

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec



Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 1er octobre 2008.

Section du dépôt légal



Projet de loi n° 404 Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives

Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre des consultations particulières

Adopté par le Bureau de l'OIIQ lors de la réunion du 23 février 1998

Résumé

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec répond à l'avis de consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n°404, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*. L'Ordre propose certains amendements au projet de loi dans la perspective de la protection du public.

L'Ordre recommande la tenue d'un débat public afin que la population puisse s'exprimer sur les services qu'elle veut voir assurés. Le virage ambulatoire a, dans les faits, contribué à la désassurance des soins infirmiers. Lorsque la personne n'est pas hospitalisée les soins sont considérés comme des services complémentaires au sens de la *Loi canadienne sur la santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Ces lois ne sont pas du tout adaptées au virage ambulatoire, ni à la désinstitutionnalisation. Quelle part des soins infirmiers fera encore partie du panier de services assurés au terme des réformes? Et comment l'État pourrait-il se défaire de ses responsabilités sans prendre en considération l'opinion de la population?

L'Ordre estime que le gouvernement doit se sentir concerné par la reddition de comptes dans l'administration publique, et plus particulièrement dans le domaine de la santé, et il propose des amendements dans ce sens. Dans le secteur de la santé et des services sociaux où les dépenses ont tendance à augmenter constamment, la recherche d'efficacité et la reddition de comptes deviennent de plus en plus nécessaires à tous les paliers. Or, le projet de loi ne contribue pas à la responsabilisation des paliers du réseau soit les établissements, les régies régionales et le ministère. On note plutôt que certaines responsabilités et certains leviers sont centralisés dans les régies régionales. L'Ordre considère que le ministère ne peut assurer l'atteinte des objectifs du réseau s'il ne précise pas le cadre de responsabilisation.

L'Ordre considère que la composition des conseils d'administration des établissements devrait être harmonisée, au plan de la représentation clinique selon le modèle des hôpitaux qui assure une représentation des médecins, dentistes et pharmaciens, une représentation des infirmières et une représentation des membres du conseil multidisciplinaire. Dans la foulée des fusions d'établissements (CH-CHSLD-CLSC) la composition des conseils d'administration n'a pas été revue pour tenir compte de leur mission de rendre des soins de santé. La participation de ces personnes au conseil d'administration ne doit pas être aléatoire. Elle est nécessaire compte tenu de leur mission de rendre des soins et services de santé.

Une directrice des soins infirmiers est, selon l'Ordre, obligatoire pour tout établissement et cette désignation ne doit pas être soumise au pouvoir discrétionnaire du ministre. Les grands ensembles de santé qui s'érigent sur une base territoriale avec les fusions horizontales et verticales n'ont pas de garantie que l'équipe de direction comprenne une directrice des soins infirmiers, sauf pour les centres hospitaliers et les centres de santé. Compte tenu des conséquences pour la qualité des soins et la coordination des services à la clientèle surtout dans le contexte du virage ambulatoire où les CLSC sont appelés à déployer des soins à domicile de plus en plus spécialisés, cette situation est inadmissible.

Au-delà des efforts pour assurer l'accès aux médecins, il apparaît essentiel pour l'Ordre de protéger minimalement l'accessibilité à des services d'urgence infirmiers et par conséquent d'inscrire une disposition à cet effet dans la loi. La fermeture des services d'urgence de certains centres de santé plus particulièrement en région éloignée est un accroc inacceptable à l'accessibilité. Actuellement, certains centres de santé décident de fermer leurs services d'urgence en l'absence d'un médecin plutôt que de

[Résumé](#)

[Recommandations](#)

[Préambule](#)

[Désengagement de l'État](#)

[La responsabilité des trois paliers de l'État](#)

[Les plaintes des usagers](#)

[L'imputabilité au regard de la qualité des soins](#)

[Les services d'urgence](#)

[Certaines dispositions applicables dans une partie de la région du Nord-du-Québec](#)

[Références](#)

[Annexe I](#)

[Annexe II](#)

demeurer ouverts.

Le projet de loi n°404 propose la création du *département régional de médecine générale* une structure qui permettrait d'améliorer la gestion régionale. Selon l'Ordre, cette nouvelle entité aurait plus de chance de contribuer à la continuité et à la coordination des soins sur une base régionale si on octroyait aux infirmières les mécanismes nécessaires pour se coordonner avec ce département ainsi qu'avec la commission médicale régionale.

Compte tenu des responsabilités accrues des régies régionales en matière de coordination clinique, l'Ordre recommande que soit instaurées *une commission infirmière régionale et une unité régionale de coordination de soins infirmiers*. La commission infirmière régionale devrait fournir aux décideurs régionaux un canal approprié pour recevoir les avis des infirmières au plan clinique. Pour sa part, l'unité régionale de coordination de soins infirmiers verrait à instaurer une plaque tournante régionale sur les problématiques de santé qui dépassent la responsabilité d'un établissement particulier et à faciliter la coordination entre les activités infirmières et médicales.

Recommandations

- Compte tenu que le désengagement de l'État mène à la désassurance et à la privatisation des soins et services, l'Ordre recommande la tenue d'un débat public afin que la population puisse s'exprimer sur les services qu'elle veut voir assurés.
- Dans l'optique de la reddition de comptes à l'Assemblée nationale l'Ordre recommande l'instauration d'un cadre de responsabilisation des trois paliers du réseau par le gouvernement et la modification de la loi en conséquence.
- Afin que chaque établissement puisse contribuer à la reddition de comptes, l'Ordre recommande que les rapports contiennent, outre l'information sur les coûts et les activités, l'information sur les résultats des soins aux patients par type de clientèle, sur les processus de soins et sur les structures (voir Annexe 1).
- Même si le cheminement des plaintes concernant un acte médical doit passer par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, l'Ordre recommande que le traitement de ces plaintes soit soumis à des exigences de transparence. De plus, le *département régional de médecine générale* proposé dans le projet de loi n° 404 devrait assumer une part de responsabilité dans le traitement des plaintes concernant les médecins en cabinet privé.
- L'Ordre recommande que la composition des conseils d'administration soit harmonisée sur le modèle des hôpitaux et qu'elle assure une représentation des médecins, dentistes et pharmaciens, une représentation des infirmières et une représentation des membres du conseil multidisciplinaire.
- Compte tenu que les directrices des soins infirmiers ont la responsabilité de la qualité des soins et doivent s'assurer du respect des normes de la pratique infirmière, l'Ordre recommande qu'une directrice des soins infirmiers soit obligatoire pour tout établissement et que cette désignation ne soit pas soumise au pouvoir discrétionnaire du ministre.
- L'Ordre recommande que la *commission infirmière régionale et l'unité régionale de coordination de soins infirmiers*, deux instances proposées par l'Ordre dans ce mémoire⁽¹⁾, soient consultées par la régie régionale dans le but notamment de « répartir les cas d'urgence et d'assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins », tel que mentionné à l'article 359 de la loi.
- L'Ordre recommande de protéger l'accessibilité à des services d'urgence et à cet effet de maintenir minimalement des services d'urgence infirmiers dans les CLSC, les centres hospitaliers et les centres de santé en inscrivant une disposition à cet égard dans la loi.
- Afin de fournir aux décideurs un canal approprié pour recevoir les avis des infirmières au plan clinique, l'Ordre recommande que soit constituée une commission infirmière régionale et que celle-ci dispose d'un siège au conseil d'administration de la régie régionale.
- Compte tenu des responsabilités accrues des régies régionales en matière de coordination clinique, l'Ordre recommande que soit instaurée une unité régionale de coordination de soins infirmiers.
- Afin d'harmoniser la composition des conseils d'administration et compte tenu du fait que l'établissement multivocationnel du Nord-du-Québec exploite un centre hospitalier, l'Ordre recommande la présence au conseil d'administration d'une *infirmière élue par et parmi les infirmières et les infirmiers qui travaillent pour l'établissement*.
- En raison des fusions d'établissements qui ont cours actuellement dans le réseau, l'Ordre demande au gouvernement de procéder à une concordance de formulation entre les articles 217, 224 et 230 de la loi. Il est donc proposé de modifier le libellé de l'article 224 « formé de quatre infirmières » par « formé d'au moins quatre infirmières ».

Préambule

C'est avec intérêt que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) soumet aux membres de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, son mémoire sur le projet de loi n° 404, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*.

Le projet de loi n° 404 propose des modifications visant à simplifier certaines contraintes administratives, à apporter des ajustements quant aux règles qui régissent l'organisation et le fonctionnement des établissements et des régies régionales et à introduire de nouveaux pouvoirs en matière de technologies de l'information. En outre, il crée une nouvelle structure, le *département régional de médecine générale*, composé des médecins omnipraticiens de la région rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Cependant le projet de loi n'introduit pas de cadre de responsabilisation et de reddition de comptes qui permettrait d'évaluer l'atteinte des objectifs et d'en rendre compte à l'Assemblée nationale. Le projet de loi n° 404 interpelle avant tout l'Ordre sous l'angle de la protection du public, de la responsabilité de l'État et de l'imputabilité des paliers du réseau face à l'atteinte des résultats.

Le projet de loi n° 404 ne tient pas compte des demandes maintes fois acheminées au Ministre par l'OIIQ et par d'autres

instances infirmières. Pourtant, étant donné leur contact direct avec la clientèle, les infirmières sont en mesure d'éclairer les décideurs sur les besoins des malades et de contribuer à la protection du public. Le peu de reconnaissance officielle des infirmières est regrettable considérant tous les efforts qu'elles ont fournis pour collaborer à la réforme du système de santé dans un contexte marqué par l'incongruence des règles du jeu, par les mises à la retraite non planifiées et par l'absence de mécanismes de coordination des soins sur une base régionale.

Après trois ans de sacrifices consentis par la population et de collaboration soutenue de la part des infirmières, certains problèmes doivent être plus ouvertement discutés et les ajustements nécessaires doivent être apportés. C'est dans cette optique que l'Ordre a analysé le projet de loi n° 404. Il met en perspective certaines problématiques relatives à la protection du public et recommande des amendements au projet de loi. Le présent mémoire aborde les points suivants :

- le désengagement de l'État;
- la responsabilisation des trois paliers du réseau;
- les plaintes des usagers;
- l'harmonisation de la composition des conseils d'administration;
- l'imputabilité au regard de la qualité des soins;
- les services d'urgence;
- la coordination régionale des services;
- certaines dispositions applicables dans une partie de la région du Nord-du-Québec.

Le désengagement de l'État

La réforme du réseau sociosanitaire a été le théâtre de l'érosion constante des responsabilités de l'État en matière de soins et services de santé. Malgré l'existence de lois qui accordent aux citoyens le droit de recevoir les services de santé requis par leur état, les problèmes économiques du gouvernement du Québec ont diminué l'étendue de la couverture d'assurance des citoyens. Des choix fondamentaux ont été faits par les décideurs, en l'absence de toute consultation de la population. Les grands principes de départ de la réforme, qui accordaient une place au citoyen décideur, au citoyen payeur et au citoyen consommateur ont été vite évacués du discours et de la loi pour faire place aux coupures.

Au départ, la réforme Rochon était louable. Cependant dans les faits, elle a donné lieu à des décisions que l'on peut contester, notamment à cause des priorités du gouvernement du Québec visant l'atteinte de l'équilibre budgétaire. En effet, en adhérant à la réforme, ni la population, ni les malades, ni les infirmières n'ont voulu cautionner l'aggravation des iniquités sociales et la privatisation croissante des services de santé que l'on constate présentement⁽²⁾. Il ne s'agit pas d'être contre toute privatisation. Il y a toujours eu coexistence entre le réseau public et le réseau privé dans le domaine sociosanitaire. L'Ordre s'élève cependant contre les cibles de la privatisation qui sont décidées sans un réel débat public et sans une information objective diffusée à la population sur la contribution des divers programmes de soins et services. L'annonce de la création prochaine d'un comité d'experts sur la privatisation des services de santé ne fait que confirmer nos inquiétudes à cet égard.

De plus, le virage ambulatoire a, dans les faits, contribué à la désassurance des soins infirmiers (OIIQ, 1998). Lorsque la personne n'est pas hospitalisée les soins sont considérés comme des services complémentaires au sens de la *Loi canadienne sur la santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Au Québec, comme dans le reste du Canada, les gouvernements ne se sentent pas responsables d'offrir un accès gratuit aux soins professionnels et infirmiers ailleurs que dans les centres hospitaliers ni à d'autres bénéficiaires que les patients hospitalisés. Ces lois ne sont pas adaptées au virage ambulatoire ni à la désinstitutionnalisation et aucun des gouvernements ne les a révisées.

Cette réforme a engendré une diminution considérable des soins infirmiers à l'hôpital. D'autre part, les allocations budgétaires prévues pour des soins infirmiers dans la communauté⁽³⁾ n'ont pas suivi. Il s'agit d'une réelle désassurance des services lorsqu'ils sont dispensés en dehors de l'hôpital. Nous pouvons nous demander quelle part des soins infirmiers fera encore partie du panier de services assurés au terme des réformes québécoises. Un débat public s'impose pour que la population puisse choisir de façon éclairée les services qu'elle veut voir assurés. Comment l'État pourrait-il se défaire de responsabilités aussi grandes sans prendre avis de la population?

Compte tenu que le désengagement de l'État mène à la désassurance et à la privatisation des soins et services, l'Ordre recommande la tenue d'un débat public afin que la population puisse s'exprimer sur les services qu'elle veut voir assurés.

La responsabilisation des trois paliers du réseau

À la lecture du projet de loi n° 404, on constate un transfert de pouvoirs surtout entre le gouvernement, le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régions, ce qui indique un délestage de responsabilités du gouvernement et du ministre en faveur d'une centralisation régionale de plus en plus grande. Cette centralisation régionale n'est pas sans conséquence pour les infirmières qui doivent trouver des solutions pour adapter la prestation des services de santé et des services sociaux à cette nouvelle dynamique⁽⁴⁾.

Cette centralisation régionale ne contribue pas à la responsabilisation des trois paliers du réseau soit les établissements, les régions régionales et le ministère. Selon le Vérificateur général (1997, p. 115), « sans cadre précis de responsabilisation, le ministère ne peut s'assurer de l'atteinte des objectifs puisque le réseau n'est pas formellement engagé dans ce sens. De plus, il est alors difficile aux établissements et aux régions régionales de produire une reddition de comptes axée sur les résultats ».

Les principes de la reddition de comptes illustrés notamment dans le rapport Deschênes⁽⁵⁾ ne sont pas abordés dans le projet de loi n° 404. Cet exercice se fera-t-il dans une prochaine étape? D'autres provinces semblent plus avancées que le Québec sur cette voie comme l'Alberta⁽⁶⁾ et la Colombie-Britannique⁽⁷⁾, par exemple, où le leadership concernant la reddition de comptes est initié à partir du gouvernement. L'Angleterre qui a inspiré largement la réforme au Québec amorce une nouvelle étape avec la sortie du livre blanc *The New NHS : modern, dependable*. Dans ce pays une nouvelle emphase est mise sur la mesure de la

performance du système. Au lieu de focaliser sur le coût des intrants et la mesure des activités, le NHS va instaurer un nouveau tableau de bord équilibré de mesures de la performance incluant les résultats, l'efficacité et la qualité en plus de la mesure du coût et des activités (Walshe, 1998). Aux États-Unis, la restructuration majeure et les fusions d'organismes de santé qui se poursuivent pour des motivations économiques ont donné lieu à l'élaboration en 1996 du *Patient Safety Act* (American Nurses Association, 1996). Ce projet de loi vise à rendre publique l'information, notamment sur la composition de l'équipe soignante, sur les clientèles desservies, sur les résultats de soins et sur les plaintes afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Au Québec, le Conseil de la santé et du bien-être reconnaît qu'une information objective diffusée au grand public contribue à l'efficience. En effet, dans le domaine de la santé la population consomme des services en fonction des bénéfices ou des risques qu'elle perçoit pour sa santé d'où l'importance de rendre l'information accessible (Conseil de la santé et du bien-être, 1995).

L'Ordre considère que le gouvernement doit se sentir de plus en plus concerné par la reddition de comptes dans l'administration publique. Ceci est d'autant plus nécessaire dans le secteur de la santé et des services sociaux où la croissance des dépenses est constante et où on a encore peu considéré les gains d'efficacité.

Dans l'optique de la reddition de comptes à l'Assemblée nationale l'Ordre recommande l'instauration d'un cadre de responsabilisation des trois paliers du réseau par le gouvernement et la modification de la loi en conséquence.

Amendement

L'Ordre propose :

- de maintenir le paragraphe 7 de l'article 505;
- d'ajouter le paragraphe suivant :
Le gouvernement peut, par règlement, déterminer un cadre de responsabilisation pour rendre compte des dépenses publiques de l'État en matière de services de santé et de services sociaux. Ce cadre comporte les éléments essentiels pour permettre à la population d'évaluer la performance des établissements et des organismes financés par les fonds publics.
- de supprimer les modifications aux articles 487.1 et 177 pour assurer la concordance.

Les articles 278 à 280 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* déterminent les règles du jeu en ce qui a trait aux rapports statutaires ou sur demande que les établissements doivent soumettre soit au ministre, soit aux régies régionales et qui sont à caractère public.

Afin que chaque établissement puisse contribuer à la reddition de comptes, l'Ordre recommande que les rapports contiennent, outre l'information sur les coûts et les activités, l'information sur les résultats des soins aux patients par type de clientèle, sur les processus de soins et sur les structures (voir Annexe 1).

Amendement

L'Ordre propose de modifier l'article 278 comme suit :

Un établissement doit transmettre dans les trois mois de la fin de son exercice financier, à la régie régionale et au ministre, un rapport annuel de ses activités. En plus de l'information sur les coûts et sur les activités, ce rapport doit contenir des indicateurs sur les structures, sur les processus et sur les résultats des soins par type de clientèle.

Les plaintes des usagers

Au chapitre des plaintes des usagers, les modifications proposées dans le projet de loi visent à instaurer pour les ressources intermédiaires et de type familial, une procédure de plainte semblable à celle des établissements. Les contraintes quant au suivi des recommandations du commissaire aux plaintes (article 62), la délégation possible par le commissaire aux plaintes de son mandat de faire enquête (article 65.1) ainsi que l'obligation de la régie régionale de rendre compte des délais d'examen des plaintes (article 69) favoriseront vraisemblablement un traitement plus rapide.

Par ailleurs, la loi prévoit un mécanisme différent lorsque la plainte porte sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique. L'article 38 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit la transmission de ces plaintes au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Cependant, ce mécanisme n'assure pas toute la transparence nécessaire.

Même si le cheminement des plaintes concernant un acte médical doit passer par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, l'Ordre recommande que le traitement de ces plaintes soit soumis à des exigences de transparence. De plus, le département régional de médecine générale proposé dans le projet de loi n° 404 devrait assumer une part de responsabilité dans le traitement des plaintes concernant les médecins en cabinet privé.

Amendement

L'Ordre propose :

- de modifier l'article 214 de la loi par l'addition, à la fin, de l'alinéa suivant :
Le rapport du conseil décrit les motifs des plaintes reçues conformément à l'article 38 de la loi et indique pour chaque type de plainte :

1° le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
2° les délais d'examen des plaintes;
3° les suites qui ont été données après leur examen.
- de modifier l'article 68 de la loi par l'addition, à la fin du premier alinéa, de ce qui suit :
Ce rapport comprend les renseignements contenus au rapport du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens conformément au dernier alinéa de l'article 214.

L'harmonisation de la composition des conseils d'administration

Dans le cas d'un établissement fusionné, l'article 127 du projet de loi n° 404 prévoit le pouvoir du ministre de déterminer, parmi les missions de cet établissement, le conseil d'administration devant l'administrer. Le deuxième paragraphe de l'article 127 propose que le type de centre exploité, aux fins de l'application des articles 183 à 208 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, découle dorénavant du type de conseil d'administration décidé par le ministre.

La fusion des établissements (CH-CHSLD-CLSC) a mis en lumière l'importance d'unifier les philosophies, les cultures et les pratiques professionnelles. Ces fusions visaient à améliorer la coordination et la continuité des services à la population. De plus, les CHSLD ne sont plus uniquement des milieux de vie mais des milieux de vie et de soins. De même, les CLSC contribuent au virage ambulatoire et dispensent de plus en plus des soins complexes à la clientèle. Cependant la composition des conseils d'administration n'a pas été harmonisée.

Les conseils d'administration ont grandement à retirer de l'expertise clinique des infirmières et ceci prévaut pour tous les types d'établissements. Étant en contact direct avec la clientèle, ces dernières doivent informer le conseil et participer aux décisions visant à assurer la qualité des services. Les infirmières sont en mesure d'apporter un éclairage au regard des orientations, des priorités, des plans d'action et des standards cliniques en matière de prestation de soins et services. L'OIIQ considère que la participation de ces personnes au conseil d'administration ne doit pas être aléatoire. La complexification des soins, l'alourdissement des clientèles, le déploiement des soins spécialisés vers les CLSC et les CHSLD militent en faveur d'une accessibilité garantie au savoir-faire clinique.

L'Ordre recommande que la composition des conseils d'administration soit harmonisée sur le modèle des hôpitaux et qu'elle assure une représentation des médecins, dentistes et pharmaciens, une représentation des infirmières et une représentation des membres du conseil multidisciplinaire.

Amendement

L'Ordre propose :

- d'harmoniser, au plan de la représentation clinique, la composition des conseils d'administration selon le modèle des centres hospitaliers (article 132);
- de supprimer le paragraphe 2 de l'article 127.

L'imputabilité au regard de la qualité des soins

On constate que les grands ensembles de santé qui s'érigent sur une base territoriale avec les fusions horizontales n'ont pas de garantie que l'équipe de direction comprenne une directrice des soins infirmiers, sauf pour les centres hospitaliers et les centres de santé (article 207). L'Ordre ne peut endosser le fait que le poste de directeur des soins infirmiers soit aléatoire. La complexification des soins, l'alourdissement des clientèles, le déploiement des soins spécialisés vers les CLSC et les centres d'hébergement et de soins de longue durée militent en faveur d'une accessibilité garantie à l'expertise clinique.

Les structures organisationnelles par programme sont en développement dans les établissements. L'Ordre considère que ces changements améliorent la continuité et l'intégration des services par une approche interdisciplinaire et qu'ils favorisent un haut degré d'autonomie et d'imputabilité professionnelle. Par ailleurs, il s'élève contre le fait que ces motifs soient évoqués pour éliminer les postes de directrice des soins infirmiers et de directeur des services professionnels ou encore pour justifier leur absence en centres d'hébergement et de soins de longue durée et en CLSC. À notre avis, ces motifs font fi de la nature des services offerts par les établissements de santé et des obligations visant la sécurité des soins. La surveillance de la qualité doit se faire en composant avec de multiples lieux de dispensation de services et un taux d'encadrement intermédiaire considérablement réduit.

L'OIIQ rappelle que la loi, en créant la fonction d'infirmière responsable de soins infirmiers sans statut de cadre ni outils de gestion nécessaires au contrôle de la qualité des soins, a engendré un double standard en ce qui concerne l'imputabilité en matière de qualité des soins. À la suite d'une enquête effectuée par l'Ordre auprès des responsables de soins infirmiers de CLSC en 1995, 57 % de ces dernières ne figuraient pas à l'organigramme de l'établissement. Cette situation est non seulement illégale mais inadmissible au plan de la protection du public.

Pour l'OIIQ, il apparaît primordial de soutenir le leadership clinique au niveau de la gestion supérieure des établissements,

particulièrement en cette période d'instabilité et de restructuration des soins de santé. Les directrices des soins infirmiers et les directeurs des services professionnels ont l'expertise clinique et administrative pour évaluer le rapport entre la qualité, le coût des services et les résultats à atteindre.

Compte tenu que les directrices des soins infirmiers ont la responsabilité de la qualité des soins et doivent s'assurer du respect des normes de la pratique infirmière, l'Ordre recommande qu'une directrice des soins infirmiers soit obligatoire pour tout établissement et que cette désignation ne soit pas soumise au pouvoir discrétionnaire du ministre.

Amendement

L'Ordre propose :

- de modifier l'article 206 par l'insertion, dans la deuxième ligne du premier alinéa et après le mot « hospitalier » du libellé en gras :
Un directeur des soins infirmiers doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier, **un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre local de services communautaires et par tout établissement désigné centre de santé**. Un directeur des soins infirmiers peut être nommé par tout autre établissement. Le directeur des soins infirmiers doit être une infirmière ou un infirmier.
- de supprimer le paragraphe 2 de l'article 127.

Les services d'urgence

La désignation des établissements qui dispensent des services d'urgence

Le projet de loi n° 404 accorde, à l'article 359, 1.1°, un pouvoir discrétionnaire à la régie régionale, soit celui de désigner les établissements qui doivent dispenser des services d'urgence, pouvoir exercé auparavant par règlement du gouvernement (article 505,1° de la loi). Actuellement, l'obligation pour un centre hospitalier d'avoir un service d'urgence s'infère des articles 27, alinéas 2 et 67 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* et de l'article 126.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Par ailleurs, les autres centres ont l'obligation de fournir les services qu'ils peuvent donner (articles 34 et 41 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*) ou de s'assurer que les usagers reçoivent les services d'urgence requis (article 47 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* et l'article 101 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).

L'Ordre voit plutôt d'un bon oeil la modification proposée au projet de loi n° 404 qui permet certes une désignation plus souple et plus rapide des établissements qui doivent dispenser des services d'urgence. Aussi, la régie régionale pourrait désigner d'autres centres que des centres hospitaliers pour dispenser des services d'urgence et de la sorte répondre de façon adaptée aux besoins particuliers des populations sur une base locale.

En outre, tel que prévu au projet de loi n° 404, la régie aura l'obligation de consulter la *commission médicale régionale* et le *département régional de médecine générale* pour l'exercice des pouvoirs de l'article 359. Cependant aucun mécanisme de consultation des infirmières de la région n'a été prévu.

L'Ordre recommande que la *commission infirmière régionale* et l'*unité régionale de coordination de soins infirmiers*, deux instances proposées par l'Ordre dans ce mémoire⁽⁸⁾, soient consultées par la régie régionale dans le but notamment de « répartir les cas d'urgence et d'assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins », tel que mentionné à l'article 359 de la loi.

Amendement

L'Ordre propose de modifier l'article 359 de manière à inclure l'obligation pour la régie régionale de consulter les instances infirmières concernées soit la commission infirmière régionale et l'unité régionale de coordination de soins infirmiers, concernant l'exercice des pouvoirs définis dans cet article.

Les services d'urgence en soins infirmiers

L'Ordre saisit l'occasion pour rappeler une fois de plus au ministre la réalité qui prévaut dans les services d'urgence et plus particulièrement dans les régions éloignées. Actuellement, certains centres de santé décident de fermer leurs services d'urgence en l'absence d'un médecin, plutôt que de demeurer ouverts. Ceci constitue un accroc inacceptable à l'accessibilité aux services au moment où la population en a tant besoin.

Des situations courantes démontrent que les infirmières prodiguent des soins d'urgence aux usagers qui se présentent dans les centres de santé et répondent à des situations d'urgence en l'absence du médecin. Dans ce cas, l'infirmière procède à l'évaluation de la condition de l'utilisateur et pose un jugement clinique quant à sa condition de santé et à l'urgence de la situation. Elle prend les décisions de soins qui s'imposent et prodigue alors les soins requis, stabilise la condition de l'utilisateur et assure le suivi immédiat. Ce suivi peut comprendre notamment le retour de l'utilisateur à son domicile, la référence à un médecin ou à un autre professionnel ou le transfert vers un autre établissement de santé.

Des données récentes sur les activités des infirmières qui travaillent dans les dispensaires en territoire québécois démontrent

que ces dernières gèrent régulièrement, en l'absence du médecin, des situations de soins de santé courants et d'urgence (infections vaginales, respiratoires, traumatismes variés, etc.) et elles procèdent régulièrement, plusieurs fois par semaine, à des examens physiques complets afin d'établir la nature et le degré d'urgence des situations qui leur sont présentées.

On constate que la pratique infirmière dans les régions éloignées ou en centre de santé est une des composantes essentielles des services de première ligne au Québec mais qu'elle n'a pas d'assises dans la loi. L'infirmière en dispensaire (ou point de service) est souvent la seule intervenante accessible en tout temps pour assurer les services de première ligne de nature curative et préventive. Dans le respect de la pratique médicale, l'Alberta, la Colombie-Britannique, Terre-Neuve et l'Ontario ont reconnu la pratique infirmière avancée comme un élément fondamental d'accessibilité à des services de qualité en région éloignée. Le Québec n'a pas encore procédé aux amendements législatifs nécessaires à la régularisation de cette pratique (OIIQ, 1998).

L'Ordre recommande de protéger l'accessibilité à des services d'urgence et à cet effet de maintenir minimalement des services d'urgence infirmiers dans les CLSC, les centres hospitaliers et les centres de santé en inscrivant une disposition à cet égard dans la loi.

Amendement

L'Ordre propose de modifier la loi par l'insertion, après l'article 81, du suivant :

81.1 Un établissement qui exploite un centre local de services communautaires, un centre hospitalier et tout établissement désigné centre de santé doit minimalement maintenir un service d'urgence en soins infirmiers à l'intérieur de ses installations. À cette fin, l'établissement reçoit les personnes qui nécessitent des soins à l'urgence, évalue leurs besoins dès leur arrivée, leur dispense les soins requis et assure un suivi immédiat.

La coordination régionale des services

Aucune structure de représentation infirmière n'a été prévue au niveau régional. Avec le phénomène de la régionalisation qui s'accroît et les responsabilités accrues des régies régionales, il nous apparaît plus qu'urgent que soit instaurée une commission infirmière régionale. De même, un mécanisme statutaire de coordination régionale en soins infirmiers s'impose.

La commission infirmière régionale

Dans le but de donner toutes les chances de succès à la dynamique régionale, les infirmières doivent disposer de mécanismes de communication pour faciliter l'adaptation de la prestation des services de santé et des services sociaux sur une base régionale. Dans le contexte de la planification des services et des plans triennaux, les régies régionales sollicitent régulièrement les infirmières pour leur expertise et leur connaissance des rouages du réseau. Les infirmières sont en contact direct avec la clientèle et elles répondent aux besoins de santé des malades et de leur famille. Elles oeuvrent dans la plupart des milieux et auprès de tous les types de clientèles. En l'absence d'une structure officielle de consultation infirmière, les régies régionales sont privées de l'apport de ces dernières. Avec l'envergure des défis que doivent relever les régies régionales, devons-nous comprendre que la consultation des infirmières sera facultative?

Pourtant, ce besoin de consulter les instances infirmières et de tenir compte de leur « input » se fait de plus en plus fréquent dans le cadre de la régionalisation et de la réforme. À ce jour, la régie régionale de Laurentides a officialisé la constitution d'une *commission infirmière régionale*⁹. La régie régionale de Lanaudière poursuit des travaux dans le même sens.

Afin de fournir aux décideurs un canal approprié pour recevoir les avis des infirmières au plan clinique, l'Ordre recommande que soit constituée une commission infirmière régionale et que celle-ci dispose d'un siège au conseil d'administration de la régie régionale.

Amendement

L'Ordre propose :

- de modifier la loi par l'insertion, après l'article 370, des suivants :

370.1 Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale, une commission infirmière régionale.

Cette commission est composée :

1° d'une personne nommée par l'ordre régional des infirmières et infirmiers du territoire de la régie régionale;

2° d'un directeur des soins infirmiers élu par et parmi les représentants des directeurs des soins infirmiers;

3° de deux personnes élues par et parmi les présidents de comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers (CECI) de la région;

4° d'une personne élue par et parmi les responsables de la coordination départementale des programmes de soins infirmiers des collèges d'enseignement général et professionnel;

5° d'une personne élue par et parmi les directeurs/doyens de programmes universitaires en sciences infirmières, le cas échéant;

6° d'une place cooptée à l'intention d'un représentant syndical d'infirmières et d'infirmiers;

7° d'une place cooptée à l'intention d'une infirmière ou infirmier clinicien(ne) spécialisé(e).

Fait également partie de cette commission, le directeur général de la régie régionale ou l'infirmière ou l'infirmier qu'il désigne à cette fin et l'infirmière ou l'infirmier responsable de l'unité régionale de coordination de soins infirmiers.

370.2 La commission infirmière régionale est responsable envers le conseil d'administration de la régie régionale :

1° de donner son avis sur la désignation des représentants infirmières et infirmiers aux différents comités de la régie régionale;

2° de donner son avis sur les impacts du plan régional de transformation du réseau de la santé sur la population;

3° de donner son avis sur les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie et leurs impacts sur la santé et le bien-être de la population;

4° de donner son avis sur l'organisation et la priorisation des soins et services et leurs impacts sur la population;

5° de donner son avis sur les politiques de rationalisation des ressources et leurs impacts sur la population;

6° de donner son avis sur les approches de soins novatrices et leurs impacts sur la population;

7° de donner son avis sur la priorisation et la distribution des soins infirmiers et leurs impacts sur la population;

8° d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration de la régie et de lui en faire rapport périodiquement.

- de modifier l'article 397 par l'ajout du texte suivant :
la présidente de la commission infirmière régionale.

Création d'un mécanisme de coordination régionale

Le projet de loi n° 404 institue une nouvelle structure soit le *département régional de médecine générale* tout en maintenant la *commission médicale régionale*. Il s'agit là d'une mesure qui permettra certes à tous les médecins omnipraticiens de participer à la dynamique régionale. L'Ordre supporte donc la création de cette nouvelle structure. Néanmoins, comment les objectifs de la régionalisation peuvent-ils être atteints sans mécanisme régional en soins infirmiers alors que les infirmières sont directement en contact avec les malades et connaissent leurs besoins?

L'organisation des soins sur une base régionale présente aujourd'hui de nombreuses zones grises. Les infirmières qui exercent leur profession n'ont pas toujours de lien fonctionnel avec un seul établissement. Le fait qu'aucune plate-forme régionale en soins infirmiers n'existe actuellement pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services à la population est une entrave à la continuité des soins et au sain développement du système de santé.

Dans le cadre du virage ambulatoire, plusieurs problématiques sont passées de la responsabilité d'un établissement à une responsabilité régionale. L'Ordre croit qu'une *unité régionale de coordination de soins infirmiers* dûment constituée permettrait de créer l'interface nécessaire entre les régies régionales, les établissements et les professionnels de la santé, notamment les médecins et les infirmières. Ce mécanisme de coordination permettrait aux médecins des cabinets privés de consulter des infirmières pour des clientèles nécessitant une évaluation complémentaire et une coordination de leur prise en charge. L'unité régionale de coordination des soins infirmiers faciliterait le développement d'un réseau de surveillance des infections, l'instauration d'une vigilance épidémiologique en lien avec le département de santé publique ainsi que la création d'un réseau d'infirmières cliniciennes pour assurer une expertise régionale. La consolidation du service de première ligne Info-Santé devrait se faire en créant une interface entre cette unité et le *département régional de médecine générale*.

La continuité des soins et services ainsi que la coordination régionale de ces services est loin d'être constante et demeure un des principaux problèmes de notre système de santé actuellement. Pour la personne en attente et nécessitant des soins et des services, il s'agit d'un problème majeur qui est lié à l'organisation même du réseau. Une coordination régionale efficace requiert la création d'une structure organisationnelle régionale en soins infirmiers. L'arrimage entre le *département régional de médecine générale* et cette structure permettra d'assurer la continuité des soins.

Compte tenu des responsabilités accrues des régies régionales en matière de coordination clinique, l'Ordre recommande que soit instaurée une unité régionale de coordination de soins infirmiers.

Amendement

L'Ordre propose de modifier la loi par l'insertion, après l'article 417.6 de ce qui suit :

« SECTION VII UNITÉ RÉGIONALE DE COORDINATION DE SOINS INFIRMIERS »

417.7 Est instituée, au sein de chaque régie régionale, une unité de coordination régionale de soins infirmiers ayant pour fonctions notamment de :

- 1^o créer des réseaux d'infirmières et d'infirmiers expert(e)s sur les plans régional et sous-régional;
- 2^o coordonner des infirmières et des infirmiers occupant des fonctions qui couvrent plusieurs établissements ou des fonctions régionales;
- 3^o établir un maillage avec les directions de santé publique, notamment en vue de l'opérationnalisation des programmes de santé publique;
- 4^o développer des activités de formation clinique d'appoint selon les priorités régionales;
- 5^o coordonner les activités d'Info-Santé et assurer l'interface entre Info-Santé et le Département régional de médecine générale;
- 6^o collaborer à des comités conjoints avec le département régional de médecine générale dans le but de solutionner des problématiques reliées à la prestation des soins dans la région.

Le directeur général de la régie régionale désigne une infirmière ou un infirmier pour diriger cette unité.

Certaines dispositions applicables dans une partie de la région du Nord-du-Québec

Les nouvelles dispositions énoncées à cette section prévoient qu'un seul établissement public a son siège sur le territoire et que cet établissement, en plus d'exercer les fonctions d'un centre hospitalier, exerce les fonctions propres aux missions des centres qu'il exploite et assume une large partie des responsabilités relevant d'une régie régionale.

Or, contrairement aux autres centres hospitaliers du Québec qui ont une représentante des infirmières sur leur conseil d'administration, celui de la région du Nord-du-Québec n'en aurait pas. Cette situation est d'autant plus surprenante qu'il s'agit d'une région particulièrement bien desservie par les infirmières.

Les décisions visant à assurer l'adéquation de ces soins et services aux besoins de la population revêtent une grande importance dans un contexte de régions isolées dont notamment celles qui concernent la planification, l'organisation, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques de santé, l'élaboration des priorités de santé et de bien-être, l'accessibilité aux soins et services et la distribution des ressources ainsi que la mise en oeuvre du programme de santé publique.

Les décisions prises par le conseil d'administration de cet établissement auront une portée très grande sur l'ensemble de l'organisation des soins et des services de ce territoire. Au fait, plus de 120 infirmières dans les localités de Chibougamau, Lebel-sur-Quevillon, Matagami et Chapais assurent des soins et services requis par cette population (OIIQ, 1997).

Afin d'harmoniser la composition des conseils d'administration et compte tenu du fait que l'établissement multivocationnel du Nord-du-Québec exploite un centre hospitalier, l'Ordre recommande la présence au conseil d'administration d'une infirmière élue par et parmi les infirmières et les infirmiers qui travaillent pour l'établissement.

Amendement

L'Ordre propose de modifier l'article 530.62 par le remplacement du paragraphe 3 par le suivant :

3^o une personne élue par et parmi les infirmières et infirmiers qui travaillent pour l'établissement et deux personnes élues par et parmi les autres personnes qui travaillent pour l'établissement, les personnes élues devant toutefois être titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, être membres d'ordres professionnels différents et travailler dans les installations qui ne sont pas situées dans la même localité.

Références

Alberta Health (1997). *Achieving Accountability in Alberta's Health System: A Draft for Discussion* [En ligne]. Adresse

URL : <http://www.health.gov.ab.ca/public/document/account.htm>

American Nurses Association (1996). *The Patient Safety Act of 1996 (H.R. 3355)*, Washington (D.C.).

Conseil de la santé et du bien-être (1995). *Un juste prix pour les services de santé*, Québec.

Conseil de la santé et du bien-être (1997). *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Québec.

Deputy Ministers' Council (1997). « Implementing Accountability for Performance: A Progress Report of the Deputy Ministers' Council », dans Auditor General of British Columbia, Deputy Ministers' Council (1998). *Enhancing Accountability for Performance in the British Columbia Public Sector : A Progress Report to the Legislative Assembly* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.aud.gov.bc.ca/pubs/1997-98/account/sec-2.htm>

Deschênes, J.-C., J. Brunet, T.J. Boudreau et G. Marcoux (1996). *Examen des responsabilités respectives du Ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des établissements : réflexions et propositions*, Rapport du groupe de travail (Rapport Deschênes), [Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux].

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1997). Texte de la conférence de presse, Montréal, 2 décembre.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1997). *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au Tableau au 31 mars 1997*, Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). *Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé*, Montréal.

Shindul-Rothchild, J., E. Long-Middleton et D. Berry (1997). « 10 keys to Quality Care », *American Journal of Nursing*, vol. 97, n° 11, p. 35-43.

Vérificateur général du Québec (1997). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1996-1997*, Tome 2, Québec, Les Publications du Québec.

Walshe, K. (1998). « Quality Moves to the Top of the Agenda », *Health Services Management Centre Newsletter*, Birmingham, University of Birmingham, School of Public Health, vol. 4, n° 1, p. 2.

Annexe I

Liste d'indicateurs de la performance des établissements de santé⁽¹⁰⁾

Sur les résultats des soins aux patients par type de clientèle, par exemple :

- le taux de mortalité;
- le taux de complications;
- le taux de plaies de lit;
- le taux d'infections en cours de traitement;
- la durée de séjour;
- les taux d'incidents et d'accidents (blessures, erreurs de médicaments, chutes);
- le taux de réadmission;
- le taux de retour à l'urgence.

Sur les processus de soins par type, par exemple :

- le nombre d'heures-soins par type de clientèle;
- le taux de roulement du personnel;
- les méthodes pour évaluer les patients;
- les mécanismes de suivi, les plans de soins;
- les délais et attentes pour une intervention;
- le contrôle de la douleur;
- l'enseignement à la clientèle;
- la planification du départ;
- les mesures de sécurité;
- l'utilisation de contraintes physiques et chimiques;
- la réponse adéquate aux demandes spécifiques formulées par les patients.

Sur les structures, par exemple :

- la composition de l'équipe médicale;
- la composition de l'équipe de soins infirmiers;
- la composition de l'équipe des professionnels;
- le ratio d'infirmière par patients;
- le ratio de personnel auxiliaire par patient;
- la qualification du personnel soignant;

- la stabilité du personnel, notamment le taux de roulement, la proportion de l'équipe volante.

Annexe II

Amendement de concordance

La composition du comité exécutif du cii (article 224)

L'article 224 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que « les responsabilités du conseil des infirmières et infirmiers sont exercées par un comité exécutif **formé de quatre infirmières ou infirmiers** désignés par le conseil, du président du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, du directeur général et du directeur des soins infirmiers ou, à défaut d'un tel directeur, de l'infirmière ou de l'infirmier responsable des soins infirmiers désigné par le directeur général ».

En ce qui a trait au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 217) et au conseil multidisciplinaire (art. 230) le législateur avait prévu une disposition de leur comité exécutif en statuant respectivement qu'il est formé **d'au moins** cinq médecins et **d'au moins** trois personnes titulaires de titres d'emploi différents.

En raison des fusions d'établissements qui ont cours actuellement dans le réseau, l'Ordre demande au gouvernement de procéder à une concordance de formulation entre les articles 217, 224 et 230 de la loi. Il est donc proposé de modifier le libellé de l'article 224 « formé de quatre infirmières » par « formé d'au moins quatre infirmières ».

Notes

1. Ces deux instances infirmières sont décrites à la section sur la coordination régionale des services aux pages 17 à 21.
2. Le Conseil de la santé et du bien-être (1997, p. 54) indique que la proportion des dépenses privées pourrait bientôt atteindre le tiers (plus précisément 32,2 %) des dépenses totales de services de santé.
3. Lors d'une conférence de presse conjointe en décembre 1997, la FIIQ et l'OIIQ ont fait valoir l'importance des coupures de services infirmiers hospitaliers estimées à 325 millions de dollars (entre 1993-1994 et 1997-1998) alors que les sommes injectées pour les soins infirmiers à domicile se situent autour de 5 millions de dollars.
4. C'est dans le but de donner toutes les chances de succès à cette nouvelle dynamique régionale que les infirmières exigent des tribunes régionales et que l'Ordre propose la commission infirmière régionale et un mécanisme de coordination régionale des infirmières dans son mémoire.
5. Ces principes sont la primauté des résultats, la subsidiarité, selon laquelle les décisions doivent être prises à l'échelon le plus bas possible au sein d'une hiérarchie, et l'imputabilité selon laquelle les instances ont l'obligation de rendre des comptes (Deschênes *et al.*, 1996).
6. Dès 1995, l'Assemblée législative passait le *Government Accountability Act* précisant la volonté du gouvernement en matière de mesure, de rapport et d'amélioration de l'efficacité des programmes financés par les deniers publics. En 1997, ce gouvernement indiquait que l'amélioration de la qualité du système de soins et services de l'Alberta passait par la reddition de comptes, par l'évaluation et le rapport sur la performance du système (Alberta Health, 1997).
7. L'approche préconisée par cette province est illustrée dans le rapport *Implementing Accountability for Performance : A Progress Report of the Deputy Ministers' Council* (Deputy Ministers' Council, 1997).
8. Ces deux instances infirmières sont décrites à la section sur la coordination régionale des services aux pages 17 à 21.
9. À la suite d'un projet soumis par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière et par le regroupement d'infirmières de la région.
10. Inspiré de Shindhul-Rothchild (1997).