§ 23 Krankenpflegegesetz).

³ Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 7 G zur Änd. krankenversicherungsrechtl. und and. Vorschriften vom 24. 7. 2010 (BGBl. I S. 983).

⁴ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Art. 35 Richtlinie 2005/36/EG-Umsetzungsg vom 2. 12. 2007 (BGBl. I S. 2686).

⁵ Z.B. in Nordrhein-Westfalen: Verordnung zur Durchführung des Krankenpflegegesetzes (DVO-KrPflG NRW) vom 7. März 2006, (GV. NRW. S.119), in Kraft getreten am 30. März 2006; geändert durch Artikel 2 der VO vom 5. Juli 2010 (GV. NRW. S.405), in Kraft getreten am 17. Juli 2010, online abrufbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2124&bes_id=8927&menu=1&sg=0&aufgehoben=N&keyword=krankenpflege#det0 (09.11.2011).

⁶ Darüber hinaus darf sich der Antragsteller nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, er darf nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein und muss über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes.

Als im Rahmen der Mitwirkung auszuführende Aufgaben werden die folgenden genannt:

- eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, und
- Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen; sowie
- interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Die Ausbildung besteht aus theoretischem und praktischem **Unterricht** und einer praktischen **Ausbildung**. Der Unterricht erfolgt in **staatlich anerkannten Schulen** an Krankenhäusern bzw. staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind. Die Schulen tragen die Gesamtverantwortung für die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung entsprechend dem Ausbildungsziel (§ 4 Abs. 5 S. 1 Krankenpflegegesetz). Die praktische Ausbildung wird an einem oder mehreren **Krankenhäusern** und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie weiteren an der Ausbildung beteiligten, geeigneten Einrichtungen, insbesondere stationären Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen, durchgeführt (§ 4 Abs. 3 Krankenpflegegesetz). Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen, können die Länder im Rahmen von **Modellvorhaben** die Ausbildung auch durch **Hochschulen** vornehmen lassen (§ 4 Abs. 6 und 7 Krankenpflegegesetz).

In Nordrhein-Westfalen wurden die rechtlichen Voraussetzungen für derartige Modellversuche durch das Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz⁷ geschaffen. Die Einzelheiten für die Durchführung der Modellvorhaben wurden in der **Modellvorhaben-Durchführungsverordnung**⁸ festgelegt. Diese enthält die Anforderungen an die Genehmigung von Modellvorhaben, die Qualifikation des Lehrpersonals, das Prüfungsverfahren und die wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung des Modellverfahrens fest. Sie bestimmt ferner, dass Abweichungen von den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen nur möglich sind, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht betreffen und das Ausbildungsziel nicht gefährdet ist.

Die **Mindestanforderungen** für die Ausbildung sowie die Einzelheiten der staatlichen Prüfung sind in der **Krankenpflege-Ausbildungsverordnung** geregelt.

⁷ Gesetz über die Ermächtigung zum Erlass von Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Berufe des Gesundheitswesens und der Familienpflege und zur Durchführung von Modellvorhaben nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz, den Berufsgesetzen der Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten (Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetz - GBWEG) vom 6. Oktober 1987, online abrufbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2120&bes_id=4254&menu=1&sg=0&aufgehoben=N&keyword=ergotherapeut#det0 (09.11.2011).

⁸ Siehe die Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010, GV. NRW. 2010 S.177, online abrufbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=12079&menu=1&sg=0&keyword=ergotherapeut (09.11.2011).

1.1.1.2. Hebammen

Die Ausbildung von **Hebammen**⁹ oder auch „**Entbindungspfleger**“ richtet sich nach dem Hebammengesetz¹⁰ und der Hebammenausbildungsverordnung¹¹ des Bundes. Daneben können auf Landesebene weitere Regelungen existieren.¹² Die **Erlaubnis** zum Tragen dieser Berufsbezeichnungen hängt unter anderem¹³ von der Ableistung der im Hebammengesetz vorgeschriebenen Ausbildungszeit sowie dem Bestehen einer staatlichen Prüfung ab. (§ 2 Abs. 1 Hebammengesetz).

Das **Ziel** der Ausbildung zur Hebamme ist es insbesondere dazu zu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die erforderliche Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (§ 5 Hebammengesetz).

Die **Ausbildung** zur Hebamme besteht aus theoretischem und praktischem **Unterricht** und einer praktischen **Ausbildung**. Unterricht und praktische Ausbildung werden in **staatlich anerkannten Hebammenschulen** an Krankenhäusern vermittelt (§ 6 Abs. 1 S. 2 Hebammengesetz). Die praktische Ausbildung erfolgt an einem Krankenhaus oder an einer anderen, von der zuständigen Behörde zur Ausbildung ermächtigten Einrichtung. Die **Mindestanforderungen** für die Ausbildung sowie die Einzelheiten der staatlichen Prüfung sind in der Hebammenausbildungsverordnung ausführlich geregelt.

Auch für die Ausbildung von Hebammen ist die Durchführung von **Modellvorhaben an Hochschulen** vorgesehen (§ 6 Abs. 3 und 4 Hebammengesetz). Für die Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter 1.2.1.1. verwiesen.

1.1.1.3. Ergotherapeuten

Die Ausbildung von **Ergotherapeuten**¹⁴ richtet sich nach dem Ergotherapeutengesetz¹⁵ und der Ergotherapeuten-Ausbildungsverordnung¹⁶ des Bundes. Die **Erlaubnis** zum Tragen dieser Berufsbezeich-

⁹ Eine Anerkennung als Wochenpflegerin nach § 1 Abs. 1 der Verordnung über Wochenpflegerinnen und eine durch § 8 dieser Verordnung gleichgestellte Anerkennung gelten weiter (§ 30 Hebammengesetz).

¹⁰ Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Art. 8 G zur Änd. Krankenversicherungsrechtl. und and. Vorschriften vom 24. 7. 2010 (BGBl. I S. 983).

¹¹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1981 (BGBl. I S. 929) zuletzt geändert durch Art. 11 Richtlinie 2005/36/EG-UmsetzungsG3 vom 2. 12. 2007 (BGBl. I S. 2686).

¹² Z.B. in Nordrhein-Westfalen: Gesetz über die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (Landeshebammengesetz - LHebG NRW) vom 5. März 2002, GV. NRW. S.102; geändert durch Artikel 39 des Fünften Befristungsgesetzes vom 5.4.2005 (GV. NRW. S.351), in Kraft getreten am 30. April 2005; Artikel 9 des Gesetzes vom 20. November 2007 (GV. NRW. S.572), in Kraft getreten am 7. Dezember 2007 und 1. Januar 2008; Artikel III d. Gesetzes v. 11. Dezember 2007 (GV. NRW. 2008 S.8), in Kraft getreten am 8. Januar 2008, online abrufbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2124&bes_id=5041&menu=1&sg=0&aufgehoben=N&keyword=Hebamme#det0 (09.11.2011).

¹³ Darüber hinaus darf sich der Antragsteller nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, er darf nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein und muss über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

¹⁴ Der Begriff Ergotherapeut ersetzt heute den früher verwendeten Begriff des „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten“, wobei diese Berufsbezeichnung weitergeführt werden darf (§ 9 Ergotherapeutengesetz).

nung hängt unter anderem¹⁷ von der Ableistung der im Ergotherapeutengesetz vorgeschriebenen **Ausbildungszeit** sowie dem Bestehen einer **staatlichen Prüfung** ab (§ 2 Abs. 1 Ergotherapeutengesetz).

Das **Ziel** der Ausbildung zum Ergotherapeuten ist **weder im Ergotherapeutengesetz noch in der Ergotherapeuten-Ausbildungsverordnung** festgelegt. Nach den Angaben auf der Internetseite des Regierungspräsidiums Baden-Württemberg¹⁸ soll die Ausbildung dazu befähigen, durch Anregungen und Anleitung zu handwerklicher und musischer Betätigung, Kranke, Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zu mobilisieren und zu aktivieren. Je nach Diagnose und Belastbarkeit soll ermöglicht werden, durch gezielte Bewegungsabläufe die motorische Funktionsfähigkeit wieder zu erlangen oder zu verbessern. Bei der Bewältigung des täglichen Lebens soll Hilfestellung gegeben werden. Die Ausbildung soll damit dazu befähigen, zielgerichtet bei der Wiedereingliederung in das Berufs- und Arbeitsleben mitzuwirken.

Die Ausbildung zum Ergotherapeuten wird an staatlich anerkannten Schulen für Ergotherapeuten durchgeführt und besteht aus theoretischem und praktischem **Unterricht** und einer praktischen **Ausbildung** (§ 4 Abs. 1 Ergotherapeutengesetz und § 1 Abs. 1 Ergotherapeuten-Ausbildungsverordnung). Die Schule muss die praktische Ausbildung im Rahmen einer Vereinbarung mit Krankenhäusern oder anderen geeigneten Einrichtungen sicherstellen (§ 1 Abs. 2 Ergotherapeuten-Ausbildungsverordnung). Die weiteren **Einzelheiten der Ausbildung**, d.h. insbesondere der Gegenstand der Ausbildung und die jeweils dafür vorgesehenen Stunden, sind in Anlage 1 der Ergotherapeuten-Ausbildungsverordnung ausführlich geregelt; der Gegenstand der mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfung ist jeweils in § 5, 6 und 7 der Ergotherapeuten-Ausbildungsverordnung festgehalten.

Auch für die Ausbildung von Ergotherapeuten ist die Durchführung von **Modellvorhaben an Hochschulen** vorgesehen (§ 4 Abs. 5 und 6 Ergotherapeutengesetz). Für die Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter 1.2.1.1. verwiesen.

1.1.1.4. Physiotherapeuten

Die Ausbildung von **Physiotherapeuten**¹⁹ richtet sich nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz (im Folgenden: Physiotherapeutengesetz)²⁰ und der Physiotherapeuten-Ausbildungsverord-

¹⁵ Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz - ErgThG) vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Art. 1 G zur Einführung einer Modellklausel in die BerufsG der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. 9. 2009 (BGBl. I S. 3158).

¹⁶ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV) vom 2. August 1999 (BGBl. I S. 1731), zuletzt geändert durch Art. 15 Richtlinie 2005/36/EG-UmsetzungsG2 vom 2. 12. 2007 (BGBl. I S. 2686).

¹⁷ Darüber hinaus darf sich der Antragsteller nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, er darf nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein und muss über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

¹⁸ Online verfügbar unter: <http://www.rp.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1114720/index.html> (02.11.2011).

¹⁹ Eine vor Inkrafttreten des Physiotherapeutengesetzes erteilte Erlaubnis als Krankengymnast oder eine gleichgestellte Erlaubnis gilt als Erlaubnis als Physiotherapeut (§ 16 Physiotherapeutengesetz).

²⁰ Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPHG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Art. 4 G zur Einführung einer Modellklausel in

nung²¹ des Bundes. Die Erlaubnis zum Führen dieser Berufsbezeichnung ist unter anderem²² von der Ableistung der gesetzlich vorgeschriebenen **Ausbildungszeit** sowie vom Bestehen einer **staatlichen Prüfung** abhängig (§ 2 Abs. 1 Physiotherapeutengesetz).

Das **Ziel** der Ausbildung zum Physiotherapeuten ist in § 8 Physiotherapeutengesetz festgehalten. Es geht dabei um die Befähigung, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen.

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten besteht aus theoretischem und praktischem **Unterricht** und einer praktischen **Ausbildung**. Sie wird durch **staatlich anerkannte Schulen** vermittelt, die entweder an einem Krankenhaus eingerichtet sind oder die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit **Krankenhäusern** oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen sicherstellen (§ 9 Abs. 1 Physiotherapeutengesetz). Die weiteren Einzelheiten der Ausbildung sind in Anlage 1 der Physiotherapeuten-Ausbildungsverordnung ausführlich geregelt.

Auch für die Ausbildung von Ergotherapeuten ist die Durchführung von **Modellvorhaben an Hochschulen** vorgesehen (§ 9 Abs. 2 und 3 Physiotherapeutengesetz). Für die Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter 1.2.1.1. verwiesen.

1.1.1.5. Diätassistenten

Die Ausbildung von **Diätassistenten** richtet sich nach dem Diätassistentengesetz²³ und der Diätassistenten-Ausbildungsverordnung²⁴ des Bundes. Die Berufsbezeichnung darf nur von Personen geführt werden, die über eine entsprechende **Erlaubnis** verfügen. Die Erlaubnis ist unter anderem²⁵ von der Ableistung der gesetzlich vorgeschriebenen **Ausbildungszeit** sowie vom Bestehen einer **staatlichen Prüfung** abhängig (§ 2 Abs. 1 Diätassistentengesetz).

Das **Ziel** der Ausbildung zum Diätassistenten ist in § 3 Diätassistentengesetz geregelt. Es handelt sich dabei insbesondere um die Vermittlung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur eigenverantwortlichen Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer

die BerufsG der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. 9. 2009 (BGBl. I S. 3158).

²¹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), zuletzt geändert durch Art. 29 Richtlinie 2005/36/EG-UmsetzungsG2 vom 2. 12. 2007 (BGBl. I S. 2686).

²² Darüber hinaus darf sich der Antragsteller nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, er darf nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein und muss über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

²³ Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz - DiätAssG) vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), zuletzt geändert durch Art. 25 Richtlinie 2005/36/EG-UmsetzungsG vom 2. 12. 2007 (BGBl. I S. 2686).

²⁴ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten (DiätAss-APrV) vom 1. August 1994 (BGBl. I S. 2088), zuletzt geändert durch Art. 26 Richtlinie 2005/36/EG-UmsetzungsG vom 2. 12. 2007 (BGBl. I S. 2686).

²⁵ Darüber hinaus darf sich der Antragsteller nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, er darf nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein und muss über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.

Massnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung wie dem Erstellen von Diätplänen, dem Planen, Berechnen und Herstellen wissenschaftlich anerkannter Diätformen befähigen sowie dazu, bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen.

Die **Ausbildung** zum Diätassistenten besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Sie wird durch **staatlich anerkannte Schulen** vermittelt, die entweder an einem Krankenhaus eingerichtet sind oder die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit **Krankenhäusern** oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen sicherstellen (§ 4 Diätassistentengesetz). Die weiteren Einzelheiten der Ausbildung sind in Anlage 1 der Diätassistenten-Ausbildungsverordnung ausführlich geregelt.

Die Durchführung von **Modellvorhaben** zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Berufs des Diätassistenten dienen, ist nach unseren Recherchen derzeit gesetzlich **nicht vorgesehen**.

1.1.2. Behörden und Organe

1.1.2.1. Krankenpfleger

Zuständig für Ausgestaltung der Ausbildung von Krankenpflegern in der Form des Erlasses einer Krankenpflege-Ausbildungsverordnung ist nach § 8 des Krankenpflegegesetzes das **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung** im Einvernehmen²⁶ mit dem **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** sowie im Benehmen²⁷ mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung.

1.1.2.2. Hebammen

Zuständig für Ausgestaltung der Ausbildung von Hebammen ist nach § 10 des Hebammengesetzes das **Bundesministerium für Gesundheit** im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

1.1.2.3. Ergotherapeuten

Zuständig für Ausgestaltung der Ausbildung von Ergotherapeuten ist nach § 5 des Ergotherapeutengesetzes das **Bundesministerium für Gesundheit** durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

1.1.2.4. Physiotherapeuten

Zuständig für Ausgestaltung der Ausbildung von Physiotherapeuten ist nach § 13 des Physiotherapeutengesetzes das **Bundesministerium für Gesundheit** im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

1.1.2.5. Diätassistenten

Zuständig für Ausgestaltung der Ausbildung von Diätassistenten ist nach § 8 des Diätassistentengesetzes das **Bundesministerium für Gesundheit** im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

²⁶ Einvernehmen bedeutet, dass das Einverständnis der anderen Stelle vorliegen muss.

²⁷ Benehmen bedeutet, dass der anderen Stelle Gelegenheit zur Stellungnahme ohne Bindungswirkung gegeben werden muss.

1.2. Ausübung als selbständig Erwerbstätige

1.2.1. Definition

Der Begriff der freien Berufe oder der freiberuflichen Tätigkeit ist in Deutschland **nicht gesetzlich definiert**.²⁸ Er ist vom Begriff des Gewerbetreibenden abzugrenzen. Ein Gewerbe ist jede erlaubte, auf Gewinn gerichtete und auf eine gewisse Dauer angelegte, selbständige Tätigkeit, mit Ausnahme der Urproduktion und der freien Berufe.²⁹

Mangels einer gesetzlichen Definition wird grundsätzlich auf § 18 Abs. 1 Nr. 1 Einkommensteuergesetz³⁰ (EStG) zurückgegriffen, der drei Fallgruppen der freiberuflichen Tätigkeit unterscheidet:

- die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit,
- die selbständige Tätigkeit der dort aufgezählten sog. Katalogberufe sowie
- die selbständige Tätigkeit der den Katalogberufen ähnlichen Berufe.

Die Katalogberufe des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG umfassen u.a. die Tätigkeit der Heilpraktiker und Krankengymnasten (Physiotherapeuten). Zu den Berufsmerkmalen dieser Heilberufe gehört u.a., dass deren Ausübung einer **Erlaubnis** bedarf und der **Überwachung** durch die Gesundheitsämter unterliegt (s.u. 2.3.1.). Zur Vergleichbarkeit von Berufen mit den Katalogberufen müssen

1. die für den vergleichbaren Katalogberuf erforderlichen Kenntnisse nachgewiesen sein und
2. die so qualifizierte Arbeit den wesentlichen Teil der gesamten Berufstätigkeit ausmachen und dem ähnlichen Beruf das Gepräge im Sinne des Katalogberufs geben.

Andernfalls handelt es sich um ein gewerbliches Unternehmen i. S. von § 2 Absatz 1 Gewerbesteuer-gesetz.³¹

Daneben enthält § 1 Abs. 2 des **Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes**³² (PartGG) weitere freiberufliche Tätigkeiten. Hier wird u.a. der Beruf der Hebamme ausdrücklich aufgeführt.

1.2.1.1. Krankenpfleger

Krankenpfleger, die im ambulanten Pflegedienst selbständig tätig sind, werden grundsätzlich als Freiberufler angesehen. Durch ihre dreijährige Ausbildung, die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung "Krankenpfleger", der Unterstellung unter die Aufsicht der Gesundheitsämter und ihr Tätigwerden nur auf Grund von Verordnungen von Ärzten gleicht das Berufsbild der Krankenpfleger

²⁸ Hutter in: Blümich Einkommensteuergesetz, Körperschaftsteuergesetz, Gewerbesteuer-gesetz Kommentar, Stand: Mai 2011 (111. Ergänzungslieferung), § 18 EStG Rn. 50.

²⁹ K. Weber, Creifelds Rechtswörterbuch, 16. Auflage, München 2000, S. 578.

³⁰ Einkommensteuergesetz (EStG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, ber. I 2009 S. 3862), zuletzt geändert durch Art. 7 Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2009/65/EG zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend bestimmte Organismen für gemeinsame Anlagen in Wertpapieren (OGAW-IV-Umsetzungsgesetz – OGAW-IV-UmsG)5 vom 22. 6. 2011 (BGBl. I S. 1126).

³¹ Bundesfinanzhof, Urteil vom 18.5.2000, Az.: IV R 89–99, Deutsches Steuerrecht 2000, S. 1432f.

³² Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (Partnerschaftsgesellschaftsgesetz - PartGG) vom 25. Juli 1994 (BGBl. I S. 1744), zuletzt geändert durch Art. 22 G zur Modernisierung des GmbH-Rechts und zur Bekämpfung von Missbräuchen vom 23. 10. 2008 (BGBl. I S. 2026).

in den wesentlichen Punkten dem typischen Berufsbild der in § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG aufgezählten Heilberufe und muss ihnen gleichgestellt werden.³³

Wird ein Patient nicht nur medizinisch betreut, sondern darüber hinaus auch hauswirtschaftlich versorgt, so liegt statt der freiberuflichen eine **gewerbliche** Tätigkeit vor.³⁴

1.2.1.2. Hebammen

Bei der Hebamme handelt es sich um einen der in § 1 Abs. 2 PartGG genannten freien Berufe. Auch der Bundesfinanzhof erkennt die Tätigkeit der Hebamme als einen dem ärztlichen Tätigkeitsbereich ähnlichen freien Beruf an.³⁵

1.2.1.3. Ergotherapeuten

Nach der Ansicht der Bundesfinanzverwaltung handelt es sich bei Ergotherapeuten um freiberuflich Tätige.³⁶

1.2.1.4. Physiotherapeuten

Krankengymnasten (Physiotherapeuten) werden in § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG ausdrücklich als freiberufliche Tätige aufgeführt.

1.2.1.5. Diätassistenten

Nach der Ansicht der Bundesfinanzverwaltung handelt es sich bei Diätassistenten um freiberuflich Tätige.³⁷

1.2.2. Voraussetzungen

Wer freiberuflich tätig wird, muss die erforderliche Berufsqualifikation besitzen und die Berufstätigkeit persönlich ausüben.³⁸ Daneben sind Freiberufler verpflichtet, eine Kranken- und **Berufsunfallversicherung** abzuschliessen. Je nach Berufssparte sind Freiberufler Pflichtmitglieder in ihrer Berufsgenossenschaft. Eine Eintragung ins Handels- oder Partnerschaftsregister wird nötig, wenn eine eintragungspflichtige Rechtsform gewählt wird. Alle nichtärztlichen Heilberufe müssen die freiberufliche Tätigkeit des Weiteren beim **Gesundheitsamt anmelden**.³⁹

³³ Niedersächsisches Finanzgericht, Urteil vom 11.08.1993, Az.: XIII 264/91, Entscheidungen der Finanzgerichte 1994, S. 146.

³⁴ Bundesfinanzhof, Urteil vom 18.5.2000, Az.: IV R 89–99, Deutsches Steuerrecht 2000, S. 1432f.

³⁵ Bundesfinanzhof, Urteil vom 23.08.1966, Az.: I R 96/66, zitiert nach Juris.

³⁶ BMF-Schreiben vom 22.10.2004 - IV B 2 - S 2246 - 3/04, Bundessteuerblatt 2004 I S. 1030.

³⁷ BMF-Schreiben vom 22.10.2004 - IV B 2 - S 2246 - 3/04, Bundessteuerblatt 2004 I S. 1030.

³⁸ Hutter in: Blümich Einkommensteuergesetz, Körperschaftsteuergesetz, Gewerbesteuerengesetz Kommentar, Stand: Mai 2011 (111. Ergänzungslieferung), § 18 EStG Rn. 51.

³⁹ Siehe Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie: Gründerzeiten – Informationen zur Existenzgründung und –sicherung Nr. 45: Existenzgründung durch freie Berufe, S. 4f., online abrufbar unter: http://www.existenzgruender.de/imperia/md/content/pdf/publikationen/gruenderzeiten/gz_45.pdf (03.11.2011).

1.2.2.1. Krankenpfleger

Für die freiberufliche Tätigkeit als Krankenpfleger ist es notwendig, die **Erlaubnis** zum Tragen der Berufsbezeichnung zu führen (s.o. 1.2.1.1.) sowie die unter 1.2.2. dargestellten **Versicherungen** abzuschliessen und den **Meldepflichten** nachzukommen.

Grundsätzlich besteht für freiberuflich tätige Krankenpfleger **keine gesetzliche Pflicht**, eine **Berufshaftpflichtversicherung** abzuschliessen. In den Bundesländern, die eine Berufsordnung für Krankenpfleger erlassen haben, folgt die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aus dieser, vgl. § 4 Abs. 2 der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates. Für die Abrechnung von freiberuflichen häuslichen Pflegeleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen ist eine sog. **Kassenzulassung** erforderlich, § 132a des 5. Buches des Sozialgesetzbuchs⁴⁰ (SGB V). Im Rahmen dieser Zulassung wird der Pflegedienstleistende vertraglich verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen.⁴¹

1.2.2.2. Hebammen

Für die freiberufliche Tätigkeit als Hebamme ist es notwendig, die **Erlaubnis** zum Tragen der Berufsbezeichnung zu führen (s.o. 1.2.1.2.) sowie die unter 1.2.2. dargestellten **Versicherungen** abzuschliessen und den **Meldepflichten** nachzukommen.

Grundsätzlich besteht für freiberuflich tätige Hebammen **keine gesetzliche Pflicht**, eine **Berufshaftpflichtversicherung** abzuschliessen. In den Bundesländern, die eine Berufsordnung für Hebammen erlassen haben, folgt die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aus dieser, z.B. aus § 8 Nr. 2 der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger des Landes Nordrhein-Westfalen. Für die Abrechnung von Leistungen freiberuflicher Hebammen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen ist eine **Kassenzulassung** erforderlich, § 134a SGB V. Im Rahmen dieser Zulassung wird die Hebamme vertraglich verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen.⁴²

1.2.2.3. Ergotherapeuten

Für die freiberufliche Tätigkeit als Ergotherapeut ist es notwendig, die **Erlaubnis** zum Tragen der Berufsbezeichnung zu führen (s.o. 1.2.1.3.) sowie die unter 2.3.1. dargestellten **Versicherungen** abzuschliessen und den **Meldepflichten** nachzukommen.

Für Ergotherapeuten besteht **keine gesetzliche Pflicht** zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung.⁴³ Eine Berufsordnung für Ergotherapeuten, aus der eine Versicherungspflicht entstehen könnte, scheint nach unseren Recherchen derzeit nicht zu existieren.

⁴⁰ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 3 G zur Änd. des InfektionsschutzG und weiterer G vom 28. 7. 2011 (BGBl. I S. 1622).

⁴¹ Vergleiche das Merkblatt „Voraussetzungen zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege, häuslichen Pflege und Haushaltshilfe gemäß §§ 132 und 132a SGB V“ der Ersatzkrankenkassen, Landesverband NRW, „Sonstige Voraussetzungen“ Nr. 4, online abrufbar unter: http://www.vdek.com/LVen/NRW/Vertragspartner/Pflegeversicherung/Ambulante_Dienste/Merkblatt.pdf (09.11.2011).

⁴² Siehe den Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, § 6 Abs. 4, online abrufbar unter: <http://www.hebammengesetz.de/vertrag.pdf> (09.11.2011).

⁴³ Telefonische Auskunft von Fr. Bischoff, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), 03.11.2011.

Für die Abrechnung von Leistungen freiberuflicher Ergotherapeuten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen ist eine **Kassenzulassung** erforderlich, § 124 SGB V. Im Rahmen dieser Zulassung wird der Ergotherapeut **vertraglich verpflichtet**, eine **Berufshaftpflichtversicherung** abzuschliessen.⁴⁴ Voraussetzung für die Zulassung ist nach § 124 Abs. 2 SGB V, dass der Antragsteller

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Bis Mai 2003 war darüber hinaus Voraussetzung, dass der Antragsteller eine **berufspraktische Erfahrungszeit** von mindestens zwei Jahren nachweisen konnte, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden war. Diese Voraussetzung wurde jedoch gestrichen.

1.2.2.4. Physiotherapeuten

Für die freiberufliche Tätigkeit als Physiotherapeut ist es notwendig, die **Erlaubnis** zum Tragen der Berufsbezeichnung zu führen (s.o. 1.2.1.4.) sowie die unter 1.2.2. dargestellten **Versicherungen** abzuschliessen und den **Meldepflichten** nachzukommen.

Grundsätzlich besteht für freiberuflich tätige Physiotherapeuten **keine gesetzliche Pflicht**, eine **Berufshaftpflichtversicherung** abzuschliessen. In den Bundesländern, die eine Berufsordnung für Physiotherapeuten erlassen haben, folgt die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aus dieser.⁴⁵

Für die Abrechnung von Leistungen freiberuflicher Physiotherapeuten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen ist eine **Kassenzulassung** erforderlich, § 124 SGB V (siehe hierzu unter 2.3.1.3. für Ergotherapeuten). Im Rahmen dieser Zulassung wird der Physiotherapeut **vertraglich verpflichtet**, eine **Berufshaftpflichtversicherung** abzuschliessen.⁴⁶

1.2.2.5. Diätassistenten

Für die freiberufliche Tätigkeit als Diätassistent ist es notwendig, die **Erlaubnis** zum Tragen der Berufsbezeichnung zu führen (s.o. 1.2.1.5.) sowie die unter 1.2.2. dargestellten **Versicherungen** abzuschliessen und den **Meldepflichten** nachzukommen.

⁴⁴ Siehe den Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über Leistungen der Ergotherapie zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. und der AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse, u. A., § 15 Abs. 4, online abrufbar unter: http://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/heilberufe/vertraege/ergotherapie/bln_heil_ergo_vertrag_191010.pdf (09.11. 2011).

⁴⁵ § 6 der Berufsordnung für Physiotherapeuten.

⁴⁶ Siehe den Vertrag gemäß § 125 SGB V über die Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen zwischen dem Deutschen Verband der Physiotherapie u. A. und der AOK für das Land Brandenburg u. A., § 5 Abs. 12, online abrufbar unter: http://www.reha-salus.de/uploads/media/vertragl_Grundlage_Krankenkassen.pdf (09.11.2011).

Nach unseren Recherchen besteht für Diätassistenten **keine gesetzliche Pflicht** zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. Die **Kassenzulassung** von Diätassistenten ist im SGB V nicht ausdrücklich vorgesehen, scheint nach unseren Recherchen jedoch möglich zu sein.⁴⁷ In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass auch hier der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung Voraussetzung für die Zulassung ist.⁴⁸

⁴⁷ Siehe z.B. unter <http://www.stute-bielefeld.de/pvai.htm> (09.11.2011): „Sibylle Pohl: Ernährungsberaterin/DGE - Staatlich anerkannte Diätassistentin mit Krankenkassenzulassung“.

⁴⁸ Telefonische Auskunft vom VDD - Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 03.11.2011.

2. France

2.1. Formation

2.1.1. Bases légales

2.1.1.1. Infirmiers/-ières

L'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier est le principal fondement de la formation des infirmiers⁴⁹ en France.

« Le diplôme d'Etat d'infirmier atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'infirmier selon :

- les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes I et II ;
- les articles R. 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique »⁵⁰.

Les compétences attendues de la part des infirmiers⁵¹ diplômés sont contenues dans ces trois textes.

Le référentiel d'activité⁵² définit les neuf **activités devant être maîtrisées par les diplômés** :

- 1° Observation et recueil de données cliniques ;
- 2° Soins de confort et de bien-être ;
- 3° Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes ;
- 4° Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes ;
- 5° Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 6° Coordination et organisation des activités et des soins ;
- 7° Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits ;
- 8° Formation et information du nouveau personnel et des stagiaires ;
- 9° Veille professionnelle et recherche.

Le référentiel de compétences⁵³ précise les dix **compétences devant être maîtrisées** par les diplômés :

- 1° Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
- 2° Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
- 3° Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
- 4° Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
- 5° Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- 6° Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- 7° Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
- 8° Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
- 9° Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
- 10° Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

⁴⁹ Texte et annexes disponibles sous : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0117.pdf (19.10.2011).

⁵⁰ Art. 1 Arrêté du 31 juillet 2009.

⁵¹ Ce terme vaut pour les hommes comme pour les femmes.

⁵² Annexe I Arrêté du 31 juillet 2009.

⁵³ Annexe II Arrêté du 31 juillet 2009.

En plus, les compétences contenues dans les art. R 4311-1 à R 4311-15 du Code de la Santé Publique (CSP) doivent être acquises. Ils détaillent les **actes que les infirmiers sont autorisés à pratiquer** dans le cadre de leur fonction. Ceux-ci correspondent aux actes que le diplômé sera amené à pratiquer dès son entrée dans le monde professionnel⁵⁴.

L'Arrêté du 31 juillet 2009, pris par la Ministre de la Santé et des Sports, régleme de façon quasi-exhaustive les études d'infirmier. Les instituts de formation en soins infirmiers n'ont que très peu de marge de manœuvre dans le l'organisation des études. Il régleme l'accès à la formation d'infirmier⁵⁵ ; les modalités de dispenses de scolarité⁵⁶, soit les cas où un diplôme d'Etat d'infirmier peut être attribué à une personne sans que celle-ci ne doive suivre partie ou tout le programme de formation en reconnaissance d'un diplôme obtenu précédemment ; et la formation en elle-même et la certification en fin de cursus⁵⁷.

2.1.1.2. Sages-femmes

Le texte principal pour la formation de sage-femme est l'**Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques**⁵⁸.

Les étudiants sages-femmes⁵⁹ commencent leur formation en suivant la **première année commune des études de santé (PACES)**⁶⁰. En cas de réussite, ils peuvent ensuite suivre la formation de sage-femme⁶¹.

Les **objectifs de la formation générale en sciences maïeutiques** sont⁶² : 1° L'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Cette base scientifique englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes, plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, indispensables à l'appropriation progressive des compétences nécessaires à l'exercice des métiers médicaux ; 2° L'approche fondamentale de l'être humain dans l'optique du maintien de la santé et de la prise en charge du malade, par l'acquisition de connaissances en santé publique, en séméiologies clinique et paraclinique ; 3° L'acquisition de connaissances fondamentales de physiopathologie et de pharmacologie permettant à l'étudiant d'obtenir une vision intégrée du fonctionnement normal et pathologique des appareils et systèmes du corps humain.

L'Arrêté du 19 juillet 2011, pris par le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé et le Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, donne les lignes directrices concernant le programme de cours de la formation générale en sciences maïeutiques. Les écoles de sages-femmes ou les uni-

⁵⁴ Une liste des actes devant être acquis en fin de formation est donnée aux trois dernières pages Annexe VI Arrêté du 31 juillet 2009.

⁵⁵ Art. 2 à 23 Arrêté du 31 juillet 2009.

⁵⁶ Art. 24 à 37 Arrêté du 31 juillet 2009.

⁵⁷ Art. 38 à 65 et Annexes III, IV, V, VI Arrêté du 31 juillet 2009.

⁵⁸ Texte et annexe disponible sous : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=57109&cbo=1 (27.10.2011).

⁵⁹ Ce terme vaut pour les femmes comme pour les hommes.

⁶⁰ Année commune aux dentistes et médecins ; Art. D 4151-5 CSP ; Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, texte et annexe disponibles sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&fastPos=2&fastReqId=1534355857&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (27.10.2011).

⁶¹ La formation dure 4 ans. Le premier cycle de trois ans est la formation générale en sciences maïeutiques (Art. 1 al. 1 Arrêté du 19 juillet 2011) et inclut la PACES (Art. 1 al. 2 Arrêté du 19 juillet 2011).

⁶² Art. 5 al. 1 Arrêté du 19 juillet 2011.

versités dispensant cette formation sont libres d'organiser le programme comme elles le souhaitent⁶³. Par contre, l'organisation des études et les modalités d'enseignement et de contrôle de connaissances y sont réglementées⁶⁴.

Le deuxième cycle de deux ans n'est pas encore réglementé à notre connaissance, mais devrait l'être prochainement⁶⁵. Les étudiants actuellement en master sont encore soumis à l'ancien arrêté, soit l'Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens⁶⁶, pris par le Ministre délégué à la santé et le Ministre de l'éducation nationale.

2.1.1.3. Ergothérapeutes

L'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute réglemente la formation des ergothérapeutes⁶⁷ en France⁶⁸.

« Le diplôme d'Etat d'ergothérapeute atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'ergothérapeute selon :

- les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes I et II ;
- l'article R. 4331-1 du code de la santé publique »⁶⁹.

Les compétences attendues de la part des ergothérapeutes diplômés sont contenues dans ces trois textes.

Le référentiel d'activité⁷⁰ définit les neuf **activités devant être maîtrisées** par les diplômés :

- 1° Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique ;
- 2° Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale ;
- 3° Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques ;
- 4° Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions ;
- 5° Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement ;
- 6° Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information ;
- 7° Gestion des ressources ;
- 8° Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche ;
- 9° Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

⁶³ Art. 5 al. 4 et Annexe Arrêté du 19 juillet 2011.

⁶⁴ Art. 6 à 12 Arrêté du 19 juillet 2011.

⁶⁵ Confirmé par téléphone le 27 octobre 2011 par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

⁶⁶ Texte disponible sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000225728&fastPos=1&fastReqlid=605741003&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (27.10.2011).

⁶⁷ Ce terme vaut pour les hommes comme pour les femmes.

⁶⁸ Texte et annexes disponibles sous : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0124.pdf (19.10.2011).

⁶⁹ Art. 1 Arrêté du 5 juillet 2010

⁷⁰ Annexe I Arrêté du 5 juillet 2010.

Le référentiel de compétences⁷¹ précise les dix **compétences** devant être maîtrisées par les diplômés : 1° Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique ; 2° Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ; 3° Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie ; 4° Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ; 5° Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ; 6° Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ; 7° Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ; 8° Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ; 9° Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ; 10° Former et informer.

En plus, les **compétences contenues dans le Code de la santé publique** doivent être acquises. L'art. R 4331-1 CSP détaille les actes que les ergothérapeutes sont autorisés à pratiquer dans le cadre de leur fonction. Ceux-ci correspondent aux actes que le diplômé sera amené à pratiquer dès son entrée dans le monde professionnel.

L'Arrêté du 5 juillet 2010, pris par la Ministre de la Santé et des Sports, réglemente de façon quasi-exhaustive les **études d'ergothérapeute**. Les instituts de formation en ergothérapie n'ont que très peu de marge de manœuvre dans l'organisation des études. Il réglemente la formation en elle-même et la certification en fin de cursus⁷² et les modalités de dispenses de scolarité⁷³.

2.1.1.4. Physiothérapeutes

Le texte réglementant la formation dans ce domaine est l'**Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute**⁷⁴.

L'Arrêté du 5 septembre 1989, pris par Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, ne précise **aucun objectif ou compétence** à maîtriser, mais réglemente néanmoins la formation, notamment les modules et leur contrôle, même si les modalités d'enseignement sont laissées à la discrétion des instituts de formation en masso-kinésithérapie⁷⁵. Il réglemente aussi les conditions de l'obtention du Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute⁷⁶.

2.1.1.5. Diététiciens/-iennes

Il y a deux formations possibles pour devenir diététicien⁷⁷ : le brevet de technicien supérieur de diététique (BTS Diététique) ou le diplôme universitaire de technologie, spécialité génie biologique, option diététique (DUT Diététique)⁷⁸.

⁷¹ Annexe II Arrêté du 5 juillet 2010.

⁷² Art. 2 à 30 et Annexes III, IV, V, VI Arrêté du 5 juillet 2010.

⁷³ Art. 31 à 37 Arrêté du 5 juillet 2010.

⁷⁴ Texte et annexes disponibles sous :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F7A0123B6DD4B9C26BE7FC02DCE27204.tpdjo12v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072730&dateTexte=20111019 (19.10.2011).

⁷⁵ Art. 3 à 16 et Annexe I Arrêté du 5 septembre 1989.

⁷⁶ Art. 19 à 29 et Annexe II Arrêté du 5 septembre 1989.

⁷⁷ Ce terme vaut tant pour les hommes que pour les femmes.

⁷⁸ Art. D 4371-1 CSP.

2.1.1.5.1. BTS Diététique

Le BTS Diététique⁷⁹ est réglementé par l'Arrêté du 9 septembre 1997 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur Diététique⁸⁰. Les unités constitutives du référentiel de certification du brevet de technicien supérieur Diététique sont définies en annexe I de l'Arrêté du 9 septembre 2007⁸¹.

Les différentes **compétences** attendues des diplômés sont les suivantes :

- 1° Exploiter le cadre architectural et le matériel déjà existants du service alimentaire ;
- 2° Apporter des éléments spécifiques lors de la conception du cadre architectural des services alimentaires ou des commerces, prévoir le matériel nécessaire à leur fonctionnement ;
- 3° Elaborer les plans alimentaires et les menus adaptés aux membres de la collectivité ;
- 4° Adapter les menus de base de la cuisine centrale à des régimes standards définis ;
- 5° Conduire et réaliser un bilan alimentaire ;
- 6° Proposer une alimentation conforme à la prescription médicale, aux goûts et à l'environnement socio-professionnel du sujet ;
- 7° Adapter l'alimentation habituelle qualitativement et quantitativement en utilisant éventuellement les produits destinés à une alimentation particulière ;
- 8° Concevoir et rédiger un questionnaire d'enquêtes de motivation, de consommation, ... dans un but commercial ou à des fins préventifs ;
- 9° Exploiter les résultats en vue des finalités de l'enquête ;
- 10° Réaliser une fiche standard assurant la fiabilité des techniques, la constance des quantités et des qualités organoleptiques et nutritionnelles des préparations ;
- 11° Concevoir des documents techniques (fiches techniques de produits, d'étiquetage, ...) ;
- 12° Participer à la politique de communication en matière de lancement et de promotion des produits alimentaires ;
- 13° Rédiger un article, une note d'information, concevoir une affiche, ... ;
- 14° Rédiger un rapport ;
- 15° Prendre en charge les achats en fonction des besoins de la collectivité et des offres du marché ;
- 16° Adapter une méthode de gestion des stocks aux exigences de la collectivité ;
- 17° Proposer un choix de préparation qui, présentant des qualités nutritionnelles et organoleptiques optimales, respecte le budget ;
- 18° Participer, dans le cadre alimentaire, à l'élaboration d'un compte d'exploitation prévisionnel ou d'un budget ;
- 19° Savoir orienter la décision, en matière de fabrication et de commercialisation de produits, en fonction du seuil de rentabilité calculé ;
- 20° Participer à la prévision et à la planification des besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel ;
- 21° Apprécier le marché potentiel de la zone de chalandise ;
- 22° Dégager les critères de choix de la forme juridique adaptée au commerce envisagé ;
- 23° Utiliser les principes élémentaires en matière de comptabilité générale, gestion de trésorerie, documents commerciaux ;
- 24° Porter une appréciation critique sur l'hygiène et la sécurité par référence aux textes réglementaires ;

⁷⁹ Art. 8 Décret n°95-665 du 9 mai 1995 portant règlement général du brevet de technicien supérieur, disponible sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000718344&fastPos=1&fastReqId=1747204086&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (20.10.2011) ; il s'agit d'une formation de deux ans après l'obtention du baccalauréat.

⁸⁰ Texte et annexes disponibles sous : <http://www.afdn.org/referentiel-bts.html> (20.10.2011).

⁸¹ Art. 2 Arrêté du 9 septembre 1997.

- 25° Contrôler les conditions de réalisation des préparations en collaboration avec le chef de cuisine ;
- 26° Organiser et contrôler la réalisation de préparations diététiques ou l'adaptation de préparations fournies par la cuisine centrale pour des régimes particuliers ;
- 27° Organiser et contrôler la distribution des repas dans l'ensemble de la collectivité, sur place ou à distance, immédiate ou différée, dans le temps, dans le respect des textes réglementaires ;
- 28° Déterminer la consommation alimentaire et en déduire des conclusions intéressant la gestion et/ou la nutrition ;
- 29° Transmettre des informations adaptées à un public donné en utilisant les moyens didactiques appropriés⁸².

L'Arrêté du 9 septembre 1997, pris par le Ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et le Ministre de l'emploi et de la solidarité, réglemente de façon quasi-exhaustive le BTS Diététique. Les écoles de formation n'ont que très peu de marge de manœuvre dans l'organisation des études. Il réglemente le cursus de formation.

2.1.1.5.2 DUT Diététique

Le DUT Diététique⁸³ est réglementé par l'Arrêté du 3 août 2005 relatif au diplôme universitaire de technologie dans l'Espace européen de l'enseignement supérieur⁸⁴. Dans l'art. 7 de l'Arrêté, l'objectif de la formation est formulé de manière relativement générale :

« La formation vise l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice des fonctions professionnelles définies à l'article 2 du décret du 12 novembre 1984 susvisé, tout en intégrant les éléments permettant de maîtriser les futures évolutions de ces fonctions. La formation concourt à l'épanouissement personnel, au développement du sens des responsabilités et à l'apprentissage du travail individuel et en équipe. »

Les **objectifs** du DUT Diététique sont précisés dans le Programme Pédagogique National du DUT «Génie biologique »⁸⁵ :

1. Former des techniciens supérieurs ayant un large spectre de connaissances et de compétences en biologie leur permettant de trouver un emploi dans des secteurs variés, notamment la diététique, où ils peuvent exercer différentes activités : production, analyse et contrôle, recherche et développement, services, management, alimentation humaine ... etc.
2. Permettre l'insertion professionnelle des diplômés par la connaissance des métiers et la construction du Projet Personnel et Professionnel en liaison avec l'orientation progressive de l'étudiant.
3. Développer l'autonomie, la polyvalence et l'adaptabilité chez les diplômés pour qu'ils puissent rapidement évoluer vers un niveau supérieur par acquisition de compléments de formation.

⁸² Annexe 1 Arrêté du 9 septembre 1997, dernière page.

⁸³ Art. 8 Arrêté du 3 août 2005 ; il s'agit d'une formation en deux ans après l'obtention du baccalauréat.

⁸⁴ Texte et annexes disponibles sous :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449466&fastPos=57&fastReqId=1261928981&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (20.10.2011).

⁸⁵ Programme Pédagogique National du DUT « Génie biologique », disponible sous :

<http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/referentiel-dut-dietetique.pdf> (20.10.2011), p. 3.

Les **compétences** attendues par les diplômés sont :

1. En première année, tronc commun Génie Biologique⁸⁶ :
 - a. Bases scientifiques et technologiques : connaître, comprendre, maîtriser les bases des mathématiques, de la physique applicables à la biologie ; savoir analyser, interpréter et présenter les résultats scientifiques ; acquérir les bases de formation nécessaires à la spécialisation ultérieure ;
 - b. Sciences chimique et biochimique : connaître et comprendre les bases de la structure et du fonctionnement moléculaire des organismes vivants par une approche théorique et pratique ; maîtriser les techniques et méthodologies nécessaires à la pratique du laboratoire de chimie et de biochimie ;
 - c. Sciences de la vie : connaître et comprendre les bases de la structure et du fonctionnement cellulaire et physiologique des organismes vivants par une approche théorique et pratique ; maîtriser les techniques de bases, d'observation, d'analyses et d'expérimentation spécifiques aux organismes vivants ;
 - d. Formation générale et projet professionnel : communiquer et s'exprimer sur des sujets généraux et scientifiques ; être capable d'assurer la présentation et la synthèse d'un rapport scientifique ; savoir exploiter des documents techniques en français et dans une langue étrangère ; définir les bases de son projet professionnel par une connaissance de soi et des métiers de la biologie.
2. En deuxième année, option Diététique⁸⁷ :
 - a. Sciences de l'alimentation : être capable d'intégrer l'ensemble des métabolismes touchant la nutrition et leur régulation dans une dynamique des systèmes biologiques ; connaître et maîtriser les différentes techniques permettant d'évaluer l'état de nutrition d'un individu bien portant ; connaître les besoins alimentaires de base d'un individu bien portant ; connaître la composition en nutriments de chaque aliment ou groupe d'aliments ainsi que ses critères de qualité ; savoir la composition en nutriments de chaque aliment grâce à l'étude des différentes tables de composition et étiquettes d'aliments ; maîtriser les techniques d'analyse sensorielle des aliments ; être capable d'anticiper l'impact d'un aliment sur la santé ; savoir réaliser et adapter un menu de base pour un individu bien portant et /ou malade ; maîtriser les différentes techniques d'enquêtes et d'évaluation de l'alimentation d'un individu ;
 - b. Enseignements spécialisés : Connaître les principales causes et conséquences des pathologies liées à la nutrition chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte ; savoir adapter les menus en fonction des différents objectifs et priorités ; maîtriser la réalisation et l'explication au malade du régime ; savoir réaliser des études de cas ;
 - c. Gestion-Qualité-Communication : savoir réussir et s'adapter face aux problèmes et comportement du patient ; connaître les équipements et les différents systèmes de restauration ; connaître le cadre législatif en matière de restauration collective ; comprendre la gestion en restauration collective : gestion des denrées et du personnel ; être capable d'en faire un suivi. Participer à l'établissement du budget ; maîtriser les connaissances nécessaires à la mise en place des règles d'hygiène dans le cadre de la législation comme par exemple au cours de la mise en œuvre d'une démarche qualité ; être capable de mettre en place des programmes d'éducation nutritionnelle dans le but de prévenir les risques de santé publique liés à l'alimentation ; comprendre le fonctionnement des structures sanitaires et sociales ; être capable d'utiliser l'outil informatique à des fins d'exploitation statistique de résultats expérimentaux, de réalisation d'outils de formation ; être capable de

⁸⁶ Programme Pédagogique National du DUT « Génie biologique », op. cit., p. 12.

⁸⁷ Programme Pédagogique National du DUT « Génie biologique », op. cit., p. 15.

communiquer à l'écrit et à l'oral et d'exploiter des documents généraux, techniques et scientifiques en français et dans une langue étrangère ; être capable de continuer la construction de son projet professionnel et de se familiariser avec une démarche de recherche d'emploi ou de poursuites d'études ; être capable de s'adapter au tissu professionnel local en approfondissant les connaissances acquises dans les différentes unités d'enseignement ;

- d. Travaux personnels d'intégration à la vie professionnelle : analyser l'organisation et le fonctionnement d'une cuisine de collectivités ; comprendre la gestion en restauration collective ; être capable de réaliser en autonomie un document écrit, audio-visuel ou une action de communication, adapté à un auditoire particulier après synthèse de documents ; en stage, mettre en application les connaissances théoriques, travailler en équipe, acquérir de l'autonomie et le sens des responsabilités, se conformer aux règles de l'éthique professionnelle et aux bonnes pratiques du métier de diététicien.

L'Arrêté du 3 août 2005, pris par le Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, régleme nte de façon quasi-exhaustive le DUT. Les instituts universitaires de technologie n'ont que très peu de marge de manœuvre dans le l'organisation des études. Il règle l'admission à la formation, la formation en elle-même et la délivrance du diplôme. Il est complété, pour les questions spécifiques au DUT Diététique, par le Programme Pédagogique du DUT Génie Biologique élaboré par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

2.1.2. Autorités et organes responsables

2.1.2.1. Infirmiers/-ières

L'Arrêté du 31 juillet 2009 a été adopté par la **Directrice de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins**, sur délégation de la Ministre de la Santé et des Sports. C'est la Directrice qui est chargée de son exécution⁸⁸. Ce sont les instituts de formation en soins infirmiers qui vont le mettre en œuvre. L'Arrêté du 31 juillet 2009 a été soumis, avant son adoption, à l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales et de la Commission consultative d'évaluation des normes.

2.1.2.2. Sages-femmes

L'Arrêté du 19 juillet 2011 a été adopté par le **Chef de service adjoint à la Directrice générale de l'offre des soins**, sur délégation du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, et par le **Directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle**, sur délégation du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Son exécution est assurée par le Directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle et la Directrice générale de l'offre de soins⁸⁹. L'Arrêté du 19 juillet 2011 a été soumis, avant son adoption, à l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la Commission consultative d'évaluation des normes⁹⁰.

2.1.2.3. Ergothérapeutes

L'Arrêté du 5 juillet 2010 a été adopté par la **Sous-directrice des ressources humaines du système de santé**, sur délégation de la Ministre de la Santé et des Sports. La Directrice de l'Offre des soins est chargée de son exécution⁹¹. L'Arrêté du 5 juillet 2010 a été soumis, avant son adoption, à l'avis du

⁸⁸ Art. 69 Arrêté du 31 juillet 2009.

⁸⁹ Art. 15 Arrêté du 19 juillet 2011.

⁹⁰ Préambule Arrêté du 19 juillet 2011.

⁹¹ Art. 40 Arrêté du 5 juillet 2010.

Haut Conseil des professions paramédicales et à la Commission consultative d'évaluation des normes⁹².

2.1.2.4. Physiothérapeutes

L'Arrêté du 5 septembre 1989 a été adopté par le **Directeur général de la santé**, sur délégation du Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Le Directeur général est chargé de son exécution⁹³. L'Arrêté du 5 septembre 1989 a été soumis, avant son adoption, à l'avis de la Commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales⁹⁴.

2.1.2.5. Diététiciens/-ciennes

2.1.2.5.1. BTS Diététique

L'Arrêté du 9 septembre 1997 a été adopté par le **Directeur des lycées et des collèges**, sur délégation du Ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, et par le **Chef de service de la Direction générale de la santé**, par délégation du Ministre de l'emploi et de la solidarité. Son exécution est assurée par le Directeur des lycées et collèges, le Directeur général de la santé et les recteurs conjointement⁹⁵. L'Arrêté du 9 septembre 1997 a été soumis, avant son adoption, à l'avis de la Commission professionnelle consultative Secteur sanitaire et social, du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche et du Conseil supérieur de l'éducation⁹⁶.

2.1.2.5.2. DUT Diététique

L'Arrêté du 3 août 2005 a été adopté par le **Directeur de l'enseignement supérieur**, sur délégation du Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Son exécution est assurée par le Directeur de l'enseignement supérieur⁹⁷. L'Arrêté du 3 août 2005 a été soumis, avant son adoption, à l'avis de la Commission consultative nationale des instituts universitaires de technologie et des instituts universitaires professionnalisés (sous-commission des IUT) et du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche⁹⁸.

2.2. Exercice

2.2.1. Définitions et formes d'exercice

En France, l'exercice libéral d'une profession peut se faire seul ou sous la forme d'une des formes de société prévues à cet effet. Il existe des décrets d'application précisant pour chaque profession quelles sont les formes d'organisation qui peuvent être adaptées. Afin d'éviter des répétitions dans les sections sur les différentes professions, il convient d'expliquer les formes principales auparavant.

L'exercice seul peut se faire sous la forme de **société unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL)**. Cette société permet « à une seule personne de créer, par acte unilatéral de volonté, une société à

⁹² Préambule Arrêté du 5 juillet 2010.

⁹³ Art. 33 Arrêté du 5 septembre 1989.

⁹⁴ Préambule Arrêté du 5 septembre 1989

⁹⁵ Art. 10 Arrêté du 9 septembre 1997.

⁹⁶ Préambule Arrêté du 9 septembre 1997.

⁹⁷ Art. 29 Arrêté du 3 août 2005.

⁹⁸ Préambule Arrêté du 3 août 2005.

responsabilité limitée »⁹⁹. Elle est régie par la Loi n° 85-697 du 11 juillet 1985 relative à l'entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée et à l'exploitation agricole à responsabilité limitée¹⁰⁰.

Une **société civile professionnelle (SCP)** est une société qui a « pour but de permettre à des personnes physiques exerçant une profession libérale réglementée d'exercer en commun leur activité »¹⁰¹. Elle est régie par une loi-cadre, la Loi n°66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles¹⁰².

Une **société d'exercice libéral (SEL)** est une société qui a pour but de « permettre aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous la forme de société de capitaux »¹⁰³. Elle est régie par la Loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales¹⁰⁴. Cette loi instaure les sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée, sous forme anonyme, par action simplifiée et en commandite par actions¹⁰⁵.

Une **société en participation des professions libérales (SPPL)** est une société qui permet aux « associés l'exercice en groupe d'une profession libérale »¹⁰⁶. Elle est régie par les art. 22 et 23 de la loi n°90-1258 et par celles non contraires des art. 1871 à 1872-1 CC.

2.2.2.1. Infirmiers/-ières

Les infirmiers peuvent exercer leur profession en qualité de salarié ou d'exercice libéral¹⁰⁷. Dans le cadre d'un exercice libéral, ils peuvent exercer seuls, dans une société civile professionnelle, dans une société d'exercice libéral ou dans une société en participation des professions libérales¹⁰⁸ (cf. 2.2.2.).

L'exercice seul peut se faire sous la forme de société unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL). Le **décret d'application** pour la société civile professionnelle (SCP) est codifié aux art. R 4381-25 à R 4381-88 CSP, celui pour la SEL est codifié aux art. R 4381-8 à R 4381-22 CSP et pour la SPPL aux art. aux art. R 4381-23 à R 4381-24 CSP.

L'exercice libéral peut se faire en adhérant à la **Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'assurance maladie**¹⁰⁹, signée le 22 juin 2007 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des

⁹⁹ F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 1126.

¹⁰⁰ Disponible sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693457&fastPos=1&fastReqId=1618448231&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (20.10.2011).

¹⁰¹ F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 1400.

¹⁰² Disponible sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000692471&fastPos=1&fastReqId=1775558633&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (20.10.2011).

¹⁰³ F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 1750.

¹⁰⁴ Disponible sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000718101&fastPos=1&fastReqId=1847257721&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (20.10.2011).

¹⁰⁵ Art. 1 Loi n°90-1258.

¹⁰⁶ F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 1051.

¹⁰⁷ Art. R 4312-13 CSP.

¹⁰⁸ F. Lefebvre, Memento Pratique : Professions libérales 2011-2012, Levallois 2010, N 530.

¹⁰⁹ Disponible sous : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/infirmier-convention.pdf (21.10.2011).

infirmiers libéraux¹¹⁰. Avec l'adhésion, l'infirmier s'engage à : 1° Appliquer les tarifs conventionnels fixés par le texte ; 2° Respecter les modalités d'échange d'information avec les organismes d'assurance maladie (feuilles de soins électroniques, imprimés réglementaires) ; et 3° Effectuer des actes de qualité dans la plus stricte économie compatible avec l'état de santé du patient et l'efficacité du traitement. En contrepartie, l'assurance-maladie s'engage à : 1° Rembourser les assurés sur la base des tarifs conventionnels ; 2° Participer au financement de la protection sociale des praticiens conventionnés ; et 3° Financer, sous certaines conditions, leur formation professionnelle continue¹¹¹.

Les **conditions d'accès** à la Convention sont : 1° une expérience professionnelle équivalent à vingt-quatre mois à temps plein au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention¹¹² ; 2° une expérience professionnelle acquise dans un établissement de santé, une structure de soins ou un groupement de coopération sanitaire ; et 3° une expérience professionnelle acquise au sein d'une équipe de soins dans un service organisé où l'infirmier effectue des soins infirmiers diversifiés sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre¹¹³.

2.2.2.2. Sages-femmes

Les sages-femmes peuvent exercer leur profession en qualité de salarié ou d'exercice libéral. Dans le cadre d'un exercice libéral, elles peuvent exercer seules, dans une société d'exercice libéral ou dans une société en participation des professions libérales¹¹⁴. Le décret d'application la SEL est codifié aux art. R 4113-1 à R 4113-25 CSP et pour la SPPL aux art. D 4113-102 à D 4113-103 CSP¹¹⁵ pour les sages-femmes (cf. 2.2.2. pour les descriptions des formes).

Une sage-femme qui est associée dans une SEL ne peut pas cumuler cette fonction avec l'exercice libéral à titre individuel¹¹⁶.

L'exercice libéral peut se faire en adhérant à la **Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie**¹¹⁷, signée le 11 octobre 2007 entre l'UNCAM et l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes et l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises¹¹⁸. Contrairement aux infirmiers, il n'y a de condition particulière d'expérience pour entrer dans la Convention¹¹⁹. Une sage-femme peut exercer à titre libéral conventionné dès la fin de ses études.

¹¹⁰ Les syndicats sont : Convergence Infirmière, La Fédération Nationale des Infirmiers, L'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux, Le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux.

¹¹¹ Le Guide d'installation de la sage-femme libérale, disponible sous : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/1153_LEGUIDEDEL'INSTALLATIONENLIBERAL-juillet2011.pdf (21.10.2011), p. 54.

¹¹² Art. 5.2.2 pt. b al. 1 Convention.

¹¹³ Art. 5.2.2 pt. a al. 2 Convention.

¹¹⁴ F. Lefebvre, Professions libérales, N 497.

¹¹⁵ Pour les formes de sociétés, voir pt. 2.2.2.1.

¹¹⁶ Art. R 4113-3 CSP.

¹¹⁷ Disponible sous : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Conv_Sagesfemmes_2007.pdf (21.10.2011).

¹¹⁸ Pour les engagements des deux parties, voir pt. 2.2.2.1.

¹¹⁹ Confirmé par téléphone le 27 octobre 2011 par le Conseil national de l'Ordre national des sages-femmes.

2.2.2.3. Ergothérapeutes

Les ergothérapeutes peuvent exercer leur profession en qualité de salarié ou d'exercice libéral. En cas d'exercice libéral, ils peuvent uniquement exercer seuls, soit en **EURL** (cf. 2.2.2. pour la description de la EURL)¹²⁰.

2.2.2.4. Physiothérapeutes

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent exercer leur profession en qualité de salarié ou d'exercice libéral. En cas d'exercice libéral, ils peuvent exercer seul, dans une **société civile professionnelle**, dans une **société d'exercice libéral** ou dans une **société en participation des professions libérales**¹²¹. Le décret d'application pour la SEL est codifié aux art. R 4381-8 à R 4381-22 CSP, pour la SCP aux art. R 4381-25 à R 4381-88 CSP et pour la SPPL aux art. R 4381-23 à R 4381-24 CSP¹²².

L'exercice libéral peut se faire en adhérant à la **Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie**¹²³, signée le 3 avril 2007 entre l'UNCAM et la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs et l'Union nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux¹²⁴. Comme pour les sages-femmes, il n'y a de condition particulière d'expérience pour entrer dans la Convention¹²⁵.

2.2.2.5. Diététiciens/-iennes

Les diététiciens peuvent exercer leur profession en qualité de salarié ou d'exercice libéral. En cas d'exercice libéral, ils peuvent exercer **seul**, dans une **société d'exercice libéral** ou dans une **société en participation des professions libérales**¹²⁶. Le décret d'application pour la SEL est codifié aux art. R 4381-8 à R 4381-22 CSP et pour la SPPL aux art. R 4381-23 à R 4381-24 CSP¹²⁷.

2.2.2. Conditions d'exercice

2.2.2.1. Infirmiers/-ières

Il y a deux conditions nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier :

1. Être titulaire d'un titre de formation mentionné aux art. L 4311-3 et L 4311-4 CSP¹²⁸ ; et
2. Être **inscrit auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)**¹²⁹ et auprès de l'ordre des infirmiers¹³⁰ du département où est située l'adresse professionnelle.

¹²⁰ F. Lefebvre, Professions libérales, N 530 ; pour la forme de la société, voir pt. 2.2.2.1.

¹²¹ F. Lefebvre, Professions libérales, N 530.

¹²² Pour les formes de sociétés, voir pt. 2.2.2.1.

¹²³ Disponible sous : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/A070510B.pdf (21.10.2011).

¹²⁴ Pour les engagements des deux parties, voir pt. 2.2.2.1.

¹²⁵ Confirmé par téléphone le 27 octobre 2011 par l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes.

¹²⁶ F. Lefebvre, Professions libérales, N 530.

¹²⁷ Pour les formes de sociétés, voir pt. 2.2.2.1.

¹²⁸ Art. L 4311-2 CSP ; Les **titres de formations** mentionnés sont : le diplôme français d'Etat d'infirmier, les titres de formation délivrés dans l'Union européenne ou dans l'Espace économique européen et le diplôme d'infirmier ou d'infirmière délivré par l'école universitaire d'infirmiers de la Principauté d'Andorre (Art. L 4311-3 CSP ; Arrêté du 10 juin 2004 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les Etats membres de l'Union européenne ou autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, mentionnée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique).

Des autorisations individuelles d'exercer la profession d'infirmier peuvent être données pour des ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen sous certaines conditions¹³¹.

En plus, pour l'exercice à titre indépendant, il faut :

1. Disposer « d'une **installation adaptée** et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil et la bonne exécution des soins »¹³².
2. Avoir une **assurance professionnelle**, obligatoire pour les professionnels de la santé^{133 134}.

2.2.2.2. *Sages-femmes*

Les conditions d'exercice de la profession de sage-femme sont¹³⁵ :

1. Être titulaire d'un **diplôme**, certificat ou autre titre mentionné à l'art. L 4151-5 CSP¹³⁶ ; et
2. Être de **nationalité française**, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des art. L 4111-2 à L 4111-7 CSP, soit d'autres engagements internationaux¹³⁷ ; et
3. Être inscrit à un **tableau de l'ordre des sages-femmes**, sous réserve des dispositions des art. L 4112-6¹³⁸ et L 4112-7 CSP¹³⁹.
4. Être inscrit auprès de la **DDASS** du département où est située l'adresse professionnelle¹⁴⁰.

¹²⁹ Art. L 4311-15 al. 1 CSP ; Arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue des praticiens autorisés à faire usage du titre ostéopathe et des professions réglementées par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, disponible sous : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000573155&dateTexte=> (19.10.2011).

¹³⁰ Art. L 4311-15 al. 6 CSP.

¹³¹ Art. L 4311-4 CSP.

¹³² Art. R 4312-33 CSP.

¹³³ Art. L 1142-2 CSP ; F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 938.

¹³⁴ La responsabilité de l'infirmier peut être fondée sur la responsabilité contractuelle pour manquement à son obligation de moyen ou, éventuellement, sur la responsabilité délictuelle, s'il n'existe pas de contrat entre lui et la victime : M.-P. Florin et al., Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière, Thoiry 1999, pt. 3 p. 153 et 154 ; D. Malicier et al., La responsabilité médicale, 2^{ème} éd., Paris 1999, p. 158 pt. VII.2.4 ; M. Harichaux, Santé – Responsabilité des chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, vétérinaires et autres professionnels (fasc. 441), JurisClasseur Civil Code – Art. 1382 à 1386, 2004, N 48 ; Cass. Civ. 1^{ère}, 9 juin 2011, n°10/18.002 ; F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 935.

¹³⁵ Art. L 4111-1 al. 1 CSP.

¹³⁶ Les **titres de formations** mentionnés sont : le diplôme français d'Etat de sage-femme et les titres de formation délivrés dans l'Union européenne ou dans l'Espace économique européen (Art. L 4151-5 CSP ; Arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les Etats membres de l'Union européenne, les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, visée à l'article L. 4151-5 (2°) du code de la santé publique).

¹³⁷ Art. L 4111-1 al. 2 CSP : Dispense de cette condition pour les sages-femmes ayant un titre mentionné à l'art. L 4151-5 CSP.

¹³⁸ Dispense pour les sages-femmes qui sont cadres actifs du service de santé des armées.

¹³⁹ Dispense pour les sages-femmes établies et exerçant légalement leur activité dans un Etat membre de l'UE ou de l'EEE et ayant une activité temporaire et occasionnelle en France.

¹⁴⁰ Art. L 4113-1 al. 1 CSP ; Arrêté du 27 mai 1998, op. cit.

Les autorisations individuelles d'exercer la profession de sage-femme peuvent être données pour des ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen sous certaines conditions¹⁴¹.

En plus, pour l'exercice à titre indépendant, il faut disposer d'une **assurance professionnelle**, obligatoire pour les professionnels de la santé^{142, 143}.

2.2.2.3. Ergothérapeutes

Il y a deux conditions nécessaires à l'exercice de la profession d'ergothérapeute :

1. Être titulaire d'un **diplôme** d'Etat français d'ergothérapie¹⁴⁴ ou titulaire d'une autorisation individuelle d'exercer pour les ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen¹⁴⁵ ; et
2. Être inscrit auprès de la **DDASS** du département où est située l'adresse professionnelle¹⁴⁶.

En plus, pour l'exercice à titre indépendant, il faut disposer d'une **assurance professionnelle**, obligatoire pour les professionnels de la santé^{147, 148}.

2.2.2.4. Physiothérapeutes

Il y a deux conditions nécessaires à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute :

1. Être titulaire d'un **diplôme** d'Etat français de masseur-kinésithérapeute ou titulaire d'une autorisation individuelle d'exercer pour les ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen¹⁴⁹ ; et
2. Être inscrit auprès de la **DDASS**¹⁵⁰ et auprès de l'ordre des kinésithérapeutes¹⁵¹ du département où est située l'adresse professionnelle.

En plus, pour l'exercice à titre indépendant, il faut disposer d'une **assurance professionnelle**, obligatoire pour les professionnels de la santé^{152, 153}.

¹⁴¹ Art. L 4151-5-1 CSP.

¹⁴² Art. L 1142-2 CSP ; F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 938.

¹⁴³ La responsabilité de la sage-femme peut être fondée sur la responsabilité contractuelle pour manquement à son obligation de moyen ou, éventuellement, sur la responsabilité délictuelle, s'il n'existe pas de contrat entre lui et la victime M. Harichaux, Santé – Responsabilité, op. cit., N 37 ; Cass. Civ. 1^{ère}, 17 janvier 2011, n°10-10.449 et n°10-10.670 (joints) ; CA Aix-en-Provence, 1^{ère} Ch. C, 12 mai 2011, n°10/15563 ; CA Poitiers, 3^{ème} Ch. Civ., 28 juin 2006, n°99/01675 ; F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 935.

¹⁴⁴ Art. L 4331-3 CSP.

¹⁴⁵ Art. L 4331-4 CSP.

¹⁴⁶ Art. L 4333-1 al. 1 CSP ; Arrêté du 27 mai 1998, op. cit.

¹⁴⁷ Art. L 1142-2 CSP ; F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 938.

¹⁴⁸ La responsabilité de l'ergothérapeute peut être fondée sur la responsabilité contractuelle pour manquement à son obligation de moyen ou, éventuellement, sur la responsabilité délictuelle, s'il n'existe pas de contrat entre lui et la victime : F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 932 à 935.

¹⁴⁹ Art. L 4321-2, L 4321-3 et L 4321-4 CSP.

¹⁵⁰ Art. L 4321-10 al. 1 CSP ; Arrêté du 27 mai 1998, op. cit. n. 22.

¹⁵¹ Art. L 4312-13 CSP.

¹⁵² Art. L 1142-2 CSP ; F. Lefebvre, Professions libérales, op. cit., N 938.

¹⁵³ La responsabilité du masseur-kinésithérapeute peut être fondée sur la responsabilité contractuelle pour manquement à son obligation de moyen ou, éventuellement, sur la responsabilité délictuelle, s'il n'existe pas de contrat entre lui et la victime : M. Harichaux, Santé – Responsabilité, op. cit., N 55 ; CA

2.2.2.5. Diététiciens/-iennes

Il y a deux conditions nécessaires à l'exercice de la profession de diététicien :

1. Être titulaire d'un **diplôme** d'Etat français de diététicien ou titulaire d'une autorisation individuelle d'exercer pour les ressortissants de l'Union européenne et de l'Espace économique européen¹⁵⁴ ; et
2. Être inscrit auprès de la **DDASS** du département où est située l'adresse professionnelle¹⁵⁵.

En plus, pour l'exercice à titre indépendant, il faut disposer d'une **assurance professionnelle**, obligatoire pour les professionnels de la santé^{156 157}.

Poitiers, 3^{ème} Ch. Civ., 2 juin 2010, n°08/04036 ; CA Aix-en-Provence, Ch. 10 B, 4 octobre 2007, n°05/10296 ; CA Aix-en-Provence, Ch. 10, 13 février 2001, n°98/14310 ; F. Lefebvre, *Professions libérales*, op. cit., N 935.

¹⁵⁴ Art. L 4371-2, L 4371-3 et L 4371-4 CSP.

¹⁵⁵ Art. L 4371-5 al. 1 CSP ; Arrêté du 27 mai 1998, op. cit. n. 22.

¹⁵⁶ Art. L 1142-2 CSP ; F. Lefebvre, *Professions libérales*, op. cit., N 938.

¹⁵⁷ La responsabilité du diététicien peut être fondée sur la responsabilité contractuelle pour manquement à son obligation de moyen ou, éventuellement, sur la responsabilité délictuelle, s'il n'existe pas de contrat entre lui et la victime : F. Lefebvre, *Professions libérales*, op. cit., N 932 à 935.

3. United Kingdom

3.1. Education

3.1.1. Legal bases

3.1.1.1. *The Health Professions Order and the Nursing and Midwifery Order*

The legal framework for the training and competencies expected of these professions are contained in the **Nursing and Midwifery Order 2001**, SI 2002/253 for nurses and midwives and the **Health Professions Order 2001**, SI 2002/254 for occupational therapists, physiotherapist (the English term for physical therapist) and dieticians. These two orders are made under sections 60 and 62 of the Health Act 1999. They have been amended on numerous occasions.¹⁵⁸

In the area under discussion, the **Orders are very similar** and there is no essential difference in approach of the two regulators. The framework for all five professions in relation to training is reasonably simple. Article 3(1) of the Nursing and Midwifery Order creates the **Council of Nursing and Midwifery**. Article 3(2) sets the principal functions of the Council as **establishing** from time to time **standards of education, training, conduct and performance** for nurses and midwives and of ensuring the maintenance of those standards. The identical provisions can be found in Article 3 of the Health Professions Order except that this creates the **Health Professions Council**.

The Councils **implement** those standards through their control of access to the profession. In fact, the Councils maintain **registers** for their professions with sub-categories for different elements of those professions (Article 5(1) of both Orders). These sub-categories enable the register to reflect the possession of higher levels of qualifications or competence in particular areas (Article 6(3) of both Orders). The Councils can subsequently decide to terminate these categories. According to Article 5(2) of both Orders, the Councils then establish from time-to-time the **standards of proficiency necessary to be admitted** to the different parts of the register, these being the standards that it considers necessary for safe and effective practice under that part of the register and proscribe the good health and character requirements that also have to be met before the Registrar is prepared to admit an individual to the Register.

Article 9 of both Orders entitles a person seeking admission to the relevant register from the relevant Council to registration if the applicant satisfies the Council's registrar of three things. First, he must show he holds an **approved qualification** (defined by Article 13 of the NMO and Article 12 of HPO, see below) awarded within such period not exceeding five years ending with the application date as may be prescribed.¹⁵⁹ Alternatively, if the time lapse is too long, the applicant must show that he has met additional education, training and experience requirements specified in Article 19(3) of both Orders. Secondly, he must prove that he is **capable of safe and effective practice** in the relevant role. Finally, there is a **fee** to be paid. Completing an approved education programme means that there is

¹⁵⁸ The Government legislation website does not publish these orders as amended. However, the Nursing and Midwifery Council's website does contain an unofficial consolidated text of its Order as amended as at 14 May 2009, <http://www.nmc-uk.org/Documents/Legislation/Nursing-and-Midwifery-Order-2001-Consolidated-text-effective-from-20090514.pdf> (05/05/2012). The Health Professions Council has published "its" order as amended up until 1st January 2012. The only relevant literature in this area is Halsbury's Laws of England, volume 74, paras 712-732 & 901-942.

¹⁵⁹ According to Article 10, renewal of registration and re-admission allows the Council to lay down **continuing professional development requirements** instead of the five years from the approved qualification rule.

no further pre-registration education and training needed and no extra testing of the person's ability to practise safely and effectively.

Article 13 of Nurses and Midwifery Order (NMO) and Article 12 of the Health Professions Order (HPO) define **appropriate qualification** as one approved by the Council "as attesting to the standard of proficiency it requires for admission to the part of the register in respect of which he is applying." This can apply to a qualification awarded outside the UK by a UK provider¹⁶⁰. The relevant council may admit an individual who has undergone additional training or experience which, following any test of competence that the Council might insist on, makes it believe that the requisite standard of proficiency is met for the relevant part of the register. Non-EU professionals have to satisfy prescribed requirements as to their knowledge of English.

Part IV of each Order is entitled Education and Training. Under Article 15 of the NMO (Nurses and Midwifery Order), the Council establishes the **standards of education and training to achieve the proficiency standard** and the requirements that must be met for admission to and continued participation in education and training. The standard must include the outcomes to be achieved by the education and training concerned. Bodies providing the education and training must be told of the standards and requirements concerned and take appropriate steps to ensure that the **standards** and requirements are met. These can extend to good character and health matters. The Council must make **rules for the training of nurses responsible for general care and midwives**.

Under Article 15 of the HPO (Health Professions Order), the Council establishes the standards of education and training necessary to achieve the standards of proficiency and the requirements for admission to and continued participation in such activities. **Standards must again include the outcomes** to be achieved by the education and training concerned.

Under Article 15(6) of the NMO and Article 15(5) of the HPO, the respective Council can approve or arrange with others to **approve courses** which a person successful completing would meet the standards of proficiency, qualifications and institutions which are properly organised and equipped for conducting some or all of an approved course. It can also approve language competency tests. The Councils must **publish the criteria used for granting approval** and a list of the courses or training qualifications and institutions currently approved under the Order or which have lost their approval (and the period when they were approved).

Beyond this, one leaves the legal regulatory framework and ends up looking at the **practice of the Councils and their committees**.

3.1.1.2. Standards of the Health Profession Council

The Health Professions Council has **standards of education and training (SETs)** and **standards of proficiency (SOPs)** for each part of its register. SETs cover the level of qualification for entry to the Register concerned, programme admissions, programme management and resources, the curriculum, practice placements and assessments. Standards of proficiency are the threshold standards for safe and effective practice. There are general elements and elements specific to the

¹⁶⁰ For **assessing overseas qualifications**, practice and experience, the Nursing and Midwifery Council prescribes procedures according to Article 13(2). The Education and Training Committee does this for Health Professions Council: Article 12(2) of the relevant Order. The UK's membership of the European Union means that it must **recognise qualifications** within that area which the Privy Council (see below) has stipulated as approved for the relevant part of the register (Articles 14) of the Nursing and Midwifery Council.

particular profession concerned. This cover “what an individual must know, understand and be able to do when they join the Register and begin practising their profession”.¹⁶¹

The first SET is expressed as an academic award. For each profession, the Council sets a **minimum level of qualification** (bachelors degree with honours for dietitians, occupational therapists and physiotherapists) that would normally be accepted for an approved programme. However, the law does not give the HPC the power to set the level of academic award. Consequently, the level stipulated (bachelors, masters degree etc) is just a guideline. Courses will be approved at a different academic level or resulting in a different academic award. As “An Introduction to our education processes” points out, approved programmes do not have to be delivered or come within the scope of universities or colleges with degree awarding powers.

The council does **not provide curriculum guidance** or frameworks. The reason is that best practice will typically go beyond the minimum standards required for registration. Professional bodies in this area can provide curriculum guidance and sometimes do. The SETs lay down just **nine principles** about the Curriculum. The most important is 4.1 “The learning outcomes must ensure that those who successfully complete the programme **meet the standards of proficiency** for their part of the Register. 4.2 insists that the programme reflects the philosophy core values, skills and knowledge base as articulated in any relevant curriculum guidance. Integration of theory and practice must be central and the curriculum must remain relevant to current practice. Students must end up understanding the implications of the HPC’s standards of conduct, performance and ethics. Delivery must support and develop autonomous and reflective thinking. Delivery must encourage evidence based practice. SET 5 insists on practice placements being integral to the programme and go into some detail on the subject. SET 6 on assessment simply lays down standard professional assessment practices.

Standards are set in a flexible way. Standards of proficiency are set out in terms of “be able to” rather than “must”. SETs allow education providers to meet them in a variety of different ways relevant to the profession concerned or education and training model. They are outcome- not input-based. The standards are quite general (using terms like “appropriate” and “effectively”) to enable them to be used over a wide number of professions.

3.1.1.3. Standards of the Nursing and Midwifery Council

The Nursing and Midwifery Council issued “**Standards for pre-registration nursing education**” in 2010. These set out in considerable detail the criteria for approval in this area. Requirement R5.6.1-5.6.2 is more prescriptive about the curriculum required than the HPC approach. It is worth quoting for that reason:

“5.6.1 Programme providers must ensure that the following content is included and underpins key aspects of practice as listed in R5.6.2:

- theories of nursing and theories of nursing practice
- research methods and use of evidence
- professional codes, ethics, law and humanities
- communication and healthcare informatics
- life sciences (including anatomy and physiology)
- pharmacology and medicines management
- social health and behavioural sciences

¹⁶¹

See “An introduction to our education processes”, available at [http://www.hpcuk.org/assets/documents/10003663An introduction to our education processes.pdf](http://www.hpcuk.org/assets/documents/10003663An%20introduction%20to%20our%20education%20processes.pdf) (20/04/2012), p. 14.

- principles of national and international health policy, including public health
- principles of supervision, leadership and management
- principles of organisation structures, systems and processes
- causes of common health conditions and the interaction between physical and mental health and illness
- best practice
- healthcare technology
- essential first aid and incident management.

5.6.2 Programme providers must ensure that programme content is applied within both a generic and field specific context enabling students to meet the essential and immediate needs of all people and the complex needs of people in their chosen field in relation to

- communication, compassion and dignity
- emotional support
- equality diversity, inclusiveness and rights
- identity, appearance and self-worth
- autonomy, independence and self-care
- public health and promoting health and wellbeing
- maintaining and safe environment
- eating, drinking, nutrition and hydration
- comfort and sleep
- moving and positioning
- continence promotion and bowel and bladder care
- skin health and wound management
- infection prevention and control
- clinical observation, assessment, critical thinking and decision-making
- symptom management, such as anxiety, anger, thirst, pain and breathlessness
- risk management
- medicines management
- information management
- supervising, leading, managing and promoting best practice”

It should be noted that this level of specificity is a **policy decision by the regulator** and not a legal requirement.

3.1.2. Authorities

3.1.2.1. *The Nursery and Midwifery Council and the Health Professions Council*

As indicated above, the Nursery and Midwifery Council which is created under the Nursing and Midwifery Order regulates nurses and midwives. The other three professions are regulated by the Health Professions Council.

Article 3(5)(b) of both orders places the respective Councils a **duty to co-operate** as far as is appropriate and reasonably practicable with public bodies or other persons concerned with the employment, education or training of the relevant professionals, the regulation of health other social care services (which includes the other Council in practice) and the provision, supervision or management of health services.

The relevant Council itself has to establish four separate “**statutory**” committees. For the Health Profession Council, two committees seem most relevant for the present opinion: the Education and

Training Committee and the Conduct and Competence Committee (Article 3(8) of the Health Professions Order). The **Education and Training Committee advises the Council** on establishing standards of proficiency, standards and requirements for education and training or continuing professional development (Article 14). It also ensures that universities and other education and training bodies are told of the standards and requirements and that these are being met.

For nursing and midwifery, the committees appointed under article 3(9) of the Nursing and Midwifery Order are the Investigating, Conduct and Competence, Health and Midwifery Committees. The **Midwifery Committee** advises the Council on any matters affecting midwifery and the Council is required to consult this committee when it makes rules affecting midwifery (Article 41 of the NMO). Both Councils can establish other committees but these are the minimum ones.

3.1.2.2. The Privy Council

The Privy Council, a group of distinguished appointees, primarily senior politicians¹⁶² have a role to play in both regulators, essentially in **compelling regulators** to perform functions that they are not carrying out properly or filling gaps in the work of the regulators. Under Schedule 1 of both orders, the Privy Council **appoints the Council members** and chairman and sets the terms of their appointments and the operation of the Council. The two Orders are identical in terms of the role of the Privy Council.

Drafting of legislation in that field, for example concerning the creation of a sub-part of the nurses' part of the **register for advanced practice**, follows a consultative process. The Privy Council is only acting after it has consulted the Nursing and Midwifery Council.¹⁶³ In addition, Article 17 of the Orders prevents rules being made under the Order without Privy Council approval.

Article 49 allows the Privy Council to notify the Council if it considers that the Council has not performed its duties under the Order and require the Council to make representations to it. Ultimately, the Privy Council can tell the Council what to do and if it fails in this, the Privy Council can then exercise the relevant powers except the right to remove or restore a registry entry in relation to an individual: Article 49(4). The Privy Council can delegate these powers: Article 49(6). The Privy Council specified the date on which the Council must publish a report on the exercise of its functions, a statistical report on the efficiency and effectiveness of its arrangements put in place to protect the public from otherwise unfit registrants and a strategic plan for the Council: Article 50. The Privy Council receives these reports. The Privy Council has to agree the Council fee rates: Article 51. Article 52(1)(b) allows the Privy council to determine the form of the annual accounts. Under Article 53, the Privy Council can require an inquiry to be held into any matter connected with the exercise of its functions that can be held privately or publicly and can direct who has to pay the costs.

Overall, the two Councils do the work concerned subject to the form of **oversight** described above by the Privy Council.

¹⁶² See the definition of Privy Council on the NMC website.

¹⁶³ [http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/The-proposed-framework-for-the-standard-for-post-registration-nursing---February-2005/ \(05/05/2012\).](http://www.nmc-uk.org/Get-involved/Consultations/Past-consultations/By-year/The-proposed-framework-for-the-standard-for-post-registration-nursing---February-2005/ (05/05/2012).)

3.2. Independent Practice

3.2.1. Definition

In the UK, the relevant Council **defines the professions** for which it is responsible and then limits the use of the titles in question. Except to the extent that students call themselves “student...”, it is a criminal offence to hold oneself out as being one of the professions under discussion without being on the Register maintained by the relevant Council.¹⁶⁴ Once one qualified for entry on the register and is actually on it, the Council is **not concerned to regulate the form of activity** in which the individual operates.

3.2.2. Conditions

There are **no specific criteria** for private practice. As the HPC’s “An introduction to our education processes” explains:

“Our approval and monitoring processes are associated with registration not employment... It is also not the same as fitness to work which is decided at a local level between the person registering... and their employer. Registrants must only practice within what we call their ‘scope of practice’. A registrant’s scope of practice is the area or areas of their profession in which they have the knowledge, skills and experience to practice safely and effectively.”

¹⁶⁴

Article 4 NMO.

4. Etats-Unis (California)

4.1. Education

4.1.1. Legal Basis

In California, the practice of healing arts professionals (which include all five of the professions concerned by this opinion) is for the most part governed by a range of statutory provisions governing businesses and professions.¹⁶⁵ These provisions regulate practitioners of medicine as physicians and surgeons, generally¹⁶⁶ and more specifically as podiatrists¹⁶⁷ and as midwives.¹⁶⁸ Regulated healing arts practitioners cover a wide area of other professions¹⁶⁹ and include occupational therapists,¹⁷⁰ dietitians,¹⁷¹ physical therapists,¹⁷² and nursing including registered and vocational nurses¹⁷³.

4.1.1.1. Nurses

4.1.1.1.1. The Nursing Professions

California recognizes three nursing professions: the **Licensed Vocational Nurse ("LVN")**, the **Registered Nurse ("RN")** and the **Advanced Practice Nurse ("APN")**. Advanced Practice Nurses (APNs) include **nurse practitioners, nurse anesthetists, clinical nurse specialists, and nurse-midwives**¹⁷⁴. Unlike many states, California does not recognize the term licensed practical nurse (LPN).

A **Licensed Vocational Nurse (LVN)** is an entry-level health care provider who is responsible for rendering basic nursing care and typically performs tasks under the direction of a physician or RN. Although the activities of the LVN are not as complex as those of the RN, they provide clinical care that has a direct impact on the patient's return to health.

A **Registered Nurse (RN)** independently performs a wide range of complex health care in many types of settings. California requires additional certification for a **public health nurse** (who is an integral part of the public health community and provides direct patient care as well as services related to maintaining public health).¹⁷⁵ In addition, pursuant to California Insurance Code Section 10176, the

¹⁶⁵ California Business and Professions Code (Cal. Bus. & Prof. Code), §§500 to 4999.9.

¹⁶⁶ Cal. Bus. & Prof. Code, §§2000 to 2525.

¹⁶⁷ Cal. Bus. & Prof. Code, §§2460 to 2499.8.

¹⁶⁸ Cal. Bus. & Prof. Code, §§2505 to 2521. As to regulation and licensing of midwives, see §§255, 192.

¹⁶⁹ Including chiropractors (Cal. Bus. & Prof. Code, §§1000 to 1058), clinical laboratory scientists (Cal. Bus. & Prof. Code, §§1200 to 1327), dentists (Cal. Bus. & Prof. Code, §§1600 to 1976), research psychoanalysts (Cal. Bus. & Prof. Code, §§2529 to 2529.5), speech-language pathologists and audiologists (Cal. Bus. & Prof. Code, §§2530 to 2538.7), registered dispensing opticians (Cal. Bus. & Prof. Code, §§2550 to 2569), psychologists (Cal. Bus. & Prof. Code, §§2900 to 2999), pharmacists (Cal. Bus. & Prof. Code, §§4000 to 4426), acupuncturists (Cal. Bus. & Prof. Code, §§4800 to 4917), and more.

¹⁷⁰ Cal. Bus. & Prof. Code, §§2570 to 2571.

¹⁷¹ Cal. Bus. & Prof. Code, §§2585 to 2585.6.

¹⁷² Cal. Bus. & Prof. Code, §§2600 to 2696. As to regulation and licensing of physical therapists, see §§195, 196.

¹⁷³ Cal. Bus. & Prof. Code, §§2700 to 2895.5. As to regulation and licensing of registered nurses, see §§182 to 187.

¹⁷⁴ See infra, section 4.1.1.2. for more details on nurse mid-wives.

¹⁷⁵ In order to obtain such a certification, the RN must have a baccalaureate degree in nursing which includes course work in public health nursing or a baccalaureate degree in a field other than nursing in

Board of Registered Nursing (“BRN”) maintains a listing of registered nurses who possess a master's degree in **psychiatric/mental health nursing**¹⁷⁶ plus two years of supervised experience¹⁷⁷ providing services as a psychiatric/mental health nurse and who have applied to the BRN to be listed. Psychiatric/mental health nurses work under the same scope of regulation as do all registered nurses, and inclusion on the Board’s list does not in any way expand the scope of practice of such registered nurses. This voluntary listing, however, enables the certificate holder to receive direct reimbursement from insurance carriers for counseling services.

The **Nurse Practitioner (“NP”)**¹⁷⁸ is a registered nurse who possesses additional preparation and skills in physical diagnosis, psychosocial assessment, and management of health and illness needs in primary health care.

California Business and Professions Code Section 2838.2 defines a **Clinical Nurse Specialist (“CNS”)** as a registered nurse with advanced education, who participates in expert clinical practice, education, research, consultation, and clinical leadership with an identified patient population. The scope of clinical nurse specialist practice includes patients, nursing personnel and organization systems. Clinical nurse specialists work in direct patient care and indirect patient care activities that affect a broad range of patients.

The **Nurse Anesthetist** is a registered nurse who provides anesthesia services ordered by a physician, dentist, or podiatrist, and is certified by the BRN in this specialty.

4.1.1.1.2. *The Legal Basis*

4.1.1.1.2.1. *Licensed Vocational Nurse*

LVNs are regulated through the **Vocational Nursing Practice Act** which is found in the California Business and Professions Code, Division 2, Chapter 6.5. The implementing regulations are found in Title 16, the California Code of Regulations, Division 25, Chapter 1.¹⁷⁹ It is the implementing regulations that contain detailed indications on **the education requirements**. It contains detailed information on the time and the content of the education rather than general aims of the education¹⁸⁰. However, it is important to mention that the California Business and Professions Code,

addition to a specialized public health nursing program associated with a baccalaureate school of nursing accredited by the National League of Nursing. Such course work must include 7 hours of courses in the prevention, detection, reporting requirements and treatment of child neglect and abuse. Work experience is not acceptable. See the application form for certification available at: <http://www.rn.ca.gov/pdfs/applicants/phn-app.pdf>. Courses must include coverage of the California Reporting Law requirements per Section 11166.5 of the California Penal Code.

¹⁷⁶ The master’s degree in nursing must be directly related to mental health, such as psychiatric/mental health nursing or community mental health nursing.

¹⁷⁷ The clinical experience requirement may be met either by one (1) year of supervised clinical experience obtained while completing the master’s degree in nursing and one (1) year of supervised clinical experience obtained after the master’s degree in nursing has been conferred; or two (2) years of supervised clinical experience obtained subsequent to the conferral of the master’s degree in nursing; or through American Nurses Association - American Nurses Credentialing Center (“ANCC”) verification as a Clinical Specialist in Psychiatric/Mental Health Nursing.

¹⁷⁸ For additional information see California Occupational Guide: Registered Nurses and Nurse Practitioners available at: <http://www.i-train.org/lmi/imperial/g029.htm> (29 March 2012).

¹⁷⁹ Available at : <http://www.bvnpt.ca.gov/pdf/vnregs.pdf> (29 March 2012).

¹⁸⁰ According to § 2532, title 16 of the California Code of Regulations, LVNs go to school for about one year, the educational requirement is 1,530 Total Hours: Theory - 576 Hours (including 54 hours of Pharmacology); Clinical - 954 Hours). § 2533, title 16 of the California Code of Regulations, details the

Division 2, Chapter 6.5, sections 2860.5 and 2860.7 contain a detailed description of the acts a licensed vocational nurse may perform either when directed by a physician (section 2860.5) or “acting under the direction of a physician” who must not physically be present (section 2860.7).

4.1.1.1.2.2. Registered Nurse and Advanced Practice Nurses

The **Nursing Practice Act** (“NPA”)¹⁸¹ is the body of California law that mandates the Board of Registered Nursing (“BRN”), which is within the State Department of Consumer Affairs, to set out the scope of practice and responsibilities for Registered Nurses, including requirements for their education. The NPA is located in Chapter 6 of Division 2 of the California Business and Professions Code starting with Section 2700.

In Title 16, **California Code of Regulations** (“CCR”), Division 14, Article 3, we find the **implementing regulations** of the Nursing Practice Act (NPA). The implementing regulations establish **standards for the education** of registered nurses and the different types of advanced practice nurses.

For **registered nurses**, there are three types of **pre-licensure nursing programs**.¹⁸² There are also two alternative routes to becoming a registered nurse¹⁸³. Title 16, California Code of Regulations, Division 14, § 1426 establishes the length as well as specified course areas for the **required curriculum** of a nursing program.¹⁸⁴

To qualify for certification as a **Nurse Practitioner** with the BRN, there are three methods.

1. successful completion of a nurse practitioner program of study which conforms with the Board’s educational standards set forth in the California Code of Regulations § 1484,
2. certification by a national organization/association whose standards are equivalent to those set forth in the California Code of Regulations § 1484¹⁸⁵, or

curriculum the course requirements mentioning the subject matters (ranging from anatomy & physiology and psychology to nursing fundamentals, different types of nursing and supervision and leadership.

¹⁸¹ Available at: <http://www.rn.ca.gov/regulations/bpc.shtml> (29 March 2012).

¹⁸² The Associate Degree in Nursing (“AND”) which takes between two and three years, the Bachelor of Science in Nursing (“BSN”) which takes approximately four years, the **Masters Entry Level Program in Nursing**, designed for adults who have a baccalaureate degree in another field and wish to become registered nurses, which takes between one and two years, depending on how many nursing course prerequisites have been completed previously.

¹⁸³ 1) The LVN 30 Unit Option (designed as a career ladder for California Licensed Vocational Nurses wishing to become registered nurses, which takes approximately 18-24 months, however no degree is granted upon completion) and 2) the **Military Corpsmen Option** (which allows military corpsmen to take the national exam for RN licensure if they have completed RN level education and clinical experience).

¹⁸⁴ The curriculum must include fifty-eight (58) semester units, which must include at least the following number of units in the specified course areas: Art and science of nursing (including geriatrics, medical-surgical, mental health/psychiatric nursing, obstetrics, and pediatrics), thirty-six (36) semester units of which eighteen (18) semester units will be in theory and eighteen (18) semester units will be in clinical practice; Communication skills, six (6) semester units Related natural sciences (anatomy, physiology, and microbiology courses with labs), behavioral and social sciences, sixteen (16) semester units: Title 16, California Code of Regulations §1426. Required Curriculum available at: <http://www.rn.ca.gov/regulations/title16.shtml> (29 March 2012).

¹⁸⁵ The following organizations meet those requirements: American Academy of Nurse Practitioners (AANP) www.aanp.org, American Nurses Association - American Nurses Credentialing Center (ANCC) www.nursingworld.org/ancc, Pediatric Nursing Certification Board www.pncb.org, National Certification Corporation for the Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing Specialties (NCC)

3. successful completion of a nurse practitioner academic program and certification of clinical experience and clinical competency by a nurse practitioner or a physician.¹⁸⁶

It is thus § 1484 of title 16, California Code of Regulations, Division 14, that sets the **standards of education** for nurse practitioners regarding **purpose**, philosophy and objectives, administration, faculty and curriculum¹⁸⁷. Interestingly, the Regulation explicitly mentions the purposes of the program (to enable the person to provide primary health care), though the curriculum is also set out in detail.

www.nccnet.org, and the American Association of Critical-Care Nurses (AACN) info@aacn.org. (29 March 2012)

¹⁸⁶ See the BRN Nurse Practitioner Certification application form available at: <http://www.rn.ca.gov/pdfs/applicants/np-app.pdf> (29 March 2012).

- ¹⁸⁷ (1) The program shall include all theoretical and clinical instruction necessary to enable the graduate to provide primary health care for persons for whom he/she will provide care.
- (2) The program shall provide evaluation of previous education and/or experience in primary health care for the purpose of granting credit for meeting program requirements.
- (3) Training for practice in an area of specialization shall be broad enough, not only to detect and control presenting symptoms, but to minimize the potential for disease progression.
- (4) Curriculum, course content, and plans for clinical experience shall be developed through collaboration of the total faculty.
- (5) Curriculum, course content, methods of instruction and clinical experience shall be consistent with the philosophy and objectives of the program.
- (6) Outlines and descriptions of all learning experiences shall be available, in writing, prior to enrollment of students in the program.
- (7) The program may be full-time or part-time and shall be comprised of not less than thirty (30) semester units, (forty-five (45) quarter units), which shall include theory and supervised clinical practice.
- (8) The course of instruction shall be calculated according to the following formula:
- (A) One (1) hour of instruction in theory each week throughout a semester or quarter equals one (1) unit.
- (B) Three (3) hours of clinical practice each week throughout a semester or quarter equals one (1) unit.
- (C) One (1) semester equals 16-18 weeks and one (1) quarter equals 10-12 weeks.
- (9) Supervised clinical practice shall consist of two phases:
- (A) Concurrent with theory, there shall be provided for the student, demonstration of and supervised practice of correlated skills in the clinical setting with patients.
- (B) Following acquisition of basic theoretical knowledge prescribed by the curriculum the student shall receive supervised experience and instruction in an appropriate clinical setting.
- (C) At least 12 semester units or 18 quarter units of the program shall be in clinical practice.
- (10) The duration of clinical experience and the setting shall be such that the student will receive intensive experience in performing the diagnostic and treatment procedures essential to the practice for which the student is being prepared.
- (11) The program shall have the responsibility for arranging for clinical instruction and supervision for the student.
- (12) The curriculum shall include, but is not limited to:
- (A) Normal growth and development, (B) Pathophysiology, (C) Interviewing and communication skills, (D) Eliciting, recording and maintaining a developmental health history, (E) Comprehensive physical examination, (F) Psycho-social assessment, (G) Interpretation of laboratory findings, (H) Evaluation of assessment data to define health and developmental problems, (I) Pharmacology, (J) Nutrition, (K) Disease management, (L) Principles of health maintenance, (M) Assessment of community resources, (N) Initiating and providing emergency treatments, (O) Nurse practitioner role development, (P) Legal implications of advanced practice, (Q) Health care delivery systems
- (13) The course of instruction of a program conducted in a non-academic setting shall be equivalent to that conducted in an academic setting.

To qualify for certification as a **Clinical Nurse Specialist** with the BRN, there are three methods:

1. successful completion of a master's program with a clinical field of nursing which conforms with the standards set forth in the California Business and Professions Code Section 2838.2;
2. certification by a national organization/association whose standards are equivalent to those set forth in the California Business and Professions Code Section 2838.2¹⁸⁸ of successful completion of such a master's program, or
3. successful completion of a master's degree related to nursing.¹⁸⁹

Unlike what is the case with nurse practitioners, the **educational standards are not set out in a detailed manner** in the California Code of Regulations.

Nurse Anesthetist certification eligibility is based on the completion of a nurse anesthesia academic program approved by the Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Education Programs and current certification/recertification by the National Council on Certification/Recertification of Nurse Anesthetists. As for Clinical Nurse Specialists, it is only the California Business and Professions Code (section 2825, Nurse Anesthetist Act) and not the California Code of Regulations that contain relevant provisions; therefore, the standards of educations are laid down to a **lesser degree of detail** as with Nurse Practitioners. Rather than setting down its own standards, section 2826 refers to standards of the Council on Certification of Nurse Anesthetics and the Council on Recertification while making it possible for the Board to develop new standards if necessary. The legislation itself, however, does not seem to set the purpose or the content of the education.

It should be noted that The American Association of Colleges of Nursing has taken the position that all APN master's-level programs will evolve to a **doctorate of nursing practice** ("DNP") by 2015.

4.1.1.2. Midwives

4.1.1.2.1. The Midwifery Professions

California recognizes two types of midwives: "**licensed**" or "**lay midwives**"¹⁹⁰ and "**certified nurse-midwives**."

Licensed Midwives (LM)

Under California law, a "licensed midwife" ("LM") is an individual who has been issued a license to practice midwifery. LMs are not nurses and train through supervised clinical training with senior midwives and specialized schooling. The practice of midwifery authorizes the licensee, under the supervision of a licensed physician and surgeon, in active practice, to attend cases of normal childbirth in a home, birthing clinic, or hospital environment.

The Sections of the **Nursing Practice Act** which concern the practice of licensed midwives (entitled the Midwifery Licensing Act of 1993) are found in the California Business and Professions Code Sections 2505 *et seq.* The NPA **defines the scope of practice** of nurse-midwifery in Section 2507

¹⁸⁸ The following associations meet those requirements: American Association of Critical-Care Nurses <http://www.aacn.org>; American Nurses Association - American Nurses Credentialing Center (ANCC) <http://www.nursingworld.org/ancc>, and Oncology Nursing Certification Corporation <http://www.oncc.org> (29 March 2012).

¹⁸⁹ The course must include graduate course work in advanced nursing in the areas of expert clinical practice, consultation, clinical leadership, research and education including the five (5) advanced nursing component areas; see BRN application form at: <http://www.rn.ca.gov/pdfs/applicants/cns-app.pdf> (29 March 2012).

¹⁹⁰ Also referred to as "direct-entry midwives."

California Business and Professions Code as "the furthering or undertaking...to assist a woman in childbirth so long as progress meets criteria accepted as normal." This scope of practice specifically excludes "the assisting of childbirth by any artificial, forcible, or mechanical means" and "the performance of any version"¹⁹¹. LMs are authorized, "under the supervision of a licensed physician and surgeon who has current practice or training in obstetrics [. . .] to attend cases of normal childbirth and to provide prenatal, intrapartum, and postpartum care, including family-planning care, for the mother, and immediate care for the newborn."¹⁹²

Certified Nurse-Midwives (CNM)

The profession of midwifery also has another designation, that of "certified nurse-midwife" ("CNM"). CNMs are **registered nurses** who acquired **additional training** in the field of **obstetrics** and are certified by the American College of Nurse Midwives (ACNM). These programs are also subject to approval by the **Board of Registered Nursing**¹⁹³ and CNMs are licensed and regulated by the California Board of Registered Nursing. The RN degree¹⁹⁴ is required to apply for a certificate to practice nurse-midwifery; once such a certificate is issued, the recipient is considered an **Advanced Practice Nurse**. They commonly work in hospitals and birthing centers that also are licensed by the state and also require physician supervision.

The Sections of the Nursing Practice Act which concern the practice of nurse-midwifery practice are found in the California Business and Professions Code Sections 2746 *et seq.* As is the case for LMs, the NPA, in section 2746.5 California Business and Professions Code, defines the **scope of practice** of nurse-midwifery as "the furthering or undertaking...to assist a woman in childbirth so long as progress meets criteria accepted as normal." This scope of practice specifically excludes "the assisting of childbirth by any artificial, forcible, or mechanical means" and "the performance of any version."¹⁹⁵ CNMs are authorized "to attend cases of normal childbirth and to provide prenatal, intrapartum, and postpartum care, including family-planning care, for the mother, and immediate care for the newborn."¹⁹⁶

A **BRN Policy Statement**, issued in 1988, interpreted the statutory language as excluding performance of Cæsarian-sections and the use of the vacuum extractor or forceps.¹⁹⁷

The **BRN regulations** (California Code of Regulations ("CCR") Title 16, Div. 14, Art. 6) expand upon the scope of practice definition to include "(a) providing necessary supervision, care and advice in a variety of settings to women during the antepartal, intrapartal, postpartal, interconceptional periods, and family planning needs [and] (b) conducting deliveries on his or her own responsibility and caring

¹⁹¹ The American Heritage Medical Dictionary (copyright 2007, 2004 by Houghton Mifflin Company) defines "version" as follows: Deflection of an organ, such as the uterus, from its normal position or the changing of position of the fetus in the uterus, either spontaneously or as a result of manipulation.

¹⁹² Cal. Bus. & Prof. Code §2507.

¹⁹³ See section 1.2.1.1. *supra*.

¹⁹⁴ *Id.*

¹⁹⁵ Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5.

¹⁹⁶ Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5; The NPA was amended in 1996 to require CNMs who perform episiotomies to do so pursuant to standardized procedures developed and approved by the supervising physician, the CNM, the director of Obstetrics and Gynecology and/or family practice department, the interdisciplinary practice committee of the birthing facility, and the facility administrator (Cal. Bus. & Prof. Code §2746.52).

¹⁹⁷ See: website of California Midwifery Association at:

http://www.californianursemidwivesassociation.org/Midwifery_Regulations.html (29 March 2012).

for the newborn and the infant. This care includes preventive measures and the detection of abnormal conditions in mother and child."¹⁹⁸

A 1991 amendment to the statute permits nurse-midwives to "furnish drugs or devices" incidental to family planning services, routine health care, or perinatal care, under some limitations. These may include certain narcotics. A 2001 amendment redefined the term "furnishing" to be less restrictive, defining it to include "the ordering of a drug or device in accordance with the standardized procedure or protocol" and "the transmitting of an order of a supervising physician and surgeon."¹⁹⁹ A CNM may also provide prescription antibiotics to the sexual partner(s) of a patient with certain sexually transmitted diseases.²⁰⁰

4.1.1.2.2. Certification Requirements

a. LMs

The major California legislation regulating **Licensed Midwives** is the **Midwifery Licensing Act** of 1933 which found in the California Business and Professions Code Sections 2505 *et seq.* In Title 16, California Code of Regulations ("CCR"), Division 14, Article 3, we find the implementing regulations of the Midwifery Licensing Act, Sections 1379.1 *et seq.*

Licensing and Educational requirements are approved by the Medical Board of California.²⁰¹ The Division of Licensing of the Medical Board has also issued guidance in the form of a "**Standard of Care for California Licensed Midwives of September 15, 2005.**"²⁰²

According to Business and Professions Code Sections 2505 to 2521 and Sections 1379.1 to 1379.31 of Title 16 of the California Code of Regulations, there are **two pathways to licensure as a midwife in California**²⁰³:

- **Education.** Candidates must complete a postsecondary education program in an **accredited midwifery school** approved by the Medical Board.²⁰⁴

¹⁹⁸ CCR §1463.

¹⁹⁹ See: website of California Midwifery Association at:
http://www.californianursemidwivesassociation.org/Midwifery_Regulations.html (29 March 2012);
Cal. Bus. & Prof. Code §2746.51.

²⁰⁰ Cal. Health & Safety Code §120582.

²⁰¹ CCR §1379.2.

²⁰² Available at: http://www.mbc.ca.gov/allied/midwives_standards.pdf (March 6, 2012).

²⁰³ See: <http://www.mbc.ca.gov/allied/midwives.html> (March 5, 2012).

²⁰⁴ Programs last three years. The schools usually are accredited by the **Midwifery Education and Accreditation Council (MEAC)**, whose accreditation mirrors that of the U.S. Department of Education (DOE) requirements, and satisfies Medical Board of California criteria. Upon completion of educational requirements, including clinical experience evaluation, the candidate also must successfully complete a **comprehensive licensing examination administered by the North American Registry of Midwives ("NARM")**²⁰⁴. The comprehensive licensing examination developed by NARM, a national examination, was **adopted by the Medical Board of California**, Division of Licensing, in May 1996, and satisfies the written examination requirements described in Business and Professions Code section 2512.5(a)(1). After successful completion of this examination, prospective applicants are designated as a "certified professional midwife" and are eligible to submit an application for California midwifery licensure. Additionally, an applicant for California licensure also may show current licensure as a midwife by another state with licensing standards equivalent to those of the Medical Board of California: Cal. Bus & Prof. Code §2512.5(b).

- **Challenge Mechanism.** As defined in Business and Professions Code section 2513(a)-(c), the challenge process offers a midwifery student and prospective applicant the opportunity to **obtain credit by examination for previous midwifery education and clinical experience.**²⁰⁵

Pursuant to **California Code of Regulations** Section 1379.30, the midwifery education program must prepare the midwife to practice as follows:

- (a) Management of the normal pregnancy.
- (b) Management of normal labor and delivery in all birth settings, including the following, when indicated:
 - (1) Administration of intravenous fluids, analgesics, postpartum oxytocics, and RhoGAM.
 - (2) Amniotomy during labor.
 - (3) Application of external or internal monitoring devices.
 - (4) Administration of local anesthesia, paracervical blocks, pudendal blocks, and local infiltration.
 - (5) Episiotomy.
 - (6) Repair of episiotomies and lacerations.
 - (7) Resuscitation of the newborn.
- (c) Management of the normal postpartum period.
- (d) Management of normal newborn care, including administration of vitamin K and eye prophylaxis.
- (e) Management of family planning and routine gynecological care including barrier methods of contraception such as diaphragms and cervical caps.

b. CNMs

The Nursing Practice Act ("NPA")²⁰⁶ also regulates nurse-midwives (Sections 2746 *et seq*). In Title 16, California Code of Regulations ("CCR"), Division 14, Article 3, we find the implementing regulations of the Nursing Practice Act (NPA). The regulations for Certified Nurse-Midwives are therefore in Business and Professions Code Sections 2745 to 2746.8, and Sections 1460 to 1466 of Title 16 of the California Code of Regulations.

According to the cited provisions, there are **three ways** that a Registered Nurse can become a Certified Nurse Midwife:²⁰⁷

1. Successful completion of a Nursing Board-approved nurse-midwifery academic program, which conforms with the Board's educational standards set forth in the California Code of Regulations Section 1462,
2. Successful completion of a nurse-midwifery academic program which conforms with the Board's educational standards set forth in the California Code of Regulations Section 1462,

²⁰⁵ This opportunity is provided by two approved "challenge process" programs. Maternidad La Luz (MLL), in El Paso, TX, and the National Midwifery Institute, Inc., (NMI) in Bristol, VT, are the two board-approved challenge process mechanisms that are available for California licensure. Upon successful completion of the challenge process, **the candidate also must successfully complete the comprehensive NARM licensing examination.** The candidate then may submit an application for California licensure, see <http://www.mbc.ca.gov/allied/midwives.html> (29 March 2012).

²⁰⁶ Available at: <http://www.rn.ca.gov/regulations/bpc.shtml> (29 March 2012).

²⁰⁷ All three methods require **proof of recent clinical experience** if the academic program was not completed within the prior 12 months.

but which is not Board-approved (however such an application may take longer and may require taking additional courses²⁰⁸), or

3. Certification by a state or national organization or association whose standards are equivalent to those set forth in California Code of Regulations § 1462.

CCR Section 1462 provides on the one hand detailed indications on the curricula of a nurse-midwifery academic program²⁰⁹, on the other hand, in number four, it declares the aim of the education. According to the provision,

“The program should prepare the nurse-midwife to practice as follows:

- (A) Management of the normal pregnancy.
- (B) Management of normal labor and delivery in all birth settings, including the following when indicated:
 1. Administration of intravenous fluids, analgesics, and postpartum oxytocics.
 2. Amniotome during labor.
 3. Application of external or internal monitoring devices.
 4. Administration of local anesthesia: paracervical blocks, pudendal blocks, and local infiltration.
 5. Episiotomy.
 6. Repair of episiotomies and lacerations.
 7. Resuscitation of the newborn.
- (C) Management of the normal postpartum period.
- (D) Management of the normal newborn care.
- (E) Management of family planning and/or routine gynecological care including: fitting vaginal diaphragms, insertion of intrauterine devices, selection of contraceptive agents from approved formulary.”

²⁰⁸ See: <http://www.rn.ca.gov/pdfs/applicants/nmw-app.pdf> (29 March 2012).

²⁰⁹ The program must include:

1. Instruction in
 - (A) Anatomy; physiology; genetics; obstetrics and gynecology; embryology and fetal development; neonatology; child growth and development; pharmacology; nutrition; laboratory and diagnostic tests and procedures; and physical assessment.
 - (B) Concepts in psycho-social, emotional, and cultural aspects of maternal/child care; human sexuality; counseling and teaching; maternal/infant/family bonding process; breast feeding; family planning; principles of preventive health; and community health.
 - (C) All aspects of the management of normal pregnancy, labor and delivery, postpartum period, newborn care, family planning and/or routine gynecological care in alternative birth centers, homes and hospitals.
2. Concurrent theory and clinical practice in a setting in the United States.
3. Training in the nurse-midwifery management process which includes the following steps:
 - (A) Obtains or updates a defined and relevant data base for assessment of the health status of the client.
 - (B) Identifies problems/diagnosis based upon correct interpretation of the data base.
 - (C) Prepares a defined needs/problem list with corroboration from the client.
 - (D) Consults and collaborates with and refers to, appropriate members of the health care team.
 - (E) Provides information to enable clients to make appropriate decisions and to assume appropriate responsibility for their own health.
 - (F) Assumes direct responsibility for the development of comprehensive, supportive care for the client and with the client.
 - (G) Assumes direct responsibility for implementing the plan of care.
 - (H) Initiates appropriate measures for obstetrical and neonatal emergencies.
 - (I) Evaluates, with corroboration from the client, the achievement of health care goals and modifies plan of care appropriately.

4.1.1.3. Occupational Therapists²¹⁰

The **California Occupational Therapy Practice Act** (California Business and Professions Code §§2570-2571) and the California Board of Occupational Therapy Regulations¹⁶ (CCR §§4100-4184) regulate the profession. Educational programs must be **approved by the California Board of Occupational Therapy** (under the auspices of the Department of Consumer Affairs) and **accredited by the American Occupational Therapy Association's Accreditation Council for Occupational Therapy Education (ACOTE)**, or accredited or approved by the American Occupational Therapy Association's (AOTA) predecessor organization, or approved by AOTA's Career Mobility Program.²¹¹

The California Occupational Therapy Practice Act fixes the **guidelines for the curriculum** of an educational program for occupational therapists (section 2570.6).²¹² It does not explicitly formulate aims of the education, but various provisions contain detailed definitions of the scope of practice of an occupational therapists (especially section 2570.2 k).

In addition, an applicant must successfully complete a period of supervised **fieldwork experience approved by the California Occupational Therapy Board** and arranged by a recognized educational institution where he or she met the above academic requirements or arranged by a nationally recognized professional association. The fieldwork requirements for applicants applying for licensure as an occupational therapist must be consistent with the requirements of the **ACOTE accreditation standards**, or AOTA's predecessor organization, or AOTA's Career Mobility Program, that were in effect when the applicant completed his or her educational program.²¹³

On January 1, 2003, legislation (Senate Bill 1402) became law that requires occupational therapists offering services in **hand therapy, physical agent modalities²¹⁴**, and/or **swallowing assessment, evaluation or intervention²¹⁵** to demonstrate, through post-professional education and training, that they are competent to do so. This legislation became operative on January 1, 2004 and implementing regulations took effect March 9, 2004.

4.1.1.4. Physical therapists²¹⁶

The **California Physical Therapy Practice Act** (California Bus. & Prof. Code §§2600-2696) and the **California Physical Therapy Regulations** (California Code of Regulations Title 16 Division 13.2) regulate the profession. **Educational programs must be approved by the Physical Therapy Board of**

²¹⁰ This opinion addresses only Occupational Therapists and does not address issues related to Occupational Therapy Assistants.

²¹¹ Cal. Bus. & Prof. Code §2570.6(b)(1).

²¹² The curriculum must include a) Biological, behavioral, and health sciences, b) structure and function of the human body, including anatomy, kinesiology, physiology, and the neurosciences, c) human development throughout the lifespan, d) human behavior in the context of sociocultural systems, e) Etiology, clinical course, management, and prognosis of disease processes and traumatic injuries, and the effects of those conditions on human functioning, and f) occupational therapy theory, practice, and processes.

²¹³ Cal. Bus. & Prof. Code §2570.6(b)(1).

²¹⁴ Definitions for hand therapy and physical agent modalities are contained in the Occupational Therapy Practice Act (OTPA) section 2570.2(l) and (m) and subject matter requirements are identified in section 2570.3(e) and (f).

²¹⁵ Subject matter requirements for swallowing assessment, evaluation or intervention are specified in Title 16, California Code of Regulations (CCR) section 4153.

²¹⁶ This opinion addresses only the profession of Physical Therapist and does not address issues concerning Physical Therapist Assistants, Physical Therapist Aides or Physical Therapy Technicians.

California (under the auspices of the Department of Consumer Affairs) which regulates the profession.²¹⁷

Physical therapists must have successfully completed an **accredited professional physical therapist programs** at the **master's or clinical doctorate level**. Both physical therapy educational programs and the post-secondary educational institutions that offer them must be **accredited by a national association or agency recognized by the Council on Post-Secondary Accreditation and/or the U.S. Department of Education**.²¹⁸ Teaching programs also may be established in hospitals for students whose preliminary education meets the requirements of Section 2650 of the California Business and Professions Code, providing the physical therapy education program is accredited.²¹⁹ For the process of accreditation, see below, 4.1.2.4.

Section 2650 of the California Business and Professions Code describes the requirements for an accredited professional education program²²⁰ as well as the content of the curriculum.²²¹

Prior to receiving a license, an applicant must generally²²² also successfully complete

1. a **Board-approved examination concerning the laws and regulations** related to the practice of physical therapy in California, and
2. the **national physical therapy examination testing entry-level competence to practice physical therapy**.²²³

There are special rules for applicants licensed in another state²²⁴ or having completed the professional training from a foreign institution.²²⁵

²¹⁷ See : California Business and Professions Code Sections **2650-2653** available at: <http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/displaycode?section=bpc&group=02001-03000&file=2650-2653>. (27 March 2012).

²¹⁸ California Code of Regulations §1398.31.

²¹⁹ California Code of Regulations §1398.31(b); a minimum amount of 1400 hours is required.

²²⁰ The program must include academic coursework and a clinical internship in physical therapy of at least 18 weeks of full-time clinical experience with a variety of patients. The curriculum must consist of a combination of didactic, clinical, and research experiences in physical therapy using critical thinking and weighing of evidence, including :

²²¹ Sciences basic to physical therapy, clinical sciences, treatment that constitutes the practice of physical therapy, administration, education, consultation, research methods, ethical, legal and economical concepts.

²²² This examination requirement may be waived if the applicant is a licensed or registered physical therapist in another U.S. jurisdiction which, in the Board's opinion, has licensing or registration requirements equal to or higher than those in California, and has passed, to the satisfaction of the Board, an examination for licensing or registration that is, in the opinion of the board, comparable to the examination used in California, and is a graduate of a physical therapist education program approved by the Board, or an equivalent program.

²²³ Cal. Bus. & Prof. Code §2636.

²²⁴ Possible requirement to pass an oral examination given by the board and file a statement of past work activity: Cal. Bus. & Prof. Code §2636.5.

²²⁵ Possible requirement to complete a period of clinical practice under the supervision of a California Physical Therapist of up to 9 months: Cal. Bus. & Prof. Code §2653.

4.1.1.5. Dietitians²²⁶

California **does not regulate the offering of advice concerning nutrition per se**, however, any person who offers such advice in commercial practice without being registered must post the following notice at his or her place of business:

*State law allows any person to provide nutritional advice or give advice concerning proper nutrition--which is the giving of advice as to the role of food and food ingredients, including dietary supplements. This state law does NOT confer authority to practice medicine or to undertake the diagnosis, prevention, treatment, or cure of any disease, pain, deformity, injury, or physical or mental condition and specifically does not authorize any person other than one who is a licensed health practitioner to state that any product might cure any disease, disorder, or condition.*²²⁷

The profession of **Registered Dietitian**, in particular, the use of that title, is **regulated by the Dietitian Title Act** (California Business & Professions Code Sections 2585-2586).

Cal. Bus. & Prof. Code section 2585, establishes the requirements that need to be fulfilled in order to use the title "Registered Dietitian". A part from the recognition of previously granted rights, those qualifications include academic requirements for the specific field and more generally, the completion of a program of supervised practice²²⁸, the completion of an examination as well as the completion of continuing education requirements.

The Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics (ACEND), formerly known as the Commission on Accreditation for Dietetics Education (CADE) is recognized by the State Department of Health Services for the purposes of 2(b)(ii) and (c), above.²²⁹ **The Commission on Dietetic Registration (CDR) is the credentialing agency of the Academy of Nutrition and Dietetics.** For foreign programs, special rules apply.²³⁰

According to the **CADE Dietetics Education Curriculum Requirements — 2008 Accreditation Standards**, the curriculum must reflect the scientific basis of the dietetics profession and must include research methodology, interpretation of research literature and integration of research principles into evidence-based practice. These are formulated in terms of goals to be achieved (referred to as "knowledge requirements/learning outcomes").²³¹

²²⁶ This opinion addresses only rules pertaining to Registered Dietitians and does not address those pertaining to dietetic technicians, registered, nor, with the exception of Section 2.3.4.5., does it address rules pertaining to nutritionists or dietitians who are not Registered Dietitians.

²²⁷ Cal. Bus. & Prof. Code §2068 available at: <http://codes.lp.findlaw.com/cacode/BPC/1/d2/5/3/s2068> (27 March 2012).

²²⁸ The CDR Registration Eligibility Requirements for Dietitians specify 1200 hours of supervised practice. See CDR website: <http://www.cdrnet.org/certifications/rddtr/pathwaysrd.cfm> (27 March 2012).

²²⁹ See <http://www.eatright.org/ACEND/> (27 March 2012).

²³⁰ Although an equivalent foreign baccalaureate program may be accept as fulfilling the requirement of 2(b)(i), above, **all dietetic education programs accredited by ACEND must be in the U.S. or its territories.** Registration eligibility reciprocity is extended to individuals who completed all certification requirements (didactic, experiential and examination) in the country with whom CDR has an agreement. CDR currently has reciprocity agreements with the following foreign regulatory boards: Dietitians of Canada, the Dutch Association of Dietitians/Ministry of Welfare, Public Health and Culture, the Philippine Professional Regulation Commission, the Irish Nutrition and Dietetic Institute and the Health Professions Council, United Kingdom.

²³¹ The complete guidelines are available at: http://www.eatright.org/uploadedFiles/CADE/CADE-General-Content/3-08_RD-FKC_Only.pdf (27 March 2012).

4.1.2. Authorities and Organisations

4.1.2.1. Nurses

4.1.2.1.1. Registered Nurses

The **Board of Registered Nursing (BRN)** is a state governmental agency which is part of the California Department of Consumer Affairs established by law to protect the public by regulating the practice of registered nurses. The BRN is **responsible for implementation and enforcement of the Nursing Practice Act**: the laws related to nursing education, licensure, practice, and discipline for Registered Nurses. The Nursing Practice Act created a nine-member Board which serves as the BRN decision-making body.

Beginning January 1, 2012, the Board of Registered Nursing (BRN) temporarily seemed to be known as the Registered Nursing Program until the BRN has been reconstituted by the legislature.²³²

The **BRN regulates the practice of registered nursing and certified advanced practice nurses** in order to protect the public. The Board **approves nursing programs** in California which approval is necessary to ensure that nursing programs are adequately preparing nurses to provide competent and safe care that will not cause patient harm. There are approximately 100 nursing programs which have been approved because they meet BRN educational standards

The **Nursing Education Consultants** at the BRN review and monitor nursing programs to make sure they are in compliance with the statutory and regulatory educational requirements of the Nursing Practice Act.²³³

The BRN also **sets RN Educational Standards**.

The BRN works effectively through a structure of five Board committees which conduct public meetings, study and discuss issues, and make recommendations to the full Board. Each committee is comprised of two or more Board members and meets at least four times a year. The committees and functions include, amongst other,:

- The Education/Licensing Committee advises the Board on matters relating to: nursing education, including the approval of prelicensure and advanced practice nursing programs; the national registered nurse licensing examination (NCLEX-RN); and continuing education and competency.
- The Legislative Committee provides information and makes recommendations to the Board and Committees of the Board on matters relating to legislation affecting registered nurses.
- The Nursing Practice Committee advises the Board on matters relating to nursing practice, including common nursing practice and advanced practice issues relating to nurse-midwife, nurse anesthetist, clinical nurse specialist and nurse practitioner practice. The Committee also reviews staff responses to proposed regulation changes that may affect nursing practice.²³⁴

The BRN also establishes and appoints advisory/ad hoc committees and **workgroups** as needed to complete specific tasks. The current committees and workgroups and their functions are as follows:

²³² Website of California Department of Consumer Affairs, Registered Nursing Program at: <http://www.rn.ca.gov/> (January 17, 2012).

²³³ <http://www.rn.ca.gov/pdfs/forms/brnwinter2011.pdf> (January 17, 2012).

²³⁴ For additional information see http://www.rn.ca.gov/about_us/committees.shtml (27 March 2012).

- The Education Issues Workgroup reviews and provides recommendations to BRN staff for the Annual School Survey and report and considers and provides recommendations to the BRN staff, as necessary, on various nursing education related topics.
- The Nursing Workforce Advisory Committee advises the Board members and staff of the BRN on current and projected issues affecting the nursing workforce in California and reviews and provides input on the biennial RN survey instrument.²³⁵

4.1.2.1.2. Licensed Vocational Nurses

Licensed Vocational Nurses (LVNs) are regulated by the **Board of Vocational Nursing and Psychiatric Technicians** which is also part of the California Department of Consumer Affairs. The California Board of Vocational Nursing and Psychiatric Technicians (Board) protects the consumer from unprofessional and unsafe licensed vocational nurses (LVNs) and psychiatric technicians (PTs). To protect the public, the Board:

- Establishes the minimum **requirements for examination and licensure**.
- Establishes **educational standards for the accreditation** of Vocational Nursing (VN) and Psychiatric Technicians (PT) schools in California.
- Adopts regulations to **clarify the performance, practice and disciplinary standards** for its licensees.
- Enforces the regulations governing the **continued accreditation** of VN & PT schools in California.
- Enforces the regulations governing LVNs and PTs by taking appropriate **disciplinary action** against incompetent or unsafe licensees efficiently and effectively.

The Board is composed of eleven members with a public member majority (i.e., 6 public members and 5 professional members). Nine members are appointed by the Governor, one by the Speaker of the Assembly and one by the Senate Pro Tempore.²³⁶

4.1.2.2. Midwives

As discussed in Section 4.1.1.2.1., *supra*, **Licensed Midwives** are regulated by the **Medical Board of California**, and **Certified Nurse-Midwives** are regulated by the **California Board of Registered Nursing**²³⁷.

See Section 1.3.4.1.1, *supra*, for additional information concerning the Board of Registered Nursing. Pursuant to CCR § 1461, a **Nurse-Midwifery Committee** is appointed by the BRN to advise the BRN on nurse-midwifery issues and assist in the evaluation of nurse-midwife applications. Pursuant to California Business and Professions Code Section 2509, the Medical Board appoints a **Midwifery Advisory Council**, at least one-half of which must be California Licensed midwives, to advise the Medical Board.

²³⁵ For additional information see http://www.rn.ca.gov/about_us/advcommittees.shtml (27 March 2012).

²³⁶ For additional information see http://www.bvnpt.ca.gov/about_us/board_members.shtml (27 March 2012).

²³⁷ For additional information concerning the California Board of Registered Nursing see Section 1.2.1.1 *supra*.

4.1.2.3. Occupational Therapists

The **California Board of Occupational Therapy** consists of seven members, five appointed by the governor, one by the Speaker of the Assembly and one by the Senate Rules Committee. It consists of three occupational therapists, one occupational therapy assistant and three public members. The Board is required to meet at least three times a year, in Sacramento, Los Angeles and San Francisco. Board members serve without compensation.²³⁸

The **National Board for Certification in Occupational Therapy, Inc. (NBCOT)** is a **not-for-profit credentialing agency** that provides certification for the occupational therapy profession. NBCOT serves the public interest by developing, administering, and continually reviewing a certification process that reflects current standards of competent practice in occupational therapy. NBCOT also works with state regulatory authorities, providing information on credentials, professional conduct, and regulatory and certification renewal issues.²³⁹

NBCOT recognizes U.S. occupational therapy degrees accredited by the **Accreditation Council for Occupational Therapy Education (ACOTE)**²⁴⁰, of the **American Occupational Therapy Association, Inc. (AOTA)**.²⁴¹

4.1.2.4. Physical Therapists

The **Physical Therapy Examining Committee** was created by Chapter 1823, statutes of 1953 (AB1001). While the name has been changed to the **Physical Therapy Board of California (PTBC)**, the charge to the PTBC by the legislature has been protecting the public from the incompetent, unprofessional and criminal practice of physical therapy since its inception. The PTBC is one of approximately thirty regulatory entities which exist under the organizational structure of the Department of Consumer Affairs (DCA). The PTBC has a close and cooperative relationship with DCA.²⁴²

The Physical Therapy Board of California consist of seven members: one physical therapist involved in the education of physical therapists, three Board licensed physical therapists having practiced physical therapy for five years, and three public members who are California residents and who are not licensed physical therapists, chiropractors or osteopaths.²⁴³ The four physical therapist members and one public member of the Board are appointed by the Governor; the Senate Rules Committee and the Speaker of the Assembly each appoint one public member. No more than one member of the Board may be a member of the full-time faculty of any university, college, or other educational institution.²⁴⁴

The **Commission on Accreditation in Physical Therapy Education (CAPTE)** is an accrediting agency that is nationally recognized by the **US Department of Education (USDE)** and the **Council for Higher Education Accreditation (CHEA)**. CAPTE grants specialized accreditation status to qualified entry-level education programs for physical therapists and physical therapist assistants.²⁴⁵ The 29-member

²³⁸ See: http://www.bot.ca.gov/board_activity/board_members.shtml (27 March 2012).

²³⁹ See: <http://www.nbcot.org/> (27 March 2012).

²⁴⁰ See: http://www.nbcot.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=38. (27 March 2012).

²⁴¹ See: www.aota.org

²⁴² See : http://www.ptbc.ca.gov/about_us/about_board.shtml (29 March 2012).

²⁴³ Cal. Bus. & Prof. Code §2603.

²⁴⁴ Cal. Bus. & Prof. Code §2604.

²⁴⁵ See : CAPTE website at : <http://www.capteonline.org/home.aspx> (26 March 2012).

Commission comprises broad representation from the educational community, the physical therapy profession, and the public. Members include physical therapy educators who are basic scientists, curriculum specialists, and academic administrators; physical therapy clinicians and clinical educators; administrators from institutions of higher education; and public representatives.²⁴⁶

Accreditation is a process used in the US to assure the quality of the education that students receive. It is a voluntary, nongovernmental, peer-review process that occurs on a regular basis. There are **two types of accreditation**: institutional and specialized/programmatic:

- **Institutional accreditors** assess the overall quality of institutions. Two types of institutional accrediting agencies exist: regional accreditors review many types of institutions within specific geographic areas; national accreditors review similar types of institutions throughout the U.S.
- **Programmatic accreditors (also referred to as specialized accreditors)** review individual programs of study, rather than the institution as a whole. This type of accreditation is granted to specific programs at specific degree levels.²⁴⁷

Physical therapist education programs that are accredited by the Commission on Accreditation in Physical Therapy Education of the American Physical Therapy Association are deemed approved by the Physical Therapy Board unless the Board determines otherwise.²⁴⁸

4.1.2.5. Dietitians

A bill was introduced in the California legislature in February of 2011²⁴⁹ that would have provided for regulation by an **authority** similar to the Nursing Board under the auspices of the Department of Consumer Affairs but it expired before it was adopted.

The **California Dietetic Association (CDA)** is a not-for-profit voluntary membership association of approximately 6500 Registered Dietitians, Dietetic Technicians, and nutrition students dedicated to healthy lifestyles through food decisions and the delivery of effective food and nutrition services by qualified dietetic professionals and association members. The primary purpose of the CDA is to **oversee and protect the regulation and scope of practice of RDs and DTRs in California**; support the roles in the delivery of healthcare in California; and to ensure and promote informed food decisions by consumers. Members work in a variety of arenas including hospitals, research facilities, public health and other community agencies, colleges and universities, health and fitness centers, school districts, private practice, corporate America, and with the media.²⁵⁰

Comprehensive leadership and direction of the CDA is provided by the ten-member Executive Board, made up of elected and ex-officio members. Additional guidance of the affairs of CDA is provided by Councils and Committees lead by Executive Board member-elected Vice Presidents.²⁵¹

²⁴⁶ See <http://www.capteonline.org/WhoWeAre/> (26 March 2012).

²⁴⁷ See : <http://www.capteonline.org/WhatWeDo/AboutAccreditation/> (26 March 2012).

²⁴⁸ Cal. Bus. & Prof. Code §2651.

²⁴⁹ AB 575, available at : http://www.leginfo.ca.gov/pub/11-12/bill/asm/ab_0550600/ab_575_bill_20110216_introduced.html (27 March 2012).

²⁵⁰ See website of California Dietetic Association at: http://www.dietitian.org/about_cda.html (27 March 2012).

²⁵¹ *Id.*

Founded in 1924 with sixty-one members, the California Dietetic became an **affiliate of the national American Dietetic Association (called the Academy of Nutrition and Dietetics since January 2012**²⁵²) in 1927.

The **Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics (ACEND)** is recognized by the State Department of Health Services. According to the Academy of Nutrition and Dietetics Bylaws, the board has at least 12 voting members. The Academy Nominating Committee selects candidates for the chair-elect position, which is elected by the Academy membership. Following a one-year term, the chair-elect will become chair.²⁵³

The State of California has **no licensing agency for dietitians**; California law provides only for the possibility of becoming a "Registered Dietitian." The **Commission on Dietetic Registration (CDR)** is the **credentialing agency for the Academy of Nutrition and Dietetics.**²⁵⁴ The CDR administers a registration examination.²⁵⁵

4.2. Independent Practice

4.2.1. Definition

4.2.1.1. Nurses

California Business and Professions Code §2725(b) defines the practice of nursing in a relatively detailed manner. There is **no separate definition of independent practice** in the California Business and Professions Code.

4.2.1.2. Midwives

There is **no separate definition** of independent practice of midwives in the California Business and Professions Code.

The nurse-midwifery certificate authorizes the **CNM** to provide prenatal, intrapartum, and postpartum care, including interconception care and family planning. The nurse-midwifery certificate also authorizes the CNM to attend cases of normal childbirth on his or her own responsibility, as well as to provide immediate care for the newborn²⁵⁶. CNM care includes preventative measures and the detection of abnormal conditions in mother and child²⁵⁷. CNMs cannot assist childbirth by any artificial, forcible, or mechanical means, or performance of any version²⁵⁸.

The Legislature granted the CNM an independent scope of practice. **CNMs practice in collaboration and consultation with physicians** as indicated²⁵⁹. The degree of collaboration in this team approach depends upon the medical needs of the individual woman or infant and the practice setting. All

²⁵² See: <http://www.eatright.org/Media/content.aspx?id=6442465361> (27 March 2012).

²⁵³ See Academy of Nutrition and Dietetics website at:
<http://www.eatright.org/ACEND/content.aspx?id=39> (27 March 2012).

²⁵⁴ See CDR website at : <http://www.cdrnet.org/> (27 March 2012).

²⁵⁵ For additional information concerning that examination see the CDR website at:
<http://www.cdrnet.org/certifications/rddtr/rdcontent.cfm> (27 March 2012).

²⁵⁶ Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5 (a); CCR § 1463(a)(b).

²⁵⁷ CCR § 1463(a).

²⁵⁸ Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5 (b). The American Heritage Medical Dictionary (copyright 2007, 2004 by Houghton Mifflin Company) defines "version" as follows: Deflection of an organ, such as the uterus, from its normal position or the changing of position of the fetus in the uterus, either spontaneously or as a result of manipulation.

²⁵⁹ CCR § 1463(c).

complications shall be referred to a physician immediately²⁶⁰ and the CNM provides emergency care until physician assistance can be obtained²⁶¹. By law, nurse-midwifery care requires the supervision of a licensed physician and surgeon, but supervision does not require physical presence of the physician.²⁶² CNMs are not authorized to practice medicine and surgery.²⁶³ For practices and procedures that overlap the practice of nurse-midwifery into medicine, standardized procedures must be developed and approved by the three entities of the CNM, physician and practice setting administration.²⁶⁴

4.2.1.3. Occupational Therapists

There is no definition in California law of independent practice by occupational therapists, in spite of the fact that § 2570.2 California Business & Professions Code includes a very detailed description of the practice of occupational therapy.

4.2.1.4. Physical Therapists

While § 2620 California Business and Professions Code defines physical therapy in detail, there are **no definitions** specifically referring to **independent** Physical Therapists.

4.2.1.5. Dietitians

Our research revealed no specific definition of the independent practice of dietitians in California law.

4.2.2. Conditions for independent practice

4.2.2.1. Nurses

LVNs are not entitled to practice as independent practitioners.²⁶⁵ LVNs must be supervised and, therefore, may not work independently.

As mentioned previously (2.2.4.1.), there is no specific definition of private practice and the scope of practice for Registered Nurses is the same regardless of setting, but, of course, the RN **competencies differ** from setting to setting. The standards of competent performance as outlined in California Code of Regulations 1443.5 are the same for all RNs regardless of where they work and whether or not they have the status of an employee.

²⁶⁰ Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5 (b).

²⁶¹ CCR § 1463(d).

²⁶² Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5 (c).

²⁶³ Cal. Bus. & Prof. Code §2746.5 (d).

²⁶⁴ CCR § 1463(e). SB 111, Chapter 358 was signed by Governor Gray Davis on September 26, 2001 and became effective January 1, 2002. Pursuant to Business & Profession Code Section 2069(a)(1) and Health & Safety Code 1204, a supervising physician and surgeon at a community clinic or free clinic as licensed pursuant to Health and Safety Code 1204 may, at his or her discretion, in consultation with the nurse practitioner, nurse-midwife, or physician assistant provide written instructions to be followed by a medical assistant in the performance of tasks or supportive services. The written instructions may provide that the supervisory function for the medical assistant for these tasks or supportive services may be delegated to the nurse practitioner, nurse-midwife, or physician assistant and that tasks may be performed when the supervising physician and surgeon are not on site. This delegation to the nurse practitioner or nurse midwife is limited to those clinics licensed under California Health and Safety Code §1240.

²⁶⁵ http://www.bvnpt.ca.gov/licensing/licensed_vocational_nurses.shtml (29 March 2012).

Before the enactment of the Moscone-Knox Professional Corporation Act²⁶⁶ in 1968, practitioners of certain professions (including health professions) were not permitted to incorporate in California, the prevailing case law being that a corporation, as an artificial entity, could not "practice" that profession.²⁶⁷ Today, with the passage of the Moscone-Knox Act, a corporation may be formed for the purposes of qualifying as a professional corporation and rendering professional services.²⁶⁸

Under the Moscone-Knox Act, "**professional services**" are any type of professional services that may be lawfully rendered only pursuant to a license, certification, or registration authorized by the Business and Professions Code, the Chiropractic Act, or the Osteopathic Act.²⁶⁹ A "**professional corporation**" is a corporation organized under the General Corporation Law²⁷⁰ that is engaged in rendering professional services in a single profession and that in its practice or business designates itself as a professional or other corporation as may be required by statute.²⁷¹

Generally, a professional corporation may lawfully render professional services in a single profession, only through employees who are licensed persons in that profession.²⁷² In addition, certain statutes require that shareholders, directors, and officers of the corporation be licensed persons in that profession.²⁷³ The executive vice president, chief executive officer, executive secretary, or any other title denoting an administrative function within the professional corporation, are not required to have a professional license.²⁷⁴

Notwithstanding these rules, certain persons licensed in other professions may be shareholders, officers, directors or professional employees of certain professional corporations as long as the sum of all shares owned by such persons does not exceed 49% of the total number of shares of the corporation and so long as the number of such persons owning shares in the corporation does not exceed the number of persons licensed by the governmental agency regulating the designated professional corporation.²⁷⁵ For example, the following persons may be shareholders, officers, directors, or professional employees of nursing corporations:

- Licensed physicians and surgeons.
- Licensed doctors of podiatric medicine.
- Licensed psychologists.
- Licensed optometrists.
- Licensed marriage and family therapists.
- Licensed clinical social workers.
- Licensed physician assistants.
- Licensed chiropractors.
- Licensed acupuncturists.
- Naturopathic doctors.
- Licensed professional clinical counselors

²⁶⁶ California Corporations Code, Part Four, Professional Corporations, §§13400-13410 available at: <http://law.justia.com/codes/california/2010/corp/13400-13410.html> (29 March 2012).

²⁶⁷ *Marik v. Superior Court*, 191 Cal. App. 3d 1136, 236 Cal. Rptr. 751 (2d Dist. 1987).

²⁶⁸ Corp. Code, §13404.

²⁶⁹ Corp. Code, §13401, subd. (a).

²⁷⁰ Corp. Code, §§100 to 2319.

²⁷¹ Corp. Code, §13401, subd. (b).

²⁷² California Corp. Code, §13405, subd. (a).

²⁷³ See, e.g., Cal. Bus. & Prof. Code, §2779.

²⁷⁴ Cal. Bus. & Prof. Code § 2408.

²⁷⁵ California Corp. Code, §13401.5.

- Naturopathic doctors²⁷⁶

Registered nurses may also be shareholders, officers, directors, or professional employees of a medical corporation, podiatric medical corporation, psychological corporation, marriage and family therapist corporation, licensed clinical social worker corporation, physician assistants corporation, optometric corporation, chiropractic corporation, acupuncture corporation, naturopathic doctor corporation, professional clinical counselor corporation.²⁷⁷ The same 49% restrictions apply.

As a result of these restrictions, shares in a professional corporation cannot be transferred to a family member who is not a licensed professional through a will, a gift or a sale. Some professional corporations resolve the succession problem by purchasing life insurance on shareholders' lives for an amount sufficient to purchase the relevant shares from the estate and provide for a right of the corporation to repurchase the shares upon the death of the professional shareholder.

A similar problem may arise if a shareholder wishes to leave the practice as his or her shares may only be sold to someone licensed to practice in California.

A professional who has lost his or her license to practice or who has been suspended and who is a shareholder of such a corporation may not (nor may such person's shares) accrue income for services he or she has rendered while disqualified.²⁷⁸

A nursing corporation is a corporation which is authorized to render professional services, as defined in Section 13401 of the Corporations Code, so long as that corporation and its shareholders, officers, directors, and employees rendering professional services who are registered nurses are in compliance with the Moscone-Knox Professional Corporation Act, the provisions of California Business & Professions Code s 2775 and all other statutes and regulations pertaining to such corporation and the conduct of its affairs. With respect to a nursing corporation, the **governmental agency** referred to in the Moscone-Knox Professional Corporation Act is the **Board of Registered Nursing**.²⁷⁹

A nursing corporation, in particular, is prohibited from committing any acts or omissions that would constitute unprofessional conduct under any statute or regulation. In the conduct of its practice, it must observe and be bound by governing statutes and regulations to the same extent as an individual licensee.²⁸⁰ Similar provisions apply to physical therapy corporations²⁸¹ and physician assistant corporations²⁸².

The **name of a nursing corporation** and any name or names under which it may render professional services must contain the words "nursing" or "registered nursing," and wording or abbreviations denoting corporate existence.²⁸³

²⁷⁶ California Corp. Code, §13401.5.

²⁷⁷ Corp. Code, s 13401.5, subd. (c).

²⁷⁸ Cal. Bus. & Prof. Code, §2780.

²⁷⁹ Cal. Bus. & Prof. Code, §2775.

²⁸⁰ Cal. Bus. & Prof. Code, §2777.

²⁸¹ Cal. Bus. & Prof. Code, §2692.

²⁸² Cal. Bus. & Prof. Code, §3542.

²⁸³ Cal. Bus. & Prof. Code, §2778.

Perhaps the most important characteristic of a professional corporation concerns liability. Ordinarily, one of the reasons people form corporations is to protect themselves from personal liability for the debts or obligations of the business conducted by the corporation. **A medical professional corporation may be liable for professional malpractice committed by an employee of the corporation while, ordinarily, a shareholder will not be held personally liable for the corporation's malpractice;** his or her risk is limited to the value of his or her shares. Unlike shareholders in other businesses, however, **a professional person cannot avoid personal liability for his or her own malpractice or tortious (delictual) conduct through incorporation; such person will always be liable for his or her own acts, even if performed on behalf of the corporation.**²⁸⁴ The Moscone-Knox Professional Corporation Act has no provision that alters the general rule of nonliability of shareholders for corporate obligations. Although, unlike New York²⁸⁵, for example, California has no statute addressing the question, there is **case law clearly holding that a professional person cannot avoid personal liability for his or her own malpractice or tortious conduct through incorporation, since a tortfeasor is always liable for his or her own acts, even if performed on behalf of another.**²⁸⁶ This potential problem is often resolved by purchasing Errors and Omissions insurance to cover professional malpractice.

As a basis for comparison, we specify that persons practicing a healing art as partners may, however, be sued as a partnership for the negligence of either partner.²⁸⁷

4.2.2.2. Midwives

4.2.2.2.1. LMs

Our research to date has revealed **no definitive provisions** applicable to LMs. Although, since Licensed Midwives practice pursuant to a license issued by the Medical Board of California, they should fall within the definition of "licensed persons" (and the services they provide fall within the definition of "professional services") under the Moscone-Knox Professional Corporation Act (California Corporations Code §§13400-13410). One might therefore conclude that corporations offering the services of licensed midwives fall within the definition of "professional corporations" for the purposes of that Act, however, LMs are **not included in the list of persons authorized** to become shareholders, officers, directors, or professional employees under Section 13401.5 of the California Corporations Code. Our research revealed no case law resolving this issue.

LMs are required to file **annual reports** with the Office of Statewide Health Planning and Development **concerning all births occurring outside a hospital setting**. These reports must include:

- (1) The midwife's name and license number.
- (2) The calendar year being reported.

²⁸⁴ 15A Cal. Jur. 3d Corporations §553, *T & R Foods, Inc. v. Rose*, 47 Cal. App. 4th Supp. 1, 56 Cal. Rptr. 2d 41 (App. Dep't Super. Ct. 1996). "An important factor in deciding whether to incorporate a professional practice is the extent to which incorporation may limit the professional's liability for the acts of others. Obviously, a professional person cannot avoid personal liability for his or her own malpractice or tortious conduct through incorporation ... since a tortfeasor is always liable for his or her own acts, even if performed on behalf of another. [¶] But, incorporation may enable professional persons to limit the vicarious liability they otherwise would incur for acts of their professional partners.... [¶]."

²⁸⁵ See McKinney's Business Corporation Law §1505 available at http://law.onecle.com/new-york/business-corporation/BSC01505_1505.html (February 28, 2012).

²⁸⁶ *T & R Foods, Inc. v. Rose*, 47 Cal. App. 4th Supp. 1, 56 Cal. Rptr. 2d 41 (App. Dep't Super. Ct. 1996); 15A Cal. Jur. 3d Corporations s 553 (Database updated February 2012).

²⁸⁷ *Kershaw v. Tilbury*, 214 Cal. 679, 8 P.2d 109 (1932).

- (3) The following information with regard to cases in which the midwife, or the student midwife supervised by the midwife, assisted during the previous year when the intended place of birth at the onset of care was an out-of-hospital setting:
- (A) The total number of clients served as primary caregiver at the onset of care.
 - (B) The total number of clients served with collaborative care available through, or given by, a licensed physician and surgeon.
 - (C) The total number of clients served under the supervision of a licensed physician and surgeon.
 - (D) The number by county of live births attended as primary caregiver.
 - (E) The number, by county, of cases of fetal demise attended as primary caregiver at the discovery of the demise.
 - (F) The number of women whose primary care was transferred to another health care practitioner during the antepartum period, and the reason for each transfer.
 - (G) The number, reason, and outcome for each elective hospital transfer during the intrapartum or postpartum period.
 - (H) The number, reason, and outcome for each urgent or emergency transport of an expectant mother in the antepartum period.
 - (I) The number, reason, and outcome for each urgent or emergency transport of an infant or mother during the intrapartum or immediate postpartum period.
 - (J) The number of planned out-of-hospital births at the onset of labor and the number of births completed in an out-of-hospital setting.
 - (K) The number of planned out-of-hospital births completed in an out-of-hospital setting that were any of the following:
 - (i) Twin births.
 - (ii) Multiple births other than twin births.
 - (iii) Breech births.
 - (iv) Vaginal births after the performance of a cesarean section.
 - (L) A brief description of any complications resulting in the mortality of a mother or an infant.
 - (M) Any other information prescribed by the board in regulations.

4.2.2.2.2. CNMs

See discussion under Section 2.3.4.1., *supra* with respect to CNMs.

4.2.2.3. Occupational Therapists

Our research revealed **no specific provisions** concerning the independent practice of Occupational Therapists.

4.2.2.4. Physical Therapists

See discussion under Section 2.3.4.1., *supra* regarding the Moscone-Knox Professional Corporation Act.

Physical Therapists are permitted to be shareholders, officers, directors, or professional employees of naturopathic doctor corporations.²⁸⁸ A physical therapist may be a shareholder in more than one professional corporation.²⁸⁹ A physical therapy corporation may own shares in a nonprofessional corporation.²⁹⁰ A physical therapy corporation may enter into partnership agreements with other

²⁸⁸ Cal. Corp. Code §13401.5.

²⁸⁹ Cal. Code of Regulations §1399.35.

²⁹⁰ Cal. Code of Regulations §1399.37.

physical therapists practicing individually or in a group or with other physical therapy professional corporations.²⁹¹

The **name of a physical therapy corporation** and any name or names under which it may render professional services shall contain the words "**physical therapy**" or "**physical therapist**", and wording or abbreviations denoting corporate existence.²⁹²

4.2.2.5. Dietitians

A dietitian or a Registered Dietitian may, **upon referral by a health care provider** (defined as "any person licensed or certified pursuant to Division 2 of the General Provisions of the California Business and Professions Code²⁹³, or licensed pursuant to the Osteopathic Initiative Act or the Chiropractic Initiative Act") "prescribe dietary treatments, provide nutritional and dietary counseling, conduct nutritional and dietary assessments, and develop nutritional and dietary treatments, including therapeutic diets, for individuals or groups of patients in licensed institutional facilities or in private office settings. The referral must be accompanied by a written prescription signed by the health care provider detailing the patient's diagnosis and including a statement of the desired objective of dietary treatment, unless a referring physician and surgeon has established or approved a written protocol governing the patient's treatment."²⁹⁴

A dietitian or a Registered Dietitian may accept or transmit **verbal orders** or electronically transmitted orders from the referring physician consistent with an established protocol to implement medical nutrition therapy. In addition, such person may order medical laboratory tests related to nutritional therapeutic treatments when authorized to do so by a written protocol prepared or approved by the referring physician and when, in the absence of the referring physician at a patient visit, in a clinic where there is a registered nurse on duty, a registered nurse is notified that a medical laboratory test is being ordered and is afforded an opportunity to assess the patient.²⁹⁵

²⁹¹ Cal. Code of Regulations §1399.39.

²⁹² Cal. Bus. & Prof. Code §2693.

²⁹³ These include chiropractors, medical doctors, opticians, occupational therapists, perfusionists, physical therapists, nurses, psychologists, optometrists, physician assistants, osteopaths, naturopaths, respiratory therapists, and pharmacists.

²⁹⁴ Cal. Bus & Prof. Code §2586.

²⁹⁵ *Id.*

5. Canada (Québec)

5.1. Formation

Au Québec, selon le Code des professions (art. 1c et art. 32), tout professionnel désirant exercer à ce titre doit être (1) titulaire d'un **permis** délivré par son ordre et (2) inscrit au **tableau** de cet ordre (v.a. art. 32, 36 *C.prof.*). C'est donc le **Code des professions** qui fixe, pour une grande variété de professions (énumérés à l'art. 32 *C. prof.*), les conditions d'accès à la profession de manière générale.

Si l'inscription au tableau d'ordre est ouverte en principe à tout titulaire de permis qui en fait la demande et qui s'est acquitté des contributions financières obligatoires (art. 46 *C. prof.*), c'est dans les conditions d'obtention du permis que la formation est mentionnée. Ainsi, l'**obtention du permis** est ouverte (a) au «titulaire d'un diplôme reconnu valide à cette fin» par règlement²⁹⁶ (art. 42(1) *C.prof.*) ou d'une formation équivalente (art. 42(2), 93c) à c.2) *C.prof.*); (b) qui a «de la langue officielle [du Québec, soit le français] une connaissance appropriée à l'exercice de l[a] profession» (art. 35 *C.l.f.*²⁹⁷) et qui (c) a satisfait à toutes les autres «conditions et modalités de délivrance» que son ordre aura pu déterminer par règlement : réussite d'un stage de formation ou d'examen professionnel (art. 94i) *C. prof.*), obtention d'un certificat de bonnes mœurs, évaluation médicale ou psychiatrique (art. 48 *et s. C.prof.*), paiement de droits ou de frais, etc. Pour les objectifs de formation, il faut toutefois se référer aux règles spécifiques à chaque profession.

De manière générale, il convient de signaler que le **Règlement sur les professions** mentionne, pour chaque profession, quel diplôme donne droit à l'obtention du permis, sans en aucune manière détailler des éventuels objectifs ou le contenu de la formation. Ce n'est à travers des activités réservées à une certaine profession qu'il paraît possible de déduire certains objectifs de formation.

5.1.1. Bases légales

5.1.1.1. Infirmiers/-ières

a. Les types d'infirmiers

L'article 40 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers (ci-après L.i.i.)*, L.R.Q. c. I-18 se contente de préciser qu'un infirmier («nurse» en anglais) ne peut exercer la profession sous un nom autre que le sien. Depuis une réforme importante des professions de la santé de 2003, certaines **spécialisations** leur sont ouvertes, l'appellation «infirmier spécialiste» constituant dès lors un titre réservé (art. 58 *C.prof.*). Les termes «infirmier auxiliaire», «licensed practical nurse» et «nursing assistant» constituent des titres réservés, de même que les abréviations et initiales «I.A.», «I.A.D.», «I.A.L.», «inf. aux.», «L.P.N.», «N.A.», «n. ass't» et «R.N.A.» (art. 36p) *C.prof.*). L'infirmier auxiliaire faisant objet d'une réglementation à part, étant donné qu'il constitue son propre ordre professionnel (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, OIIAQ), il sera traité à part (ci-dessous, e.).

La profession infirmière québécoise présente un niveau de fragmentation assez élevé au Québec au plan de la formation. Toutefois, il n'existe **qu'une catégorie de permis d'exercice** : il n'y a, au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), que des infirmiers (a), détenteurs d'un

²⁹⁶ En l'occurrence, le *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels*, R.R.Q., c. C-26, r. 2 [*R.diplôme*].

²⁹⁷ Les membres des communautés autochtones ou des terres de la catégorie I et de la catégorie I-N peuvent bénéficier de certaines dérogations systémiques (*Règlement autorisant les ordres professionnels à déroger à l'application de l'article 35 de la Charte de la langue française*, R.R.Q., c. C-11, r. 10), sinon l'évaluation est individualisée (art. 37-40 *C.l.f.*).

diplôme reconnu, qu'il soit de niveau collégial (art. 2.02 *R.diplômes*) ou universitaire (art. 1.17 al. 1 *R.diplômes*)²⁹⁸ (b), qui ont réussi l'examen professionnel (c). Depuis 2003 toutefois, il faut également compter avec **cinq classes de spécialités** (cf. infra, d.). Également, mais la distinction est ici administrative plutôt que réglementaire, certaines attestations, certificats ou diplômes donnent accès à des **fonctions administratives** particulières: il faudrait ainsi normalement détenir une maîtrise en soins infirmiers pour devenir cadre-conseil en soins infirmier²⁹⁹.

b. La définition légale et les activités réservées

La loi définit la profession infirmière comme celle qui «consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.» (art. 36 al. 1 *L.i.i.*). La loi leur **réserve** plusieurs **activités professionnelles**, par exemple, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, la surveillance clinique de personnes dont l'état de santé présente des risques, la détermination de plans de traitement, le suivi de grossesse ou encore, sur ordonnance toutefois, l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques, la mise en œuvre et d'ajustement de traitements médicaux, de préparation ou d'administration de médicaments (art. 36 al. 2 *L.i.i.*).³⁰⁰ Il faut en outre compter avec les activités professionnelles auxquels les parcours

²⁹⁸ Le congrès 2011 de l'OIIQ a été l'occasion d'un vif débat sur l'opportunité d'imposer la formation universitaire. Pour un aperçu, consulter: <http://congres2011.oiiq.org/revue-de-presse>.

²⁹⁹ V. OIIQ, «Cadre-conseil en soins infirmiers» en-ligne: www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/cadre-conseil-en-soins-infirmiers.

³⁰⁰ Art. 36 *L.i.i.* : « [1] L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.
[2] Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier:

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
- 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- 8° appliquer des techniques invasives;
- 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
- 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- 14° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

spécialisés ouvrent désormais la porte (art. 40-42 *C.prof.*, art. 14f), 36.1 *L.i.i.*; art. 19b), 31 *L.m.*). On peut déduire de cette énumération que la formation doit habiliter les personnes à exercer les activités réservées aux infirmières.

c. Formation initiale de base

Le diplôme d'études collégiales décerné à la suite d'études dans la discipline infirmière par l'un des quarante-quatre établissements reconnus et six diplômes de premier cycle universitaire donnent ouverture au permis de l'OIIQ (art. 1.17 al. 1, 2.02 *R.diplômes*). Au cours de ses études, l'étudiant inscrit dans un de ces programmes a la possibilité d'effectuer certains stages supervisés, appelés selon le niveau de formation et les responsabilités y-afférentes, stage d'étude en externat³⁰¹. La réglementation se borne à nommer les établissements reconnus sans détailler des objectifs de la formation ou des compétences qui doivent être transmises.

Deux exigences de formation supplémentaires sont imposées au diplômé d'un programme infirmier, appelé «candidat à l'exercice de la profession infirmière» ou «CEPI» par l'OIIQ. Il doit, dans un premier temps, compléter un **stage de formation** supervisé dans un centre exploité par un établissement public (art. 11(2-4) *R.autres.inf.*). Il devra, dans un second temps, réussir un **examen professionnel** portant sur les aspects théoriques et cliniques de l'exercice infirmier. Cet examen est réglée par un règlement spécifique (*Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*), et il est conçu par un **comité de l'OIIQ** constitué à cette fin (art. 1-2. *R.formation.inf.*). La réglementation ne contient toutefois pas d'indication détaillée par rapport aux objectifs de formation.

d. Certificats de spécialité

Depuis la réforme de 2003, des **classes de spécialité** sont ouvertes aux infirmiers qui auront obtenu l'un des diplômes de deuxième cycle reconnus à cette fin (art. 1.17 al. 2 *R.diplômes*) et réussi un examen de spécialité. Ils pourront alors se désigner comme **infirmiers spécialistes**, un titre réservé (art. 58 *C.prof.*).

On peut considérer les classes de spécialités (art. 40-42 *C.prof.*) comme relevant de la formation initiale dans la mesure où elle permet l'accès à une forme de pratique nouvelle. Il s'agit cependant également d'une formation complémentaire, d'études supérieures pourrait-on dire, pour celui qui y est candidat, qui a déjà rempli toutes les exigences nécessaires à l'obtention du permis de pratique de son ordre (s'il n'en est déjà titulaire) et ce, d'autant plus que **ce sont des ordres que relève le contenu des programmes de spécialité** et la réglementation se fait souvent précise, notamment quant aux heures de stage et aux modules théoriques devant être abordés lors de la formation³⁰².

16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;

17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins. »

³⁰¹ *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r. 2, art. 3-4 et 5-7.

³⁰² *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, R.R.Q., c. I-8, r. 13.01, annexe 1; *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r. 8, art. 4(1) et 25.

L'OIIQ reconnaît aujourd'hui **une spécialité clinique**, la prévention et le contrôle des infections³⁰³, et **quatre spécialités pratiques**, la cardiologie, la néonatalogie, la néphrologie et les soins de première ligne³⁰⁴. L'infirmier praticien spécialisé pourra poser certains actes, visés à l'article 36.1 *C.prof.* et par les lois médicales³⁰⁵ et jusque-là réservés aux seuls médecins, par exemple, la prescription d'examen diagnostiques, de médicaments, de certains traitements ou l'utilisation de techniques diagnostiques ou médicales invasives ou présentant des risques de préjudice³⁰⁶. L'examen de spécialité pratique est élaboré et administré conjointement par l'OIIQ et le CMQ³⁰⁷.

e. Infirmiers auxiliaires

Pour devenir infirmier auxiliaire il faut obtenir un diplôme de niveau secondaire de type professionnel qui donne ouverture au permis délivré par l'OIIAQ (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec). Il s'agira généralement d'un diplôme sanctionnant des études dans le programme de Santé, assistance et soins infirmiers (le «SASI», en anglais, *Health, Assistance and Nursing*) complétées dans les institutions de diverses commissions scolaires du Québec (art. 3.01 du *R.diplômes*), mais sont également considérés certains «cours de recyclage» à l'attention des gardes-bébés et puéricultrices ainsi que certains programmes à l'attention des autochtones des territoires couverts par la *Convention de la baie James et du Nord québécois* et des Inuits (art. 3.02 du *R.diplômes*). Les personnes inscrites dans un programme de soins infirmiers de niveau collégial ou universitaire en ayant complété avec succès tous les cours et stages peuvent également demander la reconnaissance de leur formation (art. 1 al. 2, 6 *R.formation.inf.aux.*). Comme pour les infirmiers, la législation établit donc une liste des formations reconnues sans pour autant détailler les objectifs ou leur contenu.

Comme pour les infirmières et infirmiers, la législation nomme les activités exercées par les membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec : «contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs» (art. 37p) *C.prof.*). De manière plus spécifique, le Code leur réserve certaines activités professionnelles notamment l'application de mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique, l'observation de l'état de conscience ou la surveillance des signes neurologiques, ou, mais seulement selon une ordonnance ou un plan de traitement et après avoir obtenu un certificat attestant la réussite d'une formation complémentaire, l'administration de certains médicaments ou de certains soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la

³⁰³ *Règlement sur la classe de spécialité d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, R.R.Q., c. I-8, r. 7.1; *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, R.R.Q., c. I-8, r. 13.01

³⁰⁴ *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r. 8, art. 3.

³⁰⁵ Voir art. 19b), 31 *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9 et *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, R.R.Q., c. M-9, r. 13. V.a., art. 14f), 36.1 *L.i.i.*

³⁰⁶ *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r. 8.

³⁰⁷ *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r. 8, art. 4(3).

peau et des téguments (art. 37.1(5) *C.prof.*). On peut en déduire que les formations devraient permettre aux membres d'acquérir les compétences nécessaires pour évoluer dans ce cadre général. Cela étant dit, la législation ne lie pas explicitement la formation et les activités en question.

5.1.1.2. Sage-femme

La sage-femme ne peut, relativement à l'exercice de sa profession, se désigner autrement que comme «sage-femme» ou «midwife» (art. 11 *L.s.f.*). Comme titre professionnel, ces termes désignent aussi bien les hommes que les femmes. Les dénominations «maïeuticien» et «accoucheur» sont inusitées au Québec.

Un seul diplôme donne aujourd'hui directement ouverture au permis délivré par l'Ordre des sages-femmes du Québec. Il s'agit du baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières, un diplôme de premier cycle (art. 1.31 *R.diplômes*). L'exercice de la profession est défini par la loi comme «tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale» (art. 6 al. 1 *L.s.f.*). La législation leur réserve certaines actes tels que l'évaluation de la grossesse, à la pratique de l'accouchement spontané, à la conduite de certaines procédures médicales (p.ex., amniotomie, épisiotomie, réparation de certaines déchirures du périnée) (art. 6 al. 1(1-3) *L.s.f.*) ainsi qu'à certaines procédures d'urgence (p.ex., application d'une ventouse, extraction manuelle du placenta, réanimation) (art. 6 al. 2 *L.s.f.*). Si la législation ne mentionne pas explicitement la formation ou les objectifs de formation, on peut déduire de l'énumération des activités que toute formation doit permettre aux professionnels d'évoluer dans ce cadre général.

5.1.1.3. Ergothérapeute

Les termes «ergothérapeute» et «occupational therapist» constituent des titres réservés, de même que les abréviations et initiales «erg.», «O.T.» et «O.T.R.» (art. 36o) *C.prof.*).

Cinq diplômes universitaires de deuxième cycle donnent ouverture au permis délivré par l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (art. 42(1), 184 *C.prof.*; 1.07 *R.diplômes*), consacrant ainsi la décision de l'ordre de hausser les exigences de formation: avant 2009, trois universités québécoises offraient une formation universitaire de premier cycle, soit le niveau baccalauréat, permettant l'accès à la profession³⁰⁸.

Selon le Code des professions, les activités des ergothérapeutes consistent à «évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale» (art. 37o) *C.prof.*). Leur sont réservées les activités d'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi, d'évaluation de la

³⁰⁸

Plus précisément, le *Décret 1023-2009 sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels* du 23 septembre 2009 ajoutait deux diplômes de niveau maîtrise, respectivement des universités Sherbrooke et du Québec à Trois-Rivières et haussait le niveau de formation exigé des diplômés admissibles des universités McGill et de Montréal. L'obtention d'un diplôme de niveau maîtrise à l'Université Laval n'a été imposé que par le *Décret 898-2011 sur les spécialistes des ordres professionnels et diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes* du 7 septembre 2011.

fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique et de détermination de l'opportunité d'utiliser des mesures de contention ou de prodiguer certains traitements liés aux plaies (art. 37.1(4) *C.prof.*). Comme pour les autres professions, on peut en déduire que la formation doit rendre possible d'accomplir les activités réservées.

5.1.1.5. *Physiothérapeute*

Les professions de physiothérapeute et de thérapeute en réadaptation physique sont mutuellement exclusives, en ce sens que le membre de l'ordre ne peut être titulaire que de l'une des deux catégories de permis (art. 2 al. 2 du *Décret d'intégration*), cependant, le physiothérapeute peut exercer sous les titres et abréviations d'un thérapeute en réadaptation physique (art. 7-8 du *Décret d'intégration*), soient «physical rehabilitation therapist», «physical rehabilitation technician», «physiotherapy technician», «thérapeute en réadaptation physique», «thérapeute en physiothérapie», «technicien en réadaptation physique», «technicien en physiothérapie» et «T.R.P.» ou «T.P.R.» (art. 36n) *C.prof.*). Les titres de «physiothérapeute», «physiotherapist», «physical therapist», «physiotherapy therapist» et les abréviations et initiales «pht», «P.T.» ou «T.P.» demeurent réservés aux seuls physiothérapeutes. Le terme «kinésithérapeute» n'est pas usité au Québec, peut-être la signature, en 2010, d'une entente de réciprocité avec les ordres professionnels français des masseurs-kinésithérapeutes entraînera-t-il, à terme, une modification de la terminologie employée au Québec.

Depuis 2002, l'**ordre des physiothérapeutes** regroupe les titulaires de deux catégories de permis³⁰⁹, d'une part, les **physiothérapeutes**, à qui est ouverte la pleine gamme des activités professionnelles des membres de l'ordre, notamment neuf activités réservées (art. 37.1(3) *C.prof.*), d'autre part, les **thérapeutes en réadaptation physique**, dont le champ d'activité est plus restreint (art. 2, 3 al. 2 du *Décret d'intégration*, 3.01.09 du *C.d.phys.*, 37n), 37.1(3) *C.prof.*) et souvent soumis à une supervision directe ou à un cadre d'exercice prédéfini, l'évaluation d'un physiothérapeute ou un diagnostic médical non limité aux symptômes par exemple (art. 2, 3 al. 2 du *Décret d'intégration*, 3.01.09 du *C.d.phys.*, 37n), 37.1(3) *C.prof.*)³¹⁰.

Quatre diplômes universitaires de deuxième cycle donnent ouverture au permis de **physiothérapeute** délivré par l'OPPQ, consacrant par là la décision de l'ordre de hausser les exigences de formation (art. 42(1), 184 *C.prof.*; 1.14 *R.diplômes*). Avant 2011, trois universités québécoises offraient une formation universitaire de premier cycle permettant l'accès à la profession de physiothérapeute³¹¹.

³⁰⁹ *Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*, R.R.Q., c. C-26, r. 202 [*Décret d'intégration*]; *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*, R.R.Q., c. C-26, r. 196.1. L'existence de l'ordre des thérapeutes en réadaptation physique fut de courte durée: Offices des professions du Québec, Avis au gouvernement sur la reconnaissance professionnelle des thérapeutes en réadaptation physique (Québec, Éd. off., 1995), en-ligne: www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Avis/avistherapeutesreadaptationphysique.pdf.

³¹⁰ V.p.ex., *Mejia c. Physiothérapie (Ordre professionnel de la)*, 2009 QCTP 61; *Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c. Lorrain*, 2008 QCTP 145 et *Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c. Charest-Dombrowski*, 2008 QCTP 135.

³¹¹ Décret D. 416-2011 du 13 avril 2011 (2011) 43 G.O.Q. 2, 1617.

Le diplôme d'études collégiales à la suite d'études dans le programme de thérapie en réadaptation physique dans l'un de cinq établissements reconnus donne pour sa part ouverture au permis de **thérapeute en réadaptation physique** (art. 2.12 *R.diplômes*).

De façon générale, les activités des membres de l'ordre consistent à «évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal» ((art. 37n) *C.prof.*). De manière plus spécifique, la législation leur réserve les activités professionnelles requises pour l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique, l'introduction de certains instruments et doigts dans certains orifices corporels, l'utilisation des formes d'énergie invasives ou, après obtention d'une attestation de formation délivrée par l'ordre, l'utilisation d'aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation (art. 37.1(3) *C.prof.*). On peut en déduire que la formation doit viser aux personnes d'accomplir ces activités. Seront logiquement écartés de la formation des thérapeutes en réadaptation physique les éléments nécessaires à la pratique des activités qui ne leur sont pas ouvertes (art. 2, 3 al. 2 du *Décret d'intégration*, 3.01.09 du *C.d.phys.*, 37n), 37.1(3) *C.prof.*)).

5.1.1.6. Diététiciens /-ciennes

Les termes «diététiste», «diététicien» et «nutritionniste» sont employés de manière interchangeable au Québec, encore que le second soit généralement considéré comme désuet. Il s'agit dans chacun des cas d'un titre réservé, de même que les initiales «Dt.P.», «P.Dt.» et «R.D.» et que les équivalents anglais «Dietician», «Dietitian» et «nutritionist» (art. 36c) *C.prof.*). À l'instar de l'ordre professionnel et par souci d'uniformité, c'est le terme «diététiste» qui sera retenu pour la présente note.

Trois diplômes universitaires de premier cycle donnent ouverture au permis délivré par l'OPDQ (art. 42(1), 184 *C.prof.*, 1.06 *R.diplômes.*). Selon le Code des professions, l'activité d'un membre de l'ordre consiste à «évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé» (art. 37c) *C.prof.*). De manière plus spécifique, il s'agit de déterminer un plan de traitement nutritionnel et à en assurer le suivi (art. 37.1(1) *C.prof.*). Comme pour les autres professions, on peut déduire que la formation doit avoir comme objectif l'accomplissement de ces activités.

5.1.2. Autorités et organes responsables

En ce qui concerne la formation initiale, l'élaboration des programmes relève formellement des **instances scolaires** (5.1.2.1.) bien que la consultation soit en pratique de mise. L'élaboration des programmes de formation relève de la responsabilité des institutions d'enseignement et du MELS. Il existe toutefois plusieurs passerelles avec les intervenants du système professionnel: d'abord, les **comités de formation des ordres professionnels** (ci-après, 5.1.2.2.), ensuite, l'**Office des professions** et, dans une moindre mesure, le **Conseil des professions** (ci-après, 5.1.2.3.). Les **ordres professionnels** (5.1.2.4.), par leur **contrôle de l'accès à des professions** dont la loi pose le cadre général d'exercice et par laquelle elle confère un monopole sur certains actes, se trouvent à influencer l'acquisition de compétences au cours de la formation. Les ordres professionnels **reconnissent ainsi des diplômes ou des équivalences**, par règlement dont l'examen permet de dégager l'essentiel des acquis nécessaires à une saine pratique. À l'occasion, les ordres peuvent participer de manière plus active à l'élaboration du cadre de formation par l'imposition d'exigences supplémentaires d'accès à la profession, comme des stages ou des examens ou par la mise en place de programmes de spécialité.

5.1.2.1. Les instances scolaires et universitaires

Au Canada, la compétence en matière d'éducation ressort aux provinces (art. 93 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (R.-U.), 30-31 Vict., c. 3). Le **système scolaire** comporte quatre niveaux d'enseignement, le préscolaire-primaire, le secondaire, le collégial et l'universitaire. L'accès au marché du travail est envisagé pour chacun des trois derniers niveaux, à travers plusieurs diplômes³¹². Aux fins de la présente note, retenons le diplôme d'études professionnelles (DEP), de niveau secondaire, le diplôme d'études collégiales (DEC) sanctionnant une formation technique de trois ans et les diplômes universitaires, de premier, deuxième ou troisième cycle, soit respectivement les niveaux baccalauréat, maîtrise et doctorat.

Le gouvernement établit par règlement le *régime des études* applicables aux **diplômes préuniversitaires**, qu'ils soient, donc, de niveau secondaire ou collégial³¹³. La responsabilité du *contenu des programmes*, elle, varie selon le niveau d'enseignement. Le contenu des programmes d'études professionnelles est établi par le ministère de l'Éducation³¹⁴, ce dernier s'assurant par ailleurs la «participation du milieu aux étapes majeures du processus»³¹⁵. Si c'est également à ce ministère qu'il revient d'établir les programmes d'études collégiales, les établissements d'enseignement de ce niveau jouissent néanmoins d'une part d'autonomie en ce qu'il leur revient, pour certaines composantes des programmes, de déterminer les activités d'apprentissage visant l'atteinte des objectifs et des standards eux toujours déterminés par le ministre³¹⁶.

L'élaboration des **programmes universitaires**, elle, relève entièrement des institutions d'enseignement. Bien que leur statut et leur privilège de décerner grades, diplômes, certificats et attestations d'études universitaires soient reconnus par loi³¹⁷, les universités québécoises sont des personnes morales de droit privé instituées par lettres patentes³¹⁸, et jouissent d'une autonomie à ce titre³¹⁹.

³¹² Pour un diagramme sommaire: MELS, «Le système scolaire au Québec», en-ligne: www.mels.gouv.qc.ca/scolaire/educqc/systemeScolaire. Pour un aperçu des politiques du MELS en matière de formation professionnelle et technique, voir: MELS, *La formation professionnelle et technique au Québec – Un aperçu* (Québec, Éd. off., 2010), en-ligne: www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/FPT_FC/Formation_professionnelle_technique/LaFPTAuQuebec_UnApercu_2010_f.pdf.

³¹³ *Loi sur l'instruction publique*, L.R.Q., c. I-13.3, art. 448 et *Régime pédagogique de la formation professionnelle*, R.R.Q., c. I-13.3, r. 10; *Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel*, L.R.Q., c. C-29, art. 18 al. 1 et *Règlement sur le régime des études collégiales*, R.R.Q., c. C-29, r. 4.
³¹⁴ *Loi sur l'instruction publique*, L.R.Q., c. I-13.3, art. 461 et 469.

³¹⁵ De façon générale, voir MELS, *Analyse comparative de modèles de qualification professionnelle* par Gilbert Rousseau (resp.) et al. (Québec, Éd. off., 2005), en-ligne: inforoutefpt.org/documents/AnalyseComparModelesQualifProf.pdf et en matière de formation professionnelle: MELS, *La formation professionnelle – Instructions aux établissements 2010-2011* (Québec, Éd. off., 2010), en-ligne: www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/FPT_FC/Formation_professionnelle_technique/Instruction2010-2011_FormProf_f.pdf.

³¹⁶ *Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel*, L.R.Q., c. C-29, art. 18; *Règlement sur le régime des études collégiales*, R.R.Q., c. C-29, r. 4, art. 5 à 11.

³¹⁷ *Loi sur les établissements d'enseignement de niveau universitaire*, L.R.Q., c. E-14.1.

³¹⁸ Le réseau de l'Université du Québec, il est vrai, une personne morale de droit public, toutefois la *Loi sur l'Université du Québec*, L.R.Q., c. U-1 qui l'institue lui confère le pouvoir d'adopter des programmes d'études et de décerner tous les grades, diplômes ou certificats universitaires qu'elle jugera à propos, à l'instar des autres universités québécoises.

³¹⁹ *Université de Sherbrooke c. Beaudoin*, 2010 QCCA 28, au para. 47: «En somme, l'Université opère sans contrôle gouvernemental important et jouit d'une totale indépendance à l'égard de son processus

Bien sûr, dans les faits, les **universités consulteront**, dans l'élaboration de leurs programmes, divers intervenants: représentants des institutions scolaires, des ordres d'enseignement comme la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec ou la Fédération des cégeps, de différents ministères, du marché du travail, du Conseil supérieur de l'éducation³²⁰, et, dans le cas des programmes destinés à préparer les étudiants à l'exercice d'une profession réglementée, ceux des ordres professionnels. Elles n'en demeurent pas moins maîtresses de leurs cursus.

5.1.2.2. Comités de formation des ordres professionnels

Les comités de formation des ordres professionnels ont pour mandat l'examen «[d]es questions relatives à la qualité de la formation des membres», expression qui s'entend de «l'adéquation de la formation aux compétences professionnelles à acquérir pour l'exercice de la profession» (art. 2 des *R.com.form.*), «notamment eu égard à la protection du public» et «à la lumière de l'évolution des connaissances et de la pratique» (art. 5(1) des *R.com.form.*). Ils doivent faire rapport au conseil d'administratif de l'ordre, au moins de façon annuelle, entre autres sur les objectifs, l'élaboration et la révision des programmes de formation des établissements d'enseignement, ceux des autres conditions et modalités de délivrance des permis, tels les stages, les cours ou les examens professionnels ainsi que sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation (art. 2 al. 3, 5 des *R.com.form.*). Le conseil d'administration pourra ensuite relayer ces avis au gouvernement, à l'Office des professions ou aux établissements d'enseignement (art. 60(4-5), 184 al. 2 *C.prof.*) ou établir (ou modifier) les règlements nécessaires (art. 93c), 94i) *C.prof.*).

Composés de représentants de l'ordre, des établissements d'enseignement et du MELS (art. 3 des *R.com.form.*), les comités de formation sont eux-mêmes **encouragés à consulter le milieu** (art. 6 *R.com.form.*).

5.1.2.3. Office des professions et Conseil interprofessionnel

Les deux organes «supraprofessionnels» peuvent être appelés à se prononcer sur des questions de formation. Le **Conseil interprofessionnel**, on l'a dit, agit comme conseiller du gouvernement en matière professionnelle (art. 19 *et s. C.prof.*). Il pourra, à l'occasion, être saisi de questions liées au parcours et à l'acquisition des compétences des professionnels.

Il faut de plus compter avec l'**Office des professions**. Il est de son mandat de donner au gouvernement, après consultation des établissements d'enseignement, des ordres d'enseignement ou du MELS, son avis sur les diplômes ou les équivalences donnant accès aux professions (art. 12 al. 3(7-7.2) *C.prof.*). C'est là son rôle en matière de formation initiale. Il sera également appelé à commenter, après consultation des ministères intéressés, ceux de l'Éducation, de l'Emploi, de la Santé ou de l'Immigration par exemple, les projets de règlement portant sur les équivalences de diplôme ou de formation, la création de classes de spécialistes ou l'octroi de permis spéciaux envisagés par les ordres professionnels (art. 95.0.1 *C.prof.*).

décisionnel, de son organisation interne et de ses relations avec ses professeurs, ses étudiants et toute autre personne ou entité, y compris des entreprises avec lesquelles elle peut conclure des contrats. Il s'ensuit que l'Université est une personne morale de droit privé³ Ce qui ne l'empêche pas d'être une institution publique au sens de certaines lois fiscales vu sa mission éducative.] au sens de l'art. 298 *C.c.Q.*»

³²⁰

Institué par la *Loi sur le Conseil supérieur de l'éducation*, L.R.Q., c. C-60.

5.1.2.4. Les ordres professionnels

En 1973, dans la foulée de la commission d'enquête Castonguay-Nepveu sur la santé et le bien-être social au Québec, dont une section critiquait lourdement l'organisation des professionnels au Québec³²¹, le législateur québécois entreprend une refonte majeure du droit professionnel. Pièce maîtresse de cette réforme, le **Code des professions**, L.R.Q., c. C-26 [*C.prof.*], entré en vigueur le 1^{er} février 1974, établit un corps de règles applicable à plusieurs professions, jusque-là soumises à une réglementation disparate, le cas échéant³²².

Le principe directeur de ce nouveau système est la protection du public³²³, dont le respect est assuré par les **ordres professionnels** (art. 23 *C. prof.*), tant de manière préventive que punitive et ce, à travers des règles, normes ou règlements, d'accès à la profession, de déontologie et de discipline³²⁴. C'est au **conseil d'administration** de chaque ordre qu'il revient d'adopter les règlements nécessaires à cette fin, notamment par le contrôle de la compétence (art. 61 à 100, not. 87, 91, 93, 94 *C.prof.*). La réglementation propre à chaque ordre est assez uniforme, largement inspirée de formules types, elles-mêmes reprenant, développant ou amplifiant les énoncés, orientations et grandes lignes des dispositions habilitantes du *Code des professions*. On se reportera à l'annexe II pour le détail de la réglementation applicable aux professions à l'étude.

Les ordres sont eux-mêmes supervisés ou chapeautés par l'**Office des professions du Québec** (art. 12 al. 1 *C.prof.*) qui doit notamment s'assurer de la mise en place par les ordres du cadre réglementaire nécessaire et de son caractère adéquat (art. 12 al. 3 (1-2) *C. prof.*), informer le public de ses droits et recours (art. 12 al. 3(8-9) *C.prof.*), veiller à la bonne gouverne financière des ordres (art. 12 al. 3(10), 14, 15 *C.prof.*). L'Office a également certaines fonctions consultatives, notamment en matière de formation initiale (art. 12 al. 3(7-7.2) *C.prof.*) [voir *infra* p. 76].

Le *Code des professions* a également créé le **Conseil interprofessionnel du Québec** (art. 17 à 22 *C. prof.*), une personne morale agissant généralement comme le consultant du gouvernement en matière professionnelle.

L'exercice de plusieurs **professions du domaine de la santé** a fait l'objet d'un ré-encadrement législatif en 2003, l'Assemblée nationale adoptant, le 14 juin 2002, le projet de loi n^o 90³²⁵. À l'exception des sages-femmes, toutes les professions à l'étude étaient visées par cette loi³²⁶.

³²¹ Québec, «Les professions et la société», vol. 7, t. 1 du *Rapport (Castonguay-Nepveu) de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* présidée par Gérard Nepveu (Éd. off., Québec, 1967-1972), sept volumes, disponible en-ligne:

www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/telecharger/id/808.

³²² *V. Pharmascience inc. c. Binet*, 2006 CSC 48, [2006] 2 R.C.S. 513, aux para. 20-23; Vincent Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux* (Ste-Foy, PUL, 2005), à la p. 265.

³²³ Une expression que l'on retrouve pas moins de vingt et une fois dans le *Code des professions*. V.a. *Pharmascience inc. c. Binet*, 2006 CSC 48, [2006] 2 R.C.S. 513, aux para. 23-24; *Finney c. Barreau du Québec*, 2004 CSC 36, [2004] 2 R.C.S. 17.

³²⁴ *Finney c. Barreau du Québec*, 2004 CSC 36, [2004] 2 R.C.S. 17, aux para. 16 à 20.

³²⁵ *Projet de loi n^o 90 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33 [Projet de loi n^o 90]. Un tableau comparatif des dispositions modifiées compilé par Luc de la Sablonnière et al. (30 septembre 2004) est disponible en-ligne: www.aiissq.org/francais/documents/Tableau_comparat_projet_loi90_DERNIERE_VERSION.pdf.

³²⁶ Entrée en vigueur le 30 janvier 2003 pour les infirmiers et les infirmiers auxiliaires et le 1^{er} juin 2003 pour les diététistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes.

Par «un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé et les activités réservées»³²⁷, la réforme cherchait pour l'essentiel à refléter l'évolution des professions dans le domaine de la santé et, à la fois dans un souci d'efficacité et de protection du public, à renforcer la reconnaissance de la complémentarité de certains compétences et actes. Ont ainsi été définies de nouvelles activités professionnelles réservées, qu'elles le soient de manière exclusive ou en partage entre deux professions et que leur exercice soit ouvert à tous les membres de l'ordre, seulement aux détenteurs de certaines attestations de formation ou d'une formation spécialisée ou dans un cadre d'opération particulier, au premier chef, sur ordonnance (un terme d'ailleurs redéfini à l'article 39.3 *C.prof.*).

5.2. Exercice

5.2.1. Définition

5.2.1.1. Généralement

Le système professionnel québécois ne s'attarde **pas de façon générale aux formes d'exercice** d'une profession. Elles sont donc, en théorie, celles du droit commun: le professionnel peut être salarié, qu'il soit employé par une personne physique ou morale, privée ou publique. Il peut également exercer à son propre compte, soit comme entrepreneur individuel, soit en société contractuelle de l'un des trois types prévus à l'article 2188 C.c.Q., la société est en nom collectif (art. 2198 à 2235 C.c.Q.), la société en commandite (art. 2236 à 2249 C.c.Q.) ou la société en participation (art. 2250 à 2266 C.c.Q.).

Deux raisons expliquent ce silence. D'abord, il s'agit d'un régime axé sur la *pratique* des professions, autrement dit, qui met l'accent sur le professionnel, l'individu et ses gestes. Aux privilèges qu'il détient à titre personnel correspondent des obligations, elles aussi personnelles³²⁸. Même si le *Code des professions* ou la réglementation envisage à l'occasion l'exercice sous une forme collective, la **responsabilité individuelle** toujours doit subsister (v. not. art. 46(3), 85.2, 86.1 al. 4, 93g) *C.prof.*, art. 94p) et 187.11 *et s. C.prof.*).

Ensuite, le système gouverne des professions variées, aux modalités d'exercice disparates. Si notaires et avocats, ingénieurs et architectes, pharmaciens et dentistes ont historiquement fait affaire à leur propre compte, s'enorgueillissant parfois de leur indépendance, l'exercice d'autres professions, comme celle des hygiénistes dentaires, des thérapeutes en réadaptation physique ou des technologues professionnels, supposent une **collaboration étroite**, voire exigent la supervision par d'autres. Partant, l'exercice à titre indépendant est plus difficile et le travail salarié s'envisage plus naturellement, particulièrement lorsqu'il existe des milieux traditionnellement associés à l'exercice d'une profession, comme les établissements hospitaliers ou scolaires.

C'est donc en quelque sorte de manière empirique, à travers le détail de la réglementation, qu'il faudra dégager les règles propres à l'exercice à titre indépendant d'une profession. L'analyse suivante est limitée au cadre réglementaire propre au système professionnel québécois.

³²⁷ Projet de loi n° 90, *supra* note 325, préambule.

³²⁸ V. p.ex., *Notaires c. Champagne*, [1992] D.D.C.P. 268 (Trib. prof.), aux pp. 19 et 20: «L'aspect personnel de l'acte professionnel et de tout ce qu'il comporte, les dispositions des lois professionnelles et du Code des professions, la protection du public permettent de conclure qu'en droit disciplinaire, pour infraction à des dispositions de ce droit, c'est le professionnel qui est responsable [...] des actes et des devoirs à lui attribués par la loi.»; v.a. *Tremblay c. Dionne*, 2006 QCCA 1441, [2006] R.J.Q. 2614 (C.A.), au para. 43.

5.2.1.2. Portrait global de l'exercice à titre indépendant des professions à l'étude

Sans doute la variété des formes juridiques d'exercice évoquées vaut également pour les professions à l'étude. Cela dit, pour quatre d'entre elles, l'exercice à titre autonome demeure largement en deçà de la moyenne canadienne ou québécoise, située à 15%³²⁹. Un autre la rejointe. La dernière finalement a déjà été envisagée comme une profession entièrement salariée, le législateur optant finalement plutôt pour un entrepreneuriat uniformisé par la pratique.

Tableau: Portrait par profession de l'exercice de la profession à titre indépendant (2006³³⁰)

	Diététistes	Ergothérapeutes	Infirmiers	Infirmiers auxiliaires	Physiothérapeutes	Sages-femmes ³³¹
Secteur privé (cabinet, agence de placement)	8,2	6,9%	11,8% (2010) ³³²	4,1 (2008) ³³³	41,8 ³³⁴	N/D
Travail autonome	10	4,0%	1,3% ³³⁵	0,6%	13 ³³⁶	N/D

³²⁹ Selon les chiffres du recensement de 2010, il y aurait, au Québec 546 500 travailleurs autonomes pour une population active occupée de 3 915 100 habitants, soit 13,96% de la population, et, selon ceux de 2011, au Canada, 2 670 400 travailleurs autonomes canadiens pour une population active de 18 699 400 habitants et une population active occupée de 17 306 200 habitants, soit environ 15% de la population. Voir: Institut de la Statistique du Québec, *Annuaire québécois des statistiques du travail 2000-2010*, vol. 7 «Travail et rémunération» (Québec, Éd. off., 2011), aux pp. 85 à 88; Statistique Canada, «Population active, occupée et en chômage, et taux d'activité et de chômage, par province (Québec, Ontario, Manitoba)» (2011), CANSIM tableau 282-0002, en-ligne: www40.statcan.ca/102/cst01/LABOR07b-fra.htm et Statistique Canada, «Travail autonome, aperçu historique» (2011) CANSIM tableau 282-0012, en-ligne: www40.statcan.gc.ca/102/cst01/labor64-fra.htm.

³³⁰ Sauf indication contraire, les chiffres sont tirés des données du recensement de 2006 tels que compilés par Services Canada :

www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3232.shtml.

³³¹ Les statistiques pour les sages-femmes («3232 - Sages-femmes et praticiens/praticiennes des médecines douces», en-ligne:

www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3232.shtml), toutes des travailleuses autonomes comme on l'expliquera, n'ont pas été reprises car elles couvrent également des praticiens des médecines douces tels les acupuncteurs, les homéopathes et les réflexologues.

³³² OIIQ, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011*,

en-ligne: www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf

OIIAQ, *Caractéristiques de l'effectif de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec 2007-2008* par Gaétan Lévesque (coord.) (janvier 2009),

en-ligne: www.oiiq.org/documents/file/caracteristiques-effectif-2008.pdf

Institut canadien d'information sur la santé, *Physiotherapists in Canada, 2010 – National and Jurisdictional Highlights and Profiles*(octobre 2010), à la p. 36,

en-ligne: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1659&lang=en&media=0>.

³³⁵ Dans son rapport sur l'effectif de 2010, l'OIIQ précise que des 67 050 infirmiers en exercice au Québec, si près de 2100 se sont décrits comme travailleurs autonomes (soit environ 3%), plus de 700 ont également indiqué qu'il s'agissait d'un revenu d'appoint et d'un second emploi, portant la donnée effective à 1,8%; OIIQ, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011*,

en-ligne: www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf.

³³⁶ Le sondage annuel de l'Institut canadien d'information sur la santé présentait plutôt les physiothérapeutes comme des travailleurs autonomes dans une proportion de 40% en 2010: Institut canadien d'information sur la santé, *Les physiothérapeutes au Canada 2010* (21 octobre 2011), à la p. 76, en-ligne: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/PT_2010Report_FR.pdf.

Secteur public	81,8	89,1	84,1% (2010) ³³⁷	92,5	57,2	N/D
Hôpital	49,4	44,1	69,8	51,1	38,7	N/D
Centre de soins ambulatoires (not. CLSC)	13,9	25,5	4,0	37,4	8,2	N/D
Établissements de soins infirmiers ou pour bénéficiaires internes (not. CHSLD)	5,4	14,1	37,4	4,0	9,4	N/D

Si certains suggèrent que le vieillissement de la population et l'extension des services offerts par les régimes d'assurance privés pourraient susciter un regain d'intérêt pour l'exercice à titre privé des professions de **diététiste** ou d'**ergothérapeute** – les effectifs du privé auraient triplé entre 1991 et 2006 –³³⁸, les ordres professionnels contactés n'envisagent aucun développement de ce côté chez les **infirmiers** et encore moins chez les **infirmiers auxiliaires**, essentiellement au motif de supervision médicale des activités professionnelles³³⁹. Il existe pourtant certains programmes d'attestation scolaires dont l'objectif avoué est de permettre à ces professionnels une pratique à titre autonome³⁴⁰: c'est le cas du soin des pieds, une activité considérée relevée des «soins et traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments», soit une activité réservée (art. 37.1(5)c) *C.prof.*; art. 36 al. 2(7) *L.i.i.*) pour laquelle les ordres visés ont d'ailleurs pris soin de préparer des guides de bonnes pratiques³⁴¹.

Chez les **physiothérapeutes** du Québec, c'est un peu moins de la moitié des membres qui exercent dans le secteur privé, la plupart à leur compte. On relèvera qu'environ la moitié de leur clientèle provient des régimes d'indemnisation publics comme celui de la Commission de la santé et de la

³³⁷ OIIQ, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011*, en-ligne: www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf.

³³⁸ Services Canada.

³³⁹ OIIQ, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011*, en-ligne: www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf, aux pp. 28-29, 48-49; entrevue du 22 décembre 2011 avec Nadia Colella, directrice du Service de la formation et de l'admission de l'OIIAQ. Rien n'empêchera une infirmière d'être propriétaire de clinique, mais elle en sera alors gestionnaire et n'y exercera pas véritablement comme infirmière.

³⁴⁰ V.p.ex., la description du programme de formation professionnelle en Soins de pieds du cégep Marie-Victorin, en-ligne: www.collegemv.qc.ca/frCA/Accueil/formation_continue/Microprogrammes/formation_professionnelle_soins_pieds/index.aspx: «Pour les infirmières et infirmiers membres de l'OIIQ, cette attestation professionnelle leur permettra d'exercer à titre de travailleur autonome ou d'exercer leurs pratiques dans les établissements de santé du réseau de la santé ou encore dans les cliniques privées. Pour l'infirmière et l'infirmier auxiliaire, la pratique à titre de travailleur autonome sera conditionnelle à l'obtention d'une prescription médicale ou d'un plan de traitement infirmier».

³⁴¹ Louiselle Bouffard et Judith Leprohon, *Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers* (Montréal, OIIQ/OIIAQ, 2005). V.a. Georges Ledoux, «Encadrement juridique de la pratique professionnelle en soins de pieds» (printemps 2006) 16: 1 *Santé Québec* 8.

sécurité au travail, y compris le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels, ou celui de la Société d'assurance automobile du Québec³⁴².

Quant aux **sages-femmes**, bien qu'elles n'y soient pas obligées, toutes exercent leur profession par l'entremise des centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont elles peuvent utiliser les locaux et les équipements. Elles bénéficient ainsi des services de soutien médical disponibles par l'entremise des établissements et du réseau des maisons de naissance des CSSS³⁴³. Alors qu'elles étaient employées par les centres locaux de services communautaires sous le régime des projets-pilotes (art. 67 *L.s.f.*), la loi prévoit aujourd'hui qu'elles sont **liées aux établissements par contrat de service** de trois ans, renouvelable (art. 259.2, 259.5 *L.s.s.s.*). Un tel contrat suppose, selon le régime de droit commun, l'**absence de lien de subordination** et la liberté d'exécution (art. 2099 C.c.Q.). Elles sont d'ailleurs exemptes de l'application des dispositions des lois visant la protection des salariés (art. 432.1 al. 5 *L.s.s.s.*)³⁴⁴, même si le ministre de la Santé peut réglementer leur rémunération ou leur admissibilité à des régimes de pensions publics (art. 432.1 *L.s.s.s.*). Elles seront toutefois soumises au conseil de discipline de l'établissement qui a retenu leurs services (art. 259.6, 236 *L.s.s.s.*). En outre, bien que, aux termes de la loi, il leur soit loisible «d'exercer leur profession sous un nom commun, lequel peut être celui d'un, de plusieurs ou de tous les associés» (art. 10 al. 2 *L.s.f.*), Dans les faits, leurs services sont retenus à titre individuel.

5.2.2. Conditions d'exercice

Comme on l'indiquait, c'est par une étude du détail réglementaire que l'on peut dégager les obligations imposées par le droit professionnel québécois quant aux formes d'exercice de leur profession. Pour l'exercice à titre autonome des professions à l'étude, deux observations sont de mise. La première est empirique: au plan formel, certaines obligations réglementaires s'imposent à **tous les professionnels d'un ordre donné**, voire aux professionnels de tous les ordres du système québécois, mais n'ont d'impact, en pratique, que sur les professionnels qui exercent à titre privé: le physiothérapeute offrant ses services en clinique privée est assurément plus susceptible de devoir se soumettre à une procédure de conciliation de compte devant le syndic de son ordre qu'un infirmier auxiliaire employé par un hôpital, particulièrement considérant la couverture universelle du régime d'assurance-maladie québécois³⁴⁵.

La seconde est proprement réglementaire. En effet, plusieurs des ordres professionnels à l'étude ont estimé opportun **d'exempter les professionnels employés par des «établissements» de soins de santé** de certaines exigences réglementaires ou d'en modifier la teneur. De façon sommaire, on opposera l'«établissement» au «cabinet privé de professionnel» (art. 79 *et s. L.s.s.s.*, not. art. 96, voir encadré), que ce professionnel en soit un employé, un associé ou un propriétaire. Ces dispenses ou allègements s'expliquent tant par des considérations de politique publique que d'efficacité administrative, particulièrement pertinentes dans le domaine de la santé, un secteur déjà lourdement réglementé et dont les difficultés budgétaires sont notoires³⁴⁶.

³⁴² Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec, Cadre de référence – Offre de services complémentaires des cliniques de physiothérapie (mai 2009), en-ligne: www.physioquebec.com/medias/cadre_de_reference.pdf.

³⁴³ François Tôth, «La responsabilité civile des sages-femmes» (2005-06) 36 R.D.U.S. 1.

³⁴⁴ Nommément le *Code du travail*, L.R.Q., c. C-27 et la *Loi sur les normes du travail*, L.R.Q., c. N-1.1 V. not. *Personne physique (Re)*, 2010 CanLII 94077 (Comm. de l'équité salariale).

³⁴⁵ *Loi sur l'assurance maladie*, L.R.Q., c. A-29, art. 3. V.a. *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, L.R.Q., c. R-5; *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01.

³⁴⁶ Sur la situation au Québec généralement, voir: *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35; sur les choix opérationnels des établissements dans ce contexte et la responsabilité qui peut en découler, voir: *Cilinger c. Québec (Procureur général)*, [2004] R.J.Q. 3083 (C.S.), aux para.

Au Québec, les services de santé et les services sociaux sont fournis par les **établissements** dans divers centres, de missions et responsabilité distinctes (art. 80-87 *L.s.s.s.*), par exemple, les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins longue durée ou les centres de réadaptation. On se reportera à l'annexe III pour le détail. Des définitions similaires valent pour le régime de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, L.R.Q., c S-5 (art. 530.33 *L.s.s.s.*, art. 1 *L.s.s.s.a.c.*).

Est un «établissement» au sens de la loi toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs de ces centres (art. 94 *L.s.s.s.*). Ces établissements peuvent par ailleurs être publics ou privés (art. 97-99 *L.s.s.s.*). N'est pas un établissement le dispensaire d'une institution religieuse ni l'infirmier d'un *établissement d'enseignement* (art. 96 *L.s.s.s.*) non plus que le **cabinet privé de professionnels**, par ailleurs défini comme «un cabinet de consultation ou bureau, situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle, directement ou indirectement, des services d'hébergement.» (art. 95 *L.s.s.s.*).

Quoi qu'il en soit, pour les professions à l'étude, on s'attardera à certaines obligations déontologiques ou réglementaires en matière de tenue de dossier, d'effets et de cabinet (2), de publicité et de fixation d'honoraires (3) et d'assurance-responsabilité (4), qui constituent ou constitueront les principales obligations des professions exerçant à titre autonome.

5.2.2.1. Lieu et conditions matérielles de l'exercice

L'article 91 requiert des conseils d'administration des ordres professionnels qu'ils adoptent un règlement sur la tenue des dossiers et des effets et leur cession, le cas échéant (art. 91 al. 1, 2, 4 *C.prof.* ; ci-après : 2.3.5.1.1.). Il leur permet également de réglementer la tenue des cabinets et autres lieux d'exercice (art. 91 al. 3 *C.prof.* ; ci-après 2.3.5.1.2.).

5.2.2.1.1. Tenue de dossiers

Tous les ordres professionnels à l'étude ont adopté un ou des règlements en ce sens, une exception près, soit l'OIIAQ qui, s'il dispose d'un règlement sur la cessation d'exercice comportant certaines dispositions au sujet de la cession des dossiers, n'a pas réglementé le détail de leur tenue. En tout état de cause, l'absence de dispositions particularisées ne saurait pour autant autoriser une tenue de dossier ou de cabinet inadéquate: il en va de la protection du public, et d'ailleurs, tous ces éléments peuvent être évalués dans le cadre de l'inspection professionnelle (art. 112 *C.prof.*).

Ouverture et conservation. De façon générale, à chaque client doit correspondre un dossier, ouvert dès la première consultation et dans lequel figureront des renseignements de deux ordres, d'une part, des renseignements de nature administrative, de l'autre, ceux liés à l'état de santé et aux soins à dispenser. Les sages-femmes sont tenues d'ouvrir un dossier pour la femme et, le cas échéant, pour son enfant.

Ces dossiers doivent être conservés en un lieu sécuritaire et confidentiel à l'endroit où exerce le professionnel. L'infirmier qui exerce principalement au domicile de ses clients est autorisé à conserver leur dossier à son domicile personnel (art. 8 al. 2 *R.tenue.inf.*).

72-76 et 117-118, conf. à d'autres motifs dans [2004] R.J.Q. 2943 (C.A.) et *Comité provincial des malades c. Regroupement des CHSLD Christ-Roi* (2005), [2006] R.J.Q. 537 (C.S.).

Les **infirmiers** doivent en outre tenir un registre, conservé au moins un an, où sera inscrit quotidiennement le nom de chaque client vu au cabinet de consultation ou à son domicile (art. 10 *R.tenue.inf.*). Ils devront aussi y inscrire les services déterminés et ponctuels qu'ils peuvent dispenser sans être tenus d'ouvrir un dossier complet, comme le prélèvement sanguin (art. 3(3) *R.tenue.inf.*) ou la consultation de groupe (art. 3(2) *R.tenue.inf.*).

Contenu administratif. En ce qui concerne les renseignements d'ordre davantage administratif, le dossier contiendra d'abord les renseignements usuels permettant l'identification du client, nom, prénom, sexe, adresse, coordonnées, etc. À cela s'ajouteront, le cas échéant, copies des contrats de service, formulaires de consentement aux soins ou à la divulgation de certaines informations à des tiers ainsi que les notes d'honoraires. Les diététistes et les ergothérapeutes qui agissent pour le compte de sociétés doivent également obtenir les coordonnées de leur représentant ou mandataire et les infirmiers, celles du médecin traitant, de famille ou de tout autre professionnel de la santé au dossier.

Contenu médical. Tout dossier doit comporter une description sommaire des motifs de la consultation. Si une relation doit s'amorcer, s'y ajouteront des éléments tels que la description de l'état de santé et des antécédents du patient, les services professionnels requis, les orientations à prendre, les plans de traitement, d'intervention ou de soins. Chaque consultation entraînera l'ajout de notes d'évolution, d'évaluation et de suivi, qu'il s'agisse de la description des services rendus, des résultats des tests, de constatations de changements chez le patient, voire de ses réactions, ou encore d'un sommaire des recommandations. Les ergothérapeutes sont expressément dispensés de verser au dossier «les données à l'état brut qui a fait l'objet d'une analyse» pourvu qu'un résultat y soit enregistré.

À l'occasion et selon la nature des services, on trouvera également au dossier des documents obtenus d'autres professionnels, références, rapports, ordonnances. Vu leur rapport étroit avec la profession médicale, il est précisé que les infirmiers et les sages-femmes doivent noter toute information pertinente à un éventuel transfert de responsabilité ainsi que certaines informations liées aux ordonnances et traitements médicaux.

Conservation. Le dossier doit être tenu à jour jusqu'à la fin de la prestation de services et conservé au moins cinq ans après la date du dernier service rendu, après quoi il peut être détruit, à condition que la destruction ne porte pas atteinte à la confidentialité des renseignements qui y sont contenus soit assurée.

Rien ne s'oppose à une tenue électronique du dossier, pourvu que les exigences de sécurité et de confidentialité soient respectées. La réglementation de certains ordres se montre particulièrement explicite à cet égard, les physiothérapeutes, par exemple, exigeant «des règles quant à l'identification et l'authentification des personnes qui ont accès au dossier, aux profils d'accès de ces dernières, à la journalisation des accès, aux copies de sécurité et à la sécurité des lieux» (art. 2 al. 3, *R.tenue.phys.*) ou les sages-femmes l'existence d'une «base de données distincte» pour les dossiers-clients (art. 4(2) *R.tenue.s.f.*).

Confidentialité et renseignements personnels dans le secteur privé

Tout professionnel est bien sûr tenu à la confidentialité des renseignements qui lui sont communiqués et au secret professionnel (art. 9.1 de la *Charte québécoise*, art. 60.4 *C.prof.*). Il s'agit de la mise en œuvre d'une des facettes du droit à la vie privée³⁴⁷, élevée au rang de valeur quasi

³⁴⁷ *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12, art. 5; *Code civil du Québec*, L.R.Q. 1991, c. 64, art. 35-41; v.a. *r. c. Dymont*, [1988] 2 R.C.S. 417, au para. 22.

constitutionnelle par les tribunaux canadiens³⁴⁸. Du point de vue du système professionnel, il s'agit toujours d'assurer la protection du public en assurant la confiance nécessaire à l'établissement et au maintien de la relation et à la qualité de la prestation de services³⁴⁹. Le caractère confidentiel des renseignements qu'une personne peut être appelée à connaître dans l'exercice de ses fonctions constitue d'ailleurs l'un des critères pour déterminer si une profession devrait être intégrée au système professionnel (art. 25(5) *C. prof.*). Ces obligations s'appliquent à tous les professionnels.

À titre de prestataire de services ou d'exploitant d'une activité économique organisée, les professionnels du secteur privé³⁵⁰ sont tenus en outre aux exigences de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q. c. P-39.1 [*L.p.r.p.s.p.*]³⁵¹. Comme toute entreprise du secteur privé, les professionnels ne peuvent recueillir que les «renseignements nécessaires à l'objet du dossier» (art. 5 *L.p.r.p.s.p.*). La loi exige normalement que ces renseignements soient recueillis directement auprès de la personne concernée, à moins qu'elle ne consente à l'impartition d'information par l'entremise d'un tiers (art. 6 *L.p.r.p.s.p.*) ou que la loi ne permette une telle impartition. Qu'on pense, en matière de tenue de dossier, à l'obligation d'inclure les rapports ou évaluations obtenus d'autres professionnels, ou à l'importance des ordonnances et plans de suivi, de telles autorisations sont assez fréquentes dans le domaine de la santé, vu l'interaction entre les différentes professions³⁵². Quoi qu'il en soit, la source de ces renseignements extérieurs doit être mentionnée (art. 7 *L.p.r.p.s.p.*).

³⁴⁸ V. not. *Dagg c. Canada (ministre des Finances)*, [1997] 2 R.C.S. 403, aux para. 65-69; *Lavigne c. Canada (Commissariat aux langues officielles)*, [2002] 2 R.C.S. 773, aux para. 24-25; *Canada (Commissaire à l'information) c. Canada (Commissaire de la Gendarmerie royale du Canada)*, [2003] 1 R.C.S. 66; *Cie H.J. Heinz du Canada Itée c. Canada (Procureur général)*, [2006] 1 R.C.S. 441; *Pro Swing Inc. c. Elta Golf Inc.*, 2006 CSC 52, [2006] 2 R.C.S. 612, au para. 60.

³⁴⁹ V.p.ex., *Canada (Commissaire à la protection de la vie privée) c. Blood Tribe Department of Health*, 2008 CSC 44, [2008] 2 R.C.S. 574; *Société d'énergie Foster Wheeler Itée c. Société intermunicipale de gestion et d'élimination des déchets (SIGED) inc.*, 2004 CSC 18, [2004] 1 R.C.S. 456, *Smith c. Jones*, [1999] 1 R.C.S. 455.

³⁵⁰ L'article 1 al. 1 *L.p.r.p.s.p.* pose qu'elle s'applique «à l'égard des renseignements personnels sur autrui qu'une personne recueille, détient, utilise ou communique à des tiers à l'occasion de l'exploitation d'une entreprise au sens de l'article 1525 du Code civil», définie à l'alinéa 3 comme «l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à caractère commercial, consistant dans la production ou la réalisation de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services.»

³⁵¹ Loi par ailleurs rendue explicitement applicable aux ordres professionnels, tant par le troisième alinéa de son article premier («[La *L.p.r.p.s.p.*] s'applique aussi aux renseignements personnels détenus par un ordre professionnel dans la mesure prévue par le Code des professions (chapitre C-26).») que par l'article 108.2 *C.prof.*: «La Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (chapitre P-39.1) s'applique aux renseignements personnels détenus par un ordre professionnel, autres que ceux détenus dans le cadre du contrôle de l'exercice de la profession, comme à ceux détenus par une personne qui exploite une entreprise.»

³⁵² À cet égard d'ailleurs, ces dernières années, plusieurs provinces canadiennes ont adopté des lois portant spécifiquement sur les renseignements personnels dans le secteur de la santé, à la fois vu son importance économique, le niveau élevé de fragmentation informationnelle entre les divers intervenants et le caractère sensible de l'information, dont l'exactitude conditionne l'efficacité des soins et traitements (v. p.ex., *Health Information Act*, R.S.A. 2000, c. H-5, *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, L.O. 2004, c. 3, *E-Health (Personal Health Information Access and Protection of Privacy) Act*, S.B.C. 2008, c. 38, *Loi sur la santé*, L.R.Y. 2002, c. 106 telle que modifiée par la *Loi modifiant la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.Y. 2009, c. 13 ou *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, L.N.-B. 2009, c. P-7.05). Le principe cardinal du consentement et du respect de la finalité de la collecte de l'information n'est pas modifié, certaines règles de transmission se trouvent assouplies. Ainsi une

Pour le reste, les exigences de la loi correspondent à celle de la réglementation professionnelle: la confidentialité des renseignements doit être protégée (art. 10, 13 *L.p.r.p.s.p.*, art. 60.4 *C.prof.*, *C.d.*) et les informations consignées, être pertinentes, complètes, non équivoques et à jour (art. 11 *L.p.r.p.s.p.*, *C.d.*). Le client bénéficie d'un droit de consultation de son dossier et, au besoin, doit pouvoir obtenir la rectification de l'information inexacte ou la suppression de l'information périmée ou non justifiée par la relation professionnelle (art. 33 et s. *L.p.r.p.s.p.*, art. 60.5 al. 1, 60.6 *C.prof.*, *C.d.*). Autant la réglementation professionnelle que le régime général reconnaissent au professionnel de la santé le droit de refuser l'accès lorsqu'«il en résulterait un préjudice grave pour sa santé» ou celle d'autrui (art. 37 al. 1 *L.p.r.p.s.p.*; art. 60.5 al. 2 *C.prof.*). Les motifs de refus doivent être consignés au dossier.

Cessation d'exercice et cession de dossiers. Le membre qui cesse volontairement l'exercice de la profession doit s'assurer que ses dossiers, ses effets professionnels ou les biens qu'il détient pour le compte d'un patient soient transmis avec diligence et les indications nécessaires à un autre professionnel. En cas de décès ou de radiation et en l'absence de convention de cession, c'est au secrétaire de l'ordre que seront transmis les dossiers. Les mêmes dispositions sur le transfert des effets s'appliqueront avec les adaptations nécessaires aux cas de radiation temporaire, de suspension ou d'acceptation d'une fonction qui empêche le membre de mener ses mandats à terme.

5.2.2.1.2. Tenue des cabinets

Champ d'application. Les normes en matière de tenue de cabinet de consultation s'appliquent à tous les infirmiers physiothérapeutes et sages-femmes (et par déduction, aux infirmiers auxiliaires), mais seulement aux diététistes et aux ergothérapeutes qui exercent à leur propre compte ou pour celui d'une société de confrères³⁵³.

Configuration. De façon générale, l'endroit destiné aux consultations à proprement parler doit être distinct de celui où sont reçus les clients ou de la salle de travail des employés, le cas échéant. Il doit être aménagé de manière à assurer la confidentialité des consultations, la propreté, la sécurité, l'intimité et le confort des patients.

Affichage. Le permis d'exercice doit être affiché à la vue du public. Outre les objets décoratifs ou utilitaires, les diététistes et les ergothérapeutes ne peuvent afficher que leurs diplômes professionnels et, en ce qui concerne les seconds, «la description de toute approche thérapeutique pour laquelle il[s] [son]t adéquatement formé[s] et qu'il[s] utilise[nt] conformément aux principes actuels généralement reconnus de la physiothérapie» (art. 14(4) *R.tenue.phys.*).

nouvelle catégorie de détenteurs de renseignements a-t-elle vu le jour, les «dépositaires de renseignements sur la santé», autorités publiques ou professionnels de la santé – à titre individuel, et non comme employeur – qui bénéficient d'autorisation implicite de divulgation à des fins de traitement. On ne trouve pas (encore) de concept équivalent au Québec, où le principe de non-divulgation sauf de consentement (art. 19-24 *L.s.s.s.*) demeure, malgré quelques exceptions. V.p.ex., CRDP, *Le consentement et la communication des renseignements personnels entre entités juridiques oeuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux* (2003), en-ligne: www.chairelrwilson.ca/cours/drt6929a/Partageetreseautage.pdf.

353

Comp. p.ex., art. 2, 32 du *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, R.R.Q., c. I-8, r. 14 et art. 1.03 du *Règlement sur la tenue des cabinets de consultation des diététistes*, R.R.Q., c. C-26, r. 104 ou art. 16 du *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation d'un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec*, R.R.Q., c. C-26, r. 121.

Tous les ordres à l'étude, sauf celui des ergothérapeutes, ont cru bon d'exiger que soit disponible une copie du code de déontologie et du règlement sur la conciliation des comptes de la profession, copie sur laquelle doivent figurer les coordonnées de l'ordre.

Appareils, instruments et médicaments. Les ordres des infirmiers, des physiothérapeutes et des sages-femmes exigent de leur membre l'entretien adéquat de leurs appareils et équipements, un calibrage et un étalonnage régulier et les deux derniers, la tenue de registres particuliers. Reflet de leur pratique et des activités qu'ils sont appelés à exercer, la conservation et la destruction des médicaments font l'objet de dispositions particulières pour les infirmiers et les sages-femmes, de même que la stérilisation des instruments.

Absence. Le professionnel qui s'absente de son cabinet de consultation pour plus de cinq jours ouvrables consécutifs doit prendre les mesures nécessaires pour informer les personnes qui tentent de le rejoindre de la durée de cette absence et de la procédure à suivre en cas d'urgence.

5.2.2.2. Image de la profession

Le professionnel doit bien vivre et, s'il exerce à titre privé, il devra se constituer une clientèle et percevoir d'elle une rétribution pour ses services. Il doit toutefois opérer dans les balises posées par le droit professionnel (v. not. art. 87(5) *C.prof.*). L'imposition de normes déontologiques strictes en matière de publicité (2.3.4.2.1.) et d'honoraires (2.3.4.2.2.) s'explique par la nécessité de préserver la confiance du public et la considération dont jouit le système professionnel québécois, qu'un caractère de lucre ou une impression de vénalité pourraient amoindrir.

5.2.2.2.1. Publicité

Exactitude. Les professionnels sont admis à faire la promotion de leurs services et de certains produits qu'ils sont susceptibles de vendre. La règle cardinale en la matière est celle d'une publicité honnête: aucune représentation fausse ou trompeuse, notamment quant au niveau de compétence ou à l'efficacité des services et produits ne sera permise (art. 60.2, 60.3 *C.prof.*).

Cet impératif se décline diversement à travers les différents codes de déontologie. Si certains ordres ont précisé que la publicité devait être de nature à «informer adéquatement une personne qui n'a pas une connaissance particulière du domaine visé par la publicité» ou qu'elle pouvait mentionner «toutes les informations susceptibles d'aider le public à faire un choix éclairé» et «favoriser l'accès à des services utiles ou nécessaires», c'est surtout en termes de prohibitions que sont couchées les exigences en la matière. Ainsi, un professionnel ne peut, dans sa publicité, s'attribuer des qualités ou habiletés qu'il n'a pas. Il ne peut non plus recommander des produits ou des services inutiles ni y faire la promotion de traitements miracles et encore moins nocifs, non plus que chercher à influencer – les codes précisent «indûment» – des personnes qui, sur le plan émotif ou physique, peuvent être vulnérables du fait de leur âge, de leur état de santé ou de la survenance d'un événement spécifique.

Contenu. Nom et titre professionnel doivent généralement figurer sur la publicité, dont copie doit être conservée au moins cinq ans. Le professionnel qui utilise le symbole graphique de l'ordre, ce qu'il ne peut faire que pour indiquer son appartenance à l'ordre et aucunement pour laisser entendre que la publicité en émane, doit s'assurer de sa conformité à l'original.

Si une publicité ne peut porter atteinte à l'image de la profession ou dévaloriser une autre personne, elle ne peut non plus comporter un témoignage de reconnaissance de la part d'un client, encore que certains ordres permettent qu'y soit mentionnée l'obtention de «prix d'excellence et autres mérites soulignant une contribution ou une réalisation dont l'honneur a rejailli sur la profession».

Tarifs. Les prix et honoraires doivent être, le cas échéant, annoncés de manière compréhensible, être précis, notamment quant à leur objet, et être maintenus en vigueur au moins quatre-vingt-dix-jours après la date de la dernière diffusion autorisée, bien qu'ils puissent être révisés à la baisse au moment de la prestation de service. Plusieurs ordres interdisent la publicité de rabais.

Responsabilité et société. Les professionnels sont liés par leurs déclarations et messages publicitaires (art. 60.1 *C.prof.*) et ce, même si ces messages sont le fait de leurs associés plutôt que leur, sauf à démontrer qu'ils ont été diffusés à leur insu, sans leur consentement et malgré la prise de dispositions pour assurer le respect des règles déontologiques applicables.

5.2.2.2. Honoraires

Fixation. De façon générale, le professionnel ne peut réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus, notamment le temps consacré à l'exécution du service ou la difficulté et l'importance du mandat. Les comptes doivent être clairs et transparents, au propre comme au figuré: le professionnel doit fournir toutes les explications nécessaires à la compréhension de son relevé d'honoraires et des modalités de paiement autant que s'abstenir de recevoir une commission, une ristourne ou un avantage, à l'exception des remerciements d'usage et des cadeaux de valeur modeste.

Facturation. S'il doit prévenir son client du coût approximatif de ses services et de la survenance possible de tout autre frais, la facturation et le paiement doivent normalement *suivre* la prestation de service. Certains ordres acceptent que le professionnel convienne du paiement d'avances pour couvrir les dépenses nécessaires à l'exécution de certains services. De même, si aucun paiement ne peut normalement être réclamé pour des services qui n'ont pas été rendus, les physiothérapeutes, par exemple, sont autorisés, pourvu que le client en ait été auparavant averti, à facturer des frais d'annulation de rendez-vous.

Partage. Aucune restriction sur le partage des honoraires ne figure ainsi au code de déontologie des diététistes ou des ergothérapeutes. Chez les physiothérapeutes et les sages-femmes, le partage est permis pourvu qu'il corresponde à une répartition des services et des responsabilités. À cette exigence présente également chez les infirmiers et les infirmiers auxiliaires s'ajoute celle de n'effectuer un tel partage qu'avec un confrère. De manière analogue, les ergothérapeutes et les infirmiers ne peuvent vendre leurs comptes qu'à leurs confrères.

Perception et conciliation. La perception des comptes en souffrance, qu'elle soit le fait du professionnel ou d'un tiers, doit être faite avec «tact et mesure» et des intérêts, raisonnables, ne peuvent être réclamés que si le client a été avisé au préalable. Le professionnel est en outre tenu d'épuiser les moyens dont il dispose pour obtenir le paiement de ses honoraires avant de recourir à des procédures judiciaires. Il doit également se plier à toute demande de conciliation ou d'arbitrage formulée par un client auprès du syndic de son ordre. Si tous les ordres doivent adopter un règlement en la matière (art. 88 *C.prof.*), le recours à la conciliation et à l'arbitrage peut être facultatif – il l'est chez les diététistes, les ergothérapeutes, les sages-femmes – ou obligatoires, comme c'est le cas chez les infirmiers, infirmiers auxiliaires et les physiothérapeutes.

Quoi qu'il en soit, la mise en œuvre de cette procédure demeure plutôt rare pour les professions à l'étude: dans les trois dernières années, une seule demande de conciliation a été reçue, par l'ordre des physiothérapeutes, en 2011³⁵⁴.

5.2.2.3. Responsabilité professionnelle

Les professionnels doivent, dans l'exercice de leur profession, **engager pleinement leur responsabilité civile personnelle**. Cette responsabilité s'étend aux gestes qu'il pose, mais également à ceux qu'il autorise à titre professionnel, qu'il y ait lien de préposition, relation de mandat voire interposition d'une personne morale: la protection du public ne saurait être assurée à moins³⁵⁵.

La mise en œuvre de cet impératif prend deux formes. D'abord, au plan déontologique, il **est interdit au professionnel d'éluder sa responsabilité**. En pratique et quel que soit le libellé retenu par les différents codes de déontologie, cela signifie que le professionnel ne peut ni inclure une clause d'exclusion de responsabilité dans son contrat de services professionnels ni chercher à s'exonérer conventionnellement par la suite³⁵⁶. Cela explique également que l'on puisse lever le voile corporatif à l'occasion³⁵⁷. Il faut aussi à cet égard compter avec l'article 1474 du *Code civil du Québec* qui interdit à quiconque d'exclure ou de limiter sa responsabilité pour le préjudice corporel ou moral et, pour le préjudice matériel, en cas de faute intentionnelle ou lourde.

Ensuite, concrètement, le professionnel doit fournir et maintenir en tout temps une **garantie contre la responsabilité** qu'il peut encourir en raison des fautes commises dans l'exercice de sa profession (art. 60.7 *C.prof.*), le conseil d'administration de tout ordre professionnel devant par ailleurs prévoir, par règlement, le cadre de la protection requise (art. 93g) *C.prof.*)³⁵⁸. Ce règlement pourra ainsi prévoir l'obligation – comme c'est présentement le cas pour les infirmiers auxiliaires³⁵⁹ – ou la faculté – comme pour les ergothérapeutes³⁶⁰ – des membres d'adhérer à un régime d'assurance collectif, ainsi que les cas de dispense. D'intérêt particulier pour la présente étude, les ordres des diététistes, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes ont tous choisi d'exempter de «l'obligation de fournir une garantie contre la responsabilité qu'ils peuvent encourir en raison de faute ou de négligence commise dans l'exercice de leur profession» les professionnels «au service exclusif» d'un établissement de santé ou de services sociaux ainsi que de plusieurs autres organismes

³⁵⁴ Source: rapports annuels des ordres pour les années 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011. Les chiffres pour l'OSFQ ont été extrapolés à partir de l'absence de demande auprès du bureau de la syndique. Pour la plainte à l'OPPQ, voir OPPQ, *Rapport annuel 2010-2011*, en-ligne: http://oppq.qc.ca/media/doc/documentation/382_Rap_an_OPPQ_2011_web.pdf, à la p. 21.

³⁵⁵ *Berlinguette c. Construction J.R.L. Itée*, [1988] R.J.Q. 2126 (C.A.); v.a. *Chauvin c. Beauceage*, 2008 QCCA 922; *Tremblay c. Dionne*, 2006 QCCA 1441, [2006] R.J.Q. 2614 (C.A.); *Notaires c. Champagne*, [1992] D.D.C.P. 268 (Trib. prof.).

³⁵⁶ Comp. art. 3.03.02 *C.d.inf.* aux. visant la première situation et art. 3.04.01 *C.d.erg.*, art. 9 *C.d.inf.*, art. 9 *C.d.phy.* et 32 *C.d.s.f.* visant plutôt la seconde.

³⁵⁷ *Berlinguette c. Construction J.R.L. Itée*, [1988] R.J.Q. 2126 (C.A.).

³⁵⁸ Pour un aperçu de l'évolution des exigences en la matière, on consultera: Office des professions du Québec, *L'application des dispositions du Code des professions en matière de garantie contre la responsabilité* (Québec, Éd. off., 2007), à la p. 4, en-ligne: www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Rapport_garantie-responsabilite_2007_01.pdf.

³⁵⁹ Art. 86.1 *C.prof.*; art. 1, *Règlement sur l'assurance de responsabilité professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*, R.R.Q., c. C-26, r. 151.

³⁶⁰ *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des ergothérapeutes*, R.R.Q., c. C-26, r. 109, art. 6-7.

ou employeurs publics. L'obligation pèse donc pour les membres de ces professions exerçant à titre autonome ou en société de professionnels.

Responsabilité collective. Les ordres des diététistes et des physiothérapeutes ont expressément prévu que la garantie contre les conséquences découlant de fautes ou d'omissions survenues dans l'exercice de la profession pouvait être contractée par une société, de professionnels ou employeuse, pourvu qu'elle s'étende à chacun des professionnels personnellement³⁶¹.

Ce cas de figure est à distinguer de la faculté, acquise par les ordres en 2001³⁶², d'autoriser leurs membres, par règlement, **d'exercer sous forme de société en nom collectif à responsabilité limitée** ou de société par actions. Encore ici, et peut-être davantage dans la mesure où cette forme juridique permet une scission entre la responsabilité personnelle et de celle de la société, les professionnels devront bénéficier d'une protection à titre individuel (art. 187.11, 93h) *C.prof.*). Quoi qu'il en soit, aucun des ordres professionnels à l'étude n'a encore cru nécessaire d'adopter un règlement sur le sujet.

³⁶¹ Art. 93d) *C.prof.*; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des diététistes*, R.R.Q., c. C-26, r. 93, art. 1; *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des physiothérapeutes*, R.R.Q., c. C-26, r. 195, art. 1.

³⁶² *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société*, L.Q. 2001, c. 34 (entrée en vigueur: 21 juin 2001).

6. Suède

Registered health professions in Sweden are regulated amongst other things by;

- The Medicinal Devices Ordinance³⁶³
- Patient Safety Ordinance³⁶⁴
- The Medicinal Products Act³⁶⁵
- The Patient Safety Act³⁶⁶
- The Pharmaceutical Act³⁶⁷
- The Patient Data Act³⁶⁸
- The Patient Rights Act³⁶⁹
- The Public Access to Information and Secrecy Act³⁷⁰
- The Health and Medical Services Act³⁷¹
- Higher Education Ordinance³⁷²

The **Patient Safety Act** contains a list of regulated health professions that can only be exercised by persons holding the appropriate title.³⁷³ The list mentions all professions analyzed in this opinion, i.e. general care nurses, nurses in diagnostic radiology, midwives, occupational therapists, physiotherapists and dieticians. For all those professions, the Patient Safety Act requires an examination as defined in the higher Education Ordinance.

The **Higher Education Ordinance** is particularly relevant, as its second annex contains a list of professional examinations detailing the conditions for access to the examination, the aim of the exam, as well as the knowledge (*kunskap och förståelse*) and the abilities (*färdighet och förmåga*) of the candidate.

6.1. Education

6.1.1. Legal Basis

6.1.1.1. Nurses

In Sweden, the title **general care nurse** (*sjuksköter*) and **nurse in diagnostic radiology** (*röntgensjuksköter*) are regulated by means of a requirement to be authorized and the title is a protected professional title. This means that only a person who holds a license to practice is allowed to use the title.³⁷⁴

³⁶³ *Förordning om medicintekniska produkter (1993:876)*

³⁶⁴ *Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)*

³⁶⁵ *Lag om medicintekniska produkter (1993:584)*

³⁶⁶ *Patientsäkerhetslag (2010:659)* The Patient Safety Act (2010:659) came into force on 1 January 2011 and replaced the Act (1998:531) relating to the field of professional health care

³⁶⁷ *Läkemedelslag (1992:859)*

³⁶⁸ *Patientdatalag (2008:355)*

³⁶⁹ *Patientskadelag (1996:799)*

³⁷⁰ *Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)*

³⁷¹ *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).*

³⁷² *Högskoleförordning (1993:100), annex 2.*

³⁷³ Patient Safety Act chapter 4, especially § 1, § 5 (*Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)*).

³⁷⁴ Patient Safety Act chapter 4, especially § 1, § 5 (*Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)*).

In addition, nurses can specialize in certain fields and also acquire a protected title.³⁷⁵ The permission to use a protected **specialist nursing title** can only be approved for the following specializations, as listed in the Higher Education Ordinance:³⁷⁶

- Anesthetic nursing
- Intensive care nursing
- Operating room nursing
- Pre-hospital nursing
- Surgical nursing
- Medical nursing
- Oncological nursing
- Pediatric care nursing
- Psychiatric care nursing
- Elderly care nursing
- Primary health care nursing

The Higher Education Ordinance (**Högskoleförordning SFS 1993:100**) establishes, in its annex 2, the **requirements for the final exam as a general care nurse**. The National Clinical Final Examination for the Degree of Bachelor of Science in Nursing is a tool for testing and assessing nursing students in a clinical setting and was developed in order to ensure an equal and adequate examination form nationally. The objective of the examination is to meet and reflect the requirements of the National Board of Health and Welfare and the Swedish nursing education, as well as the expectations of the professional health care field, of what a nurse at undergraduate level is qualified to do.³⁷⁷ In fact, the

³⁷⁵ Patient Safety Act 4 :9.

³⁷⁶ *Högskoleförordning (1993:100)*.

³⁷⁷ Högskoleförordning (1993:100), in its annex 2, has the following provisions on the exam:

“Sjuksköterskeexamen

Omfattning

Sjuksköterskeexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 180 högskolepoäng.

Mål

För sjuksköterskeexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som sjuksköterska.

Kunskap och förståelse

För sjuksköterskeexamen skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings - och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,
- visa kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet,
- visa kunskap om förhållanden i samhället som påverkar barns, kvinnors och mäns hälsa, och
- visa kunskap om relevanta författningar.

Färdighet och förmåga

För sjuksköterskeexamen skall studenten

- visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling,
- visa förmåga att hantera läkemedel på ett adekvat sätt samt kunna informera patienten om läkemedlens effekter och biverkningar,
- visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete,
- visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring,
- visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och grupperns behov,

description starts very general (to show knowledge and ability necessary for a nurse), but then goes on in a rather detailed manner (knowledge on scientific developments, ability to plan, lead and coordinate care and health work, knowledge on circumstances that have an influence on children, women and men's health, knowledge of relevant legal provisions; show ability to identify the care-needs independently and together with the patient and establish a plan and give care accordingly, show ability to handle medicine, including to inform the patient on its effect, show ability to identify needs and to carry out preventive work; show ability to improve methods and quality assurance; show ability to apply knowledge to handle different situations and issues from individual and collective needs; show ability to inform and instruct different people; show ability to discuss measures or results orally and in writing with all parties involved, and to document them in accordance with legal requirements; show ability to cooperate with other professions; and show ability to deal with relevant information and to discuss it with different stakeholders; finally, to show knowledge of oneself and empathy; to judge the measures to be undertaken from scientific, social and ethical points of view, to act professionally, and to be able to develop oneself). It ends with the requirement of an independent written paper.

The described **Clinical Final Examination** is the nationally harmonized end of the education. Besides those requirements, Swedish University colleges and Universities are relatively free to develop their own curricula and syllabuses. This has led to a variety of profiles and teaching methods in Swedish nursing education.

In addition to the description of capacities and knowledge in the Higher Education Ordinance, the **National Board of Health and Welfare** (*Socialstyrelsen*) has adopted a detailed description of the competencies a nurse must have in 2005.³⁷⁸ This document does not have the force of law. It can probably best be characterized as **recommendations** of the National Board of Health and Welfare.

-
- visa förmåga att informera och undervisa olika grupper samt att genomföra handledande uppgifter,
 - visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,
 - visa förmåga till lagarbete och samverka med andra yrkesgrupper, och
 - visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För sjuksköterskeexamen skall studenten

- visa självkännet och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhällsliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För sjuksköterskeexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng.

Övrigt

För sjuksköterskeexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning."

378

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, available at

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf (10/05/2012).

The requirements of final examinations for specialist nurses and nurses in diagnostic radiology are equally listed in the Higher Education Ordinance, detailing the different requirements for the professions.

6.1.1.2. Midwives

As the other professions described, Swedish midwives have an exclusive right to practice their profession, and the professional title is protected. This means that only a person who holds a license to practice is allowed to use the title or exercise the profession.³⁷⁹

A nursing certification is a requirement to be admitted to the professional exams of a midwife in Sweden.³⁸⁰ As with the other professions, the Higher Education Ordinance regulates the knowledge, abilities and competencies to be fulfilled by the candidate in a very similar way than with nurses (broad and thorough knowledge on reproductive, perinatal and sexual health, then – similarly to nurses - knowledge on scientific developments and practical experiences, ability to plan and establish health-work, knowledge of legal background, and ability to plan and carry out treatment independently and together with patient, etc.).³⁸¹

³⁷⁹ The Patient Safety Act, chapter 4 (2010:659).

³⁸⁰ Higher Education Ordinance (1993:100) revision 2006:1053, chapter 1, section 4.

³⁸¹ Barnmorskeexamen

Omfattning

Barnmorskeexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 90 högskolepoäng. Därtill ställs krav på av Socialstyrelsen utfärdad legitimation som sjuksköterska. Målför barnmorskeexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som barnmorska.

Kunskap och förståelse För barnmorskeexamen skall studenten

- visa såväl bred som fördjupad kunskap inom området reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa,
- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings
- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,
- visa fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av vård
- och hälsoarbetet, och
- visa kunskap om relevanta författningar. Färdighet och förmåga För barnmorskeexamen skall studenten
- visa fördjupad förmåga att självständigt och i samverkan med patienten planera och genomföra undersökningar och behandlingar utifrån patientens behov och förutsättningar,
- visa fördjupad förmåga att självständigt initiera hälsofrämjande och förebyggande arbete,
- visa förmåga att integrera kunskap samt att analysera, bedöma och hantera komplexa frågeställningar och situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och grupper behov,
- visa förmåga att undervisa olika grupper samt att genomföra handledande, arbetsledande och konsultativa uppgifter, och
- visa förmåga att initiera och genomföra kvalitets- och förbättringsarbete samt att utvärdera behandlingsverksamhet.

Värderingsförmåga och förhållningssätt För barnmorskeexamen skall studenten

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhällsliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot kvinnor och deras närstående, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För barnmorskeexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete).

In 2005 the **National Board of Health and Welfare** published a competence description for Registered Nurses³⁸² which also provides a basis for the **description of competence** for registered midwives. In 2006 the National Board of Health and Welfare also published a **competence description** for registered midwives in Sweden.³⁸³

6.1.1.3. Occupational therapists

Occupational therapist is a protected professional title in Sweden that may be used only by those who hold a license to practice.³⁸⁴ The Swedish training to become an occupational therapist is finalized with the occupational therapist exam.³⁸⁵ The requirements (aim, content, competencies and knowledge to be shown) for the exam are, again, listed in the Higher Education Ordinance.³⁸⁶

Övrigt För barnmorskeexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

382 *"Description of Competence for Registered Nurses"* The National Board of Health and Welfare, 2005. Article number 2005-105-1 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

383 *"Description of Competence for Registered Midwives"* The National Board of Health and Welfare, 2006. Article number 2006-105-1 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

384 The Patient Safety Act, chapter 4 (2010:659)

385 The Patient Safety Act, chapter 4 (2010:659); Higher Education Ordinance, annex 2.

386

Omfattning

Arbetsterapeutexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 180 högskolepoäng.

Mål

För arbetsterapeutexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som arbetsterapeut.

Kunskap och förståelse

För arbetsterapeutexamen skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,
- visa kunskap om förhållanden i samhället som påverkar individers och grupper hälsa, och
- visa kunskap om relevanta författningar.

Färdighet och förmåga

För arbetsterapeutexamen skall studenten

- visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra arbetsterapeutiska åtgärder som förebygger, förbättrar och kompenserar nedsatt aktivitetsförmåga,
- visa förmåga att identifiera och genomföra miljöinriktade åtgärder både på individ-, grupp- och samhällsnivå,
- visa förmåga att initiera och medverka i hälsofrämjande arbete,
- visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och grupper behov,
- visa förmåga att informera och undervisa olika grupper,
- visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,
- visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och
- visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika grupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För arbetsterapeutexamen skall studenten

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,

In addition, the National Board of Health and Welfare in cooperation with the Swedish Association of Occupational Therapists (FSA) has published **Descriptions of professional requirements of Occupational Therapists**, detailing the tasks occupational therapists are expected to perform.³⁸⁷ It seems, as with nurses, that the document is purely a recommendation without strictly binding force.

The Swedish Association of Occupational Therapists (FSA)³⁸⁸ is an independent, non-political and non-denominational association of occupational therapists. As for the basic training, Swedish occupational therapists receive their training at eight universities and institutes of higher education in Sweden.

6.1.1.4. Physiotherapists

The title "physical therapist" ("sjukgymnast") is a protected professional title that may be used only by those who hold a license to practice.³⁸⁹ The training to become physical therapist is finalized with the physical therapist exam.³⁹⁰ The requirements (aim, content, competencies and knowledge to be shown) for the exam are, again, listed in the Higher Education Ordinance.³⁹¹

-
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot klienter eller patienter, deras närstående och andra grupper, och
 - visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För arbetsterapeutexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng.

Övrigt

För arbetsterapeutexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

387

Available in English (translated by FSA) at

<http://www.fsa.akademikerhuset.se/Min-profession/Kompetensutveckling/FSAs-forlag/Descriptions-of-professional-requirements-of-Occupational-Therapists-2012/#> (10/05/2012); the Swedish version of 2001 is available at the National Board of Health and Welfare:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-105-2> (10/05/2012).

388

www.fsa.se (25/03/2012).

389

The Patient Safety Act, chapter 4:1 (2010:659).

390

The Patient Safety Act, chapter 4 (2010:659); Higher Education Ordinance, annex 2.

391

Sjukgymnastexamen

Omfattning

Sjukgymnastexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 180 högskolepoäng.

Mål

För sjukgymnastexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som sjukgymnast.

Kunskap och förståelse

För sjukgymnastexamen skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,
- visa kunskap om förhållanden i samhället som påverkar individers och grupper hälsa, och
- visa kunskap om relevanta författningar.

Färdighet och förmåga

För sjukgymnastexamen skall studenten

- visa förmåga att självständigt och i samverkan med individen genomföra sjukgymnastiska åtgärder samt förmåga att initiera och medverka i hälsofrämjande, behandlande, habiliterande och rehabiliterande arbete på individ-, grupp- eller samhällsnivå,

The Swedish Physiotherapy Association (LSR) is the Professional Order in the field of physical therapy. It offers **specialist education** within 17 different areas, such as work with children and adolescents, the elderly, patients with mental disorders, functional disorders of the locomotors system, nervous system, respiratory system, circulatory system and in ergonomics.³⁹² However, none of these specializations is taken up in a legal regulation.

6.1.1.5. Dietitians

A dietitian ("dietist") is a protected professional title in Sweden that may be used only by those who hold a license to practice.³⁹³ The training to become physical therapist is finalized with the physical therapist exam.³⁹⁴ The requirements (aim, content, competencies and knowledge to be shown such as the ability to assess the nutritional needs and the nutritional situation of individuals as well as for different groups and to inform on food and health, ability to prevent, assess and treat nutritional issues, problems, symptoms and illnesses, for the rest, very similar to the description for nurses) for the exam are, again, listed in the Higher Education Ordinance.³⁹⁵

-
- visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och grupper behov,
 - visa förmåga att informera och undervisa olika grupper samt att genomföra vägledande uppgifter,
 - visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,
 - visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och
 - visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika grupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För sjukgymnastexamen skall studenten

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot klienter eller patienter, deras närstående och andra grupper, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För sjukgymnastexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng.

Övrigt

För sjukgymnastexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

392

www.saco.se

393

The Patient Safety Act, chapter 4:1 (2010:659).

394

The Patient Safety Act, chapter 4:1 (2010:659), number 17; Higher Education Ordinance, annex 2.

395

Dietistexamen

Omfattning

Dietistexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 180 högskolepoäng.

Mål

För dietistexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som dietist.

Kunskap och förståelse

För dietistexamen skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen, och

6.1.2. Authorities

The **National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen)**³⁹⁶ is the Swedish Government's central advisory and supervisory agency in the field of health professions. The National Board of Health and Welfare is a government agency under the Ministry of Health and Social Affairs (*Socialdepartementet*).

In order to exercise its **supervisory** task effectively, the National Board has a number of powers at its disposal, such as the right to request information and the right to inspect various activities.

The supervision consists of:

- providing advice and guidance
- verify that the deficiencies and shortcomings are remedied
- communicate knowledge obtained through supervision,
- Inform and advise the public.

From January 2011, the National Board **reviews all complaints against health services** and its staff.³⁹⁷

- visa kunskap om relevanta författningar.

Färdighet och förmåga

För dietistexamen skall studenten

- visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten undersöka och bedöma näringsintag, näringstillstånd och näringsbehov,

- visa förmåga att planera och hantera nutritionsbehov för olika grupper i samhället samt förmåga att utbilda och informera om kost och hälsa,

- visa förmåga att förebygga, utreda, bedöma, behandla och utvärdera kost- och nutritionsrelaterade problem, symptom och sjukdomar,

- visa förmåga att initiera och använda nya metoder inom området,

- visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och gruppers behov,

- visa förmåga att informera och undervisa olika grupper,

- visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera vidtagna åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,

- visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och

- visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För dietistexamen skall studenten

- visa självkännedom och empatisk förmåga,

- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhällsliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,

- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående, och

- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För dietistexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng.

Övrigt

För dietistexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

³⁹⁶

www.socialstyrelsen.se

³⁹⁷

The Patient Safety Act, chapter 7 (2010:659).

6.1.2.1. Nurses

Through the Swedish National Board of Health and Welfare and the **Swedish National Agency for Higher Education** (Högskoleverket)³⁹⁸, the Swedish government controls the duration and goals of nursing education and the standards for nursing practice.

6.1.2.2. Midwives

The Swedish government is responsible for the training courses of midwives and has set some general goals in the Swedish Higher Education Act.³⁹⁹ Decisions concerning admission and curriculum are left to each College/University itself.

Trained midwives are placed under the supervision of the National Board of Health and Welfare.

6.1.2.3. Occupational therapists

Occupational therapists exercising their profession are placed under the supervision of the National Board of Health and Welfare. The purpose of supervision is to monitor quality and safety of care and prevent the risks of injury to patients.

The Swedish Association of Occupational Therapists (FSA)⁴⁰⁰ has aided the National Board of Health and Welfare in preparing Descriptions of professional requirements of Occupational Therapists (from 2003), detailing the tasks that occupational therapists are expected to perform.⁴⁰¹

6.1.2.4. Physiotherapists

Physiotherapists exercising their profession are placed under the supervision of the National Board of Health and Welfare. The Swedish Physiotherapy Association (LSR)⁴⁰² has established a code of ethics for physical therapists.

6.1.2.5. Dietitians

Dietitians exercising their profession are placed under the supervision of the National Board of Health and Welfare. The Swedish Association of Clinical Dietitians has prepared this Code to serve not only as a guideline for the individual clinical Dietitian, but also to clarify which principles the Association considers should characterise the work of the clinical dietitian.⁴⁰³

6.2. Independent Practice

6.2.1. Definition

The legal basis for the division between self-employed and employed workers in Sweden is found in the **Swedish tax laws**. Income derived from self-employment are taxed according to rules for "incomes from commercial activities", while income derived from regular employment are taxed according to the rules of "incomes from employment".

³⁹⁸ See: <http://www.hsv.se/2.539a949110f3d5914ec800056285.html>

³⁹⁹ "Högskolelag (1992:1434)"

⁴⁰⁰ www.fsa.se

⁴⁰¹ <http://www.fsa.akademikerhuset.se/Min-profession/Kompetensutveckling/FSAs-forlag/Descriptions-of-professional-requirements-of-Occupational-Therapists-2003/>

⁴⁰² <http://www.sjukgymnastforbundet.se/Sidor/Hem.aspx>

⁴⁰³ "Code of ethics for clinical Dietitians" 2009, The Swedish Association of Clinical Dietitians <http://www.drf.nu/drf/drf/DRF.EtiskKod.engelsk.0609.pdf>

There are **three main criteria** for distinguishing “income from commercial activity”:⁴⁰⁴

The activity has to be performed :

- Professionally
- Independently
- With the ambition to make profit

According to our knowledge, there is no definition of independent exercise of a medical profession, even though many professions are often carried out by self-employed professionals.

6.2.2. Conditions

Provisions relating to identification, exclusive occupation, protected title and specialist designation for a number of health professionals are available in the Patient Safety Act. In Sweden there are 21 regulated health care professions that require a license to practice issued by The National Board of Health and Welfare.

6.2.2.1. Nurses

There are no additional requirements for nurses practicing independently in Sweden. Once the National Board of Health and Welfare has issued a license to practice, the licensed nurse is able to pursue his or her profession in accordance with **general rules applicable to self-employed businesses** (on tax, VAT etc.) and in accordance with applicable ethical rules.

6.2.2.2. Midwives

There are no additional requirements for midwives practicing independently in Sweden. Once the National Board of Health and Welfare has issued a license to practice, the licensed midwife is able to pursue his or her profession in accordance with **general rules** applicable to self-employed businesses (on tax, VAT etc.) and in accordance with applicable ethical rules.

6.2.2.3. Occupational therapists

There are no additional requirements for occupational therapists practicing independently in Sweden. Once the National Board of Health and Welfare has issued a license to practice, the licensed occupational therapist is able to pursue his or her profession in accordance with general rules applicable to self-employed businesses (on tax, VAT etc.) and in accordance with applicable ethical rules.

Nine out of ten occupational therapists in Sweden, work for health and hospital services. They work in a variety of settings including geriatric care, disability, and physical illness hospital care with the County Councils, in primary care, in regional hospital care, with social services caring for those with learning disabilities, in adult and paediatric rehabilitation, in psychiatric in-patient and out-patient care, assistive technology centres, penal institutions and at the Labour Market Institute.⁴⁰⁵

6.2.2.4. Physiotherapists

There are no additional requirements for physiotherapists practicing independently in Sweden. Once the National Board of Health and Welfare has issued a license to practice, the licensed

⁴⁰⁴ Chap. 13 Art 1 of The Swedish Income Tax Act (*Inkomstskattelagen 1999:1229*)

⁴⁰⁵ See “*Descriptions of professional requirements of Occupational Therapists*”, cited, available at <http://www.fsa.akademikerhuset.se/Min-profession/Kompetensutveckling/FSAs-forlag/Descriptions-of-professional-requirements-of-Occupational-Therapists-2012/#> (10/05/2012).

physiotherapist is able to pursue his or her profession in accordance with general rules applicable to self-employed businesses (on tax, VAT etc.) and in accordance with applicable ethical rules.

6.2.2.5. Dietitians

There are no additional requirements for dietitians practicing independently in Sweden. Once The National Board of Health and Welfare has issued a license to practice, the licensed dietitian is able to pursue his or her profession in accordance with general rules applicable to self-employed businesses (on tax, VAT etc.) and in accordance with applicable ethical rules.

C. Rechtsvergleichende Analyse

1. Ausbildung

1.1. Rechtsgrundlage

1.1.1. Erfasste Berufe und Regelungssystematik

In der Schweiz findet sich bereits in der Rechtsgrundlage eine grundsätzliche Unterscheidung in **universitäre und nicht universitäre** Medizinalberufe. Die Aus- und Weiterbildung sowie die Ausübung der universitären Berufe ist durch das Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz)⁴⁰⁶ geregelt, die Regelung der nicht universitären Gesundheitsberufe erfolgte lange ausschliesslich kantonale, wobei seit knapp zehn Jahren eine Bundeskompetenz auf dem Gebiet besteht. In keiner der untersuchten Rechtsordnungen findet sich eine ähnlich klare Trennung in der Rechtsgrundlage wie in der Schweiz. Insbesondere wird nicht aufgrund der Rechtsgrundlage zwischen akademischen und nicht akademischen Berufen unterschieden. Dies liegt einerseits daran, dass an die Unterscheidung in der Regel keine Kompetenzverteilung geknüpft ist, andererseits aber auch an unterschiedlichen Ausgestaltungen der Berufsausbildung, wobei verschiedene der untersuchten Berufe oft (auch) eine universitäre Ausbildung verlangen. So verläuft z.B. in Québec die Grenze zwischen universitären und nicht universitären Berufen sogar innerhalb derselben Berufsart – den Krankenschwestern und –pflegern.

In den meisten der untersuchten Rechtsordnungen finden sich die Regelungen über die Ausbildung der Gesundheitsberufe in einem oder mindestens in gleichartigen Erlassen. Dabei lassen sich zwei Ansätze unterscheiden, die teilweise kombiniert werden: einerseits Erlasse, welche Anforderungen an alle „geschützten“ Berufe enthalten und weit über den Gesundheitssektor hinausgehen, wie z.B. in Québec, wo alle anerkannten Diplome mit den jeweiligen geschützten Berufsbezeichnungen in einem Rechtserlass aufgeführt sind oder in Schweden, wo alle ausbildungsspezifischen Ausführungen insbesondere zu den Abschlussprüfungen in einem Anhang zum Hochschulgesetz enthalten sind, oder aber in Kalifornien, wo die berufsspezifischen Vorschriften grundsätzlich im Business and Professions Code vereinigt sind, wobei sie oft auf ein berufsspezifisches Gesetz zurückgehen. In diesen Rechtsordnungen scheint ein **einheitlicher Ansatz für reglementierte Berufe** allgemein im Vordergrund zu stehen.

Im englischen Recht hingegen scheint die **Spezifität der Gesundheitsberufe** mehr gewichtet zu werden. So existiert eine Rechtsgrundlage für Krankenschwestern und Hebammen, eine andere für die übrigen Gesundheitsberufe. Eine Gleichbehandlung / Gleichschaltung mit den übrigen Berufen ist nicht erkennbar. Die Gesundheitsberufe werden also eher in ihrer Spezifität erfasst als in anderen Rechtsordnungen. In Schweden sind Vorschriften zu den geschützten Gesundheitsberufen allgemein (inkl. der akademischen Berufe) immerhin im Patientensicherheitsgesetz enthalten, wobei es sich weniger um ausbildungsspezifische Regelungen handelt. In Deutschland und Frankreich besteht für jeden untersuchten Beruf ein eigener Rechtsakt, welcher die Anforderungen an die Ausbildung regelt, wobei nicht ersichtlich ist, inwieweit die einzelnen Rechtsakte auf einen allgemeinen Ansatz zu den Gesundheitsberufen zurückgehen. Damit sind die gesundheitsberufsspezifischen Ansätze eher in der Minderheit.

Die Unterteilung in Krankenschwestern und Hebammen einerseits und andere (nicht akademische Gesundheits-)berufe andererseits findet sich nicht nur in verschiedenen nationalen Rechtsordnungen (UK, Quebec), sondern sie geht auch aus dem Recht der Europäischen Union hervor. In der Tat

⁴⁰⁶

SR 811.11.

enthält die Richtlinie 2005/36/EC des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen Sondervorschriften über die Dauer und den Inhalt der Ausbildungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern für die allgemeine Pflege (Art. 31 f. und V. Anhang 5.2.1.) sowie von Hebammen (Art. 40 und 42, Anhang V 5.5.1); insbesondere werden auch die in der Ausbildung zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten aufgezählt (Art. 31 Abs. 6 und Art. 40 Abs. 3). Für die übrigen Berufe (abgesehen von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Architekten, für welche ebenfalls Sondervorschriften bestehen) gelten die allgemeinen Vorschriften zur Anerkennung. Es bestehen keine inhaltlichen Anforderungen an die Ausbildung. Interessanterweise findet sich die Sonderbehandlung gewisser Gesundheitsberufe im europäischen Recht kaum in der Struktur der nationalen Rechtsgrundlagen wider, auch wenn die Sonderbehandlung im europäischen Recht auf Rechtsakte von 1977⁴⁰⁷ bzw. 1980 zurückgeht. Die materiellen Anforderungen scheinen somit die Struktur der nationalen Rechtsgrundlagen kaum beeinflusst zu haben.

1.1.2. Stufe der Rechtsgrundlagen und Detaillierungsgrad

Vergleicht man die Stufe der Rechtsgrundlagen, finden sich in Deutschland formelle Gesetze mit Ausführungsverordnungen, und auch in den USA sind die Regelungen für die meisten untersuchten Gesundheitsberufe (mit Ausnahme einer Art der Krankenschwestern (*nurse practitioner*)) in formellen Gesetzen enthalten, wobei detaillierte Vorschriften oft auf Verordnungsebene erfolgen. In Quebec findet sich ebenfalls die Mehrzahl der Regelungen in formellen Gesetzen, wobei die anerkannten Ausbildungen lediglich in einer Verordnung aufgezählt sind. In Frankreich sind die Anforderungen hingegen nur in Exekutiverlassen (*arrêté*) formuliert, und auch in Schweden werden die Anforderungen an die ausbildungsabschliessenden Examina in der Hochschulverordnung festgehalten. Damit soll wohl grössere Flexibilität und eine einfachere Anpassung ermöglicht werden. Im Vereinigten Königreich handelt es sich um eine besondere Art Rechtsakt, um einen von der Regierung verabschiedeten „Order“, wobei der Entwurf beiden Kammern des Parlaments vorgelegt werden muss, so dass die demokratische Legitimität gewährleistet wird.

Auch wenn sich die Regelungstechniken unterscheiden, besteht in allen Rechtsordnungen die Tendenz, detaillierte Vorschriften über die Ausbildung als Exekutiverlasse zu formulieren oder aber, wie im Vereinigten Königreich, an die Berufsverbände zu delegieren.

1.1.3. In Rechtsgrundlagen enthaltene Anforderungen an die Ausbildung

Vergleicht man die in den Rechtsgrundlagen ausdrücklich enthaltenen Anforderungen an die Ausbildung, fallen erhebliche Unterschiede zwischen den Rechtsordnungen auf. So überlassen die Rechtsgrundlagen im Vereinigten Königreich es zu einem grossen Teil den **Berufsverbänden**, die Ziele und den Gegenstand der Ausbildung zu normieren. Lediglich bei den Krankenschwestern findet sich eine ausführliche Auflistung des Gegenstands der Ausbildung und der zu erreichenden Ziele. Es handelt sich dabei nicht um eine genaue Wiederholung der europarechtlichen Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG. In Quebec finden sich noch weniger Angaben über Inhalte oder Ziele der Ausbildung: die Rechtsgrundlagen listen die dem jeweiligen Beruf vorbehaltenen Tätigkeiten auf. Über die Ausbildung spezifisch finden sich hingegen keine Ausführungen, abgesehen von einer Auflistung der zur Ausübung berechtigenden Diplome.

Am anderen Ende des Spektrums finden sich die Regelungen von Kalifornien, wo der Gegenstand der Ausbildung, d.h. die Curricula, mit grossem **Detaillierungsgrad** aufgeführt ist. Die Ziele der Ausbildung werden hingegen oft nicht ausdrücklich erwähnt. In den meisten untersuchten europäischen

⁴⁰⁷ Richtlinie 77/452/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 und Richtlinie 77/453/EWG für Krankenschwestern; Richtlinie 80/154/EWG und Richtlinie 80/155/EWG für Hebammen.

Staaten (mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs) enthalten die Rechtsgrundlagen relativ ausführliche Beschreibungen, sei dies der in der Ausbildung zu erlangenden Fähigkeiten und zu beherrschenden Tätigkeiten (so in Deutschland, mit Ausnahme des Ergotherapeuten, und in Frankreich, mit Ausnahme des beruflichen Lehrgangs bei den Diätassistenten), sei dies der bei Abschluss der Ausbildung in der Prüfung nachzuweisenden Kenntnisse und Fähigkeiten (so in Schweden). Darüber hinaus werden die Ziele der Ausbildung in allgemeinen Termini jedoch eher selten erwähnt (so ausdrücklich in Deutschland bei Krankenschwestern).

In der grossen Mehrheit der Staaten besteht somit eine relativ ausführliche gesetzliche Grundlage über den Gegenstand der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Die Freizügigkeit innerhalb von Europa und die europarechtlichen Vorgaben mögen dabei eine Rolle gespielt haben. Teilweise lassen sich auch bei Krankenschwestern und Hebammen durchaus Elemente aus der Richtlinie 2005/36/EG finden, doch handelt es sich eher weniger um die in anderen Gebieten anzutreffenden wörtlichen Übernahmen der Vorgaben.

Auffallend sind im Vergleich die Ansätze im **Vereinigten Königreich**, wo den Berufsverbänden ein relativ grosser Spielraum zugestanden zu werden scheint, und in **Quebec**, wo einerseits – möglicherweise angesichts der Grösse der Rechtsordnung – die Nennung der zu berechtigenden Diplome – sowie andererseits die Auflistung der einem Beruf vorbehaltenen Tätigkeiten den rechtlichen Rahmen für die Ausbildung vorgeben.

1.2. Behörden und Organe

Ein Zusammenspiel zwischen Gesundheitsbehörden und Bildungsbehörden ist überall unabdingbar. Es gibt aber verschiedene Varianten, wobei sich die Rechtsordnungen am deutlichsten im **Bestehen von berufsspezifischen Behörden** oder / und Berufsverbänden unterscheiden. Am weitesten ausgeprägt ist diese Bildung von berufsspezifischen Behörden wohl im Vereinigten Königreich, wo der Nursing and Midwifery Council und der Health Professions Council als berufsspezifische Regulierungsbehörde die Ausbildung weitgehend selbständig bestimmt. Die beiden Councils sind lediglich dem Privy Council sowie dem Parlament gegenüber verantwortlich. Auch in Kalifornien bestehen staatliche berufsspezifische Institutionen für die meisten untersuchten Berufe (abgesehen von Ergotherapeuten), so das Board of Registered Nursing (Krankenschwestern und gewisse Hebammen), das Medical Board of California (für besonders qualifizierte Hebammen), das California Board of Occupational Therapy oder das Physical Therapy Board of California. Diese Institutionen sind interessanterweise dem Konsumentenschutzdepartement (und nicht dem Gesundheitsdepartement) unterstellt. In den übrigen untersuchten Rechtsordnungen bestehen keine berufsspezifischen offiziellen Behörden, die Ausbildungsvorgaben werden entweder vom Gesundheitsministerium verabschiedet (so in Deutschland und in Frankreich) oder von der Bildungsbehörde (so in Quebec, wo die Ausbildungsinstitutionen einen erheblichen Spielraum haben, oder in Schweden). In diesem Prozess kann den Berufsverbänden eine Konsultativfunktion zukommen, so insbesondere in Quebec, wo sowohl Berufsverbände als auch ein „Conseil des professions“ intervenieren können, und möglicherweise in informeller Weise auch in Schweden. Auch in Frankreich besteht ein „Haut conseil des professions paramédicales“, welchem bei gewissen Berufen eine konsultative Funktion zukommt. Davon abgesehen scheinen in Kontinentaleuropa die Berufsverbände eine vergleichsweise kleine Rolle zu spielen; es ist jedoch sehr wohl möglich, dass die Ansichten der Berufsverbände im Gesetzgebungsverfahren auf informelle Weise berücksichtigt wird.

Ganz allgemein erscheint es ebenfalls relevant, die **Verteilung zwischen Gesundheitsministerium und Bildungsministerium** zu vergleichen. In Deutschland und in Frankreich kommt bei allen untersuchten Berufen (abgesehen der Diätassistenten in Frankreich) dem Gesundheitsministerium die leitende Rolle zu, wobei die Bildungsbehörden in der Regel (abgesehen von Ergotherapeuten in

Deutschland) konsultiert werden müssen. In Schweden ist das Zusammenspiel zwischen Gesundheitsbehörde (Socialstyrelsen) und Bildungsbehörde (socialstyrelsen) weniger klar geregelt. Bei den übrigen Rechtsordnungen scheint angesichts der Bildung spezifischer Organe das Zusammenspiel von Bildungs- und Gesundheitsbehörde weniger relevant zu sein; einzig in Québec ist die Kompetenz ähnlich wie in der Schweiz vom Niveau der Ausbildung abhängig. Der Vergleich zeigt doch sehr unterschiedliche Ansätze bei der Regelung von Gesundheitsberufen. Ganz allgemein fällt aber doch auf, dass in der Mehrzahl der Rechtsordnungen die Kompetenz in erster Linie bei Gesundheitsbehörden oder berufsspezifischen Regulatoren liegt und den Bildungsbehörden in der Regel eher nur konsultative Funktionen zukommen.

2. Unabhängige Ausübung:

Bei der Frage der unabhängigen Ausübung fällt auf, dass kaum Regelungen bestehen. Dies liegt wohl in erster Linie daran, dass in erster Linie die Berufsausübung und erst in zweiter Linie die Art der Berufsausübung reglementiert sind. Lediglich in Quebec bestehen ausführliche Regelungen, doch sind diese nicht unbedingt auf die selbständige Ausübung beschränkt. In gewissen Rechtsordnungen (Frankreich, Deutschland) wird immerhin das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung verlangt, teilweise bestehen auch Vorschriften der Praxisausstattung oder zur Anmeldung beim Gesundheitsamt.

Das Fehlen von Sondervorschriften für die selbständige Ausübung mag daran liegen, dass Anforderungen allgemein formuliert werden und nur bei Einzelfragen (z.B. Haftpflichtversicherung) sich eine Unterscheidung von institutionellen Anbietern und Einzelpersonen aufdrängt.

V. CONCLUSIONS

Im Vergleich mit der Schweiz sind die hier besprochenen Berufe detailliert im Gesetz geregelt. Die Ausbildung scheint überall national vereinheitlicht und mit wenigen Ausnahmen durchformuliert. Zwar bestehen verschiedene Regelungs- und Ausbildungsmodelle, z.T. auch innerhalb derselben Berufsart (v.a. bei Krankenschwestern), aber überall besteht eine einheitliche Basis.

INSTITUT SUISSE DE DROIT COMPARE



Dr. Lukas Heckendorn Urscheler
Vize-Direktor