

**Le contexte évolutif
de la réglementation
des soins infirmiers**

1. Le contexte évolutif de la réglementation des soins infirmiers

En raison des profondes transformations qui affectent le système de santé, l'adaptation des champs de pratique aux réalités modernes devient une nécessité pour l'ensemble des professions de la santé. À cet effet, tous conviennent que les solutions favorisant le partage des responsabilités entre les différents professionnels doivent préserver les compétences particulières de chaque profession et assurer la protection des activités requérant un niveau de compétence unique et complexe¹.

Dans ce présent chapitre, le contexte historique entourant la définition du champ d'exercice infirmier sera décrit en vue de rappeler les principes qui ont soutenu à l'époque l'enchâssement des activités professionnelles dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Le contexte juridique actuel au regard de l'interprétation du champ d'exercice infirmier et des responsabilités que les infirmières sont tenues d'assumer sera par la suite explicité pour démontrer l'inadéquation de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* au plan de la définition de l'exercice infirmier. Enfin, le contexte professionnel de la pratique des soins infirmiers en constante évolution constitue un des facteurs en importance à la base de la nécessaire adaptation de la réglementation des soins infirmiers.

1.1 Le contexte historique entourant la définition du champ d'exercice infirmier

Dès 1920, le titre de « garde-malade enregistrée » était protégé². En 1946, l'adhésion à l'association professionnelle reconnue était rendue obligatoire pour exercer la profession³. Déjà à cette époque, le législateur avait entouré la pratique des soins infirmiers d'un régime complet de protection du public eu égard aux préjudices importants pouvant résulter de cette activité professionnelle.

Presque trente ans plus tard, l'adoption de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*⁴ en 1973 marquait un développement important dans l'évolution de la pratique infirmière puisqu'elle enchâssait l'exercice infirmier pour la première fois dans un texte législatif. Pour appuyer et documenter sa définition de l'exercice infirmier, l'Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec avait entrepris une vaste étude mettant à jour les activités professionnelles dans les différents centres de santé de la province de Québec⁵.

L'adoption de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* a permis de définir le domaine d'intervention spécifique de la profession d'infirmière et de refléter l'évolution considérable qu'avait subie la pratique infirmière depuis la loi de 1946⁶. En plus de répondre à l'exercice contemporain de la profession dans des secteurs d'activités diversifiés⁷, le champ d'exercice adopté en 1973 voulait tenir compte d'une vision prospective de la pratique

infirmière. Libellée de façon assez large, cette définition devait permettre l'adaptation des activités professionnelles à l'évolution de la pratique⁸.

Le contenu de l'exercice infirmier faisait référence aux éléments constituant l'essence même de la profession et caractérisant l'apport spécifique de l'infirmière. L'identification des besoins de santé des personnes, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement, la réadaptation et l'enseignement étaient présents à tous les niveaux de l'intervention infirmière⁹. Le contrôle des soins infirmiers que reçoit la clientèle était également considéré comme spécifique à l'exercice infirmier¹⁰. De plus, la législation venait légitimer la pratique courante des soins que les infirmières exécutaient couramment sous prescription médicale¹¹.

L'exercice des activités visées à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* intégrait les facteurs prévus aux articles 25 et 26 du *Code des professions*¹². Par l'adoption de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, non seulement le législateur québécois réitérait que la pratique infirmière se devait d'être réglementée par les pairs afin que la protection du public soit assurée, mais il reconnaissait par là le caractère hautement préjudiciable des activités faisant l'objet de l'exercice infirmier ainsi que le niveau élevé de connaissances, d'autonomie et d'imputabilité inhérentes à l'exercice de la profession. Loin de s'estomper avec les années, la nécessité de réserver les activités professionnelles infirmières en fonction des critères d'analyse énoncés à l'article 26 du *Code des professions* se démontre d'une manière encore plus évidente de nos jours.

Bien que les infirmières soient maintenant appelées à travailler dans des milieux et des environnements quelque peu différents, les activités qu'elles exercent s'inscrivent toujours dans un cadre où, en raison des connaissances requises pour poser ces actes, elles jouissent d'un haut degré d'autonomie et où les tiers ne peuvent évaluer la qualité de leurs actes professionnels. Qu'elle soit ou non à l'emploi d'un établissement, l'infirmière est seule à répondre de son jugement clinique.

De plus, que ce soit dans un établissement de santé ou à domicile, en raison de la nature des activités professionnelles exercées, les infirmières sont continuellement confrontées au caractère préjudiciable et aux conséquences, parfois irrémédiables, des actes qu'elles doivent poser. Ce caractère préjudiciable se trouve non seulement associé à l'acte lui-même ou à son exécution fautive, mais peut également découler de toute omission ou manquement que pourrait commettre une infirmière dans l'exercice de sa profession.

En conséquence, la réserve des activités professionnelles identifiées à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* doit être maintenue à des fins de protection du public. Toutefois, une révision des énoncés actuels s'impose compte tenu des contextes juridique et professionnel qui prévalent aujourd'hui.

1.2 Le contexte juridique

Depuis quelques années, différents problèmes d'interprétation du champ d'exercice infirmier ont eu pour effet de freiner l'adaptation des services professionnels infirmiers aux besoins de la population. En effet, des jugements d'exercice illégal ont interprété restrictivement et littéralement l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* en définissant le champ d'exercice infirmier comme une exception à l'exercice médical et en restreignant l'habilitation légale de l'infirmière aux termes expressément énoncés à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*¹³.

Ces jugements mettent en évidence que certains éléments de l'exercice infirmier sont dans leur application vidés de leur contenu, en particulier *l'identification des besoins de santé*. Selon cette jurisprudence, l'exercice infirmier est restreint à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie. Tout problème de santé identifié par une infirmière est considéré comme un diagnostic médical, et une recommandation faite dans le but d'y apporter une solution, une correction ou un soulagement est jugé comme un traitement médical. Du moment que l'infirmière entreprend une démarche pour corriger un problème qu'elle a identifié elle-même selon sa propre évaluation, elle exerce illégalement la médecine.

Tel qu'interprété par ces jugements, le libellé actuel de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* soulève de sérieux problèmes d'application eu égard à la pratique actuelle de l'infirmière. Ainsi, l'infirmière qui reçoit un patient en consultation dispose d'une marge de manœuvre des plus limitées pour intervenir efficacement en s'appuyant sur son propre jugement clinique relativement à l'état de santé de son client. Cette interprétation remet en question la pratique des infirmières en CLSC qui identifient des problèmes de santé courants et recommandent fréquemment des médicaments en vente libre. Au regard de l'exercice actuel, les limites qu'impose cette interprétation constituent un frein et, si appliquées à la lettre, auraient pour effet de rendre dysfonctionnelle l'organisation des soins dans le réseau de santé.

D'autres instances jettent un regard différent sur les responsabilités qui incombent aux infirmières dans leur pratique. Alors que les jugements d'exercice illégal de la médecine accordent une portée très limitée à l'évaluation et au jugement clinique de l'infirmière en présence de problèmes de santé, des jugements en matière de responsabilité civile, des décisions disciplinaires et des rapports de coroners illustrent que, dans la pratique courante, l'évaluation et le jugement clinique de l'infirmière relativement à l'état de santé des bénéficiaires font partie intégrante de ses obligations professionnelles. Un manquement à cet égard constitue une faute de la part de l'infirmière, qui peut comporter un risque de préjudice sérieux pour le public et entraîner des conséquences graves, voire mortelles, pour les bénéficiaires de soins.

Bien que ces instances n'aient pas pour mandat de statuer sur la légalité des actes posés par les infirmières, leurs constatations et décisions témoignent des normes actuelles de la pratique, appuyées par les témoignages d'experts infirmiers et médicaux.

Ainsi, l'infirmière doit évaluer l'état de santé des personnes, identifier les situations d'urgence et y répondre de façon efficace, ce qui implique l'obligation de dépister les situations de santé à risques et les complications, afin d'assurer le suivi et d'orienter les soins infirmiers ou médicaux que le patient doit recevoir¹⁴.

En raison de la présence continue de l'infirmière auprès du bénéficiaire, la surveillance de patients à la suite de l'administration de médicaments et de traitements fait partie de ses responsabilités et comporte une évaluation continue des réactions à la médication ou au traitement, en vue d'une décision clinique¹⁵. Le contrôle des soins infirmiers implique aussi le devoir d'initier et de prodiguer certains soins qu'exige l'état de santé des personnes¹⁶.

En matière d'administration de médicaments selon l'ordonnance médicale, il appert que la responsabilité de l'infirmière est indéniable, car un mauvais jugement clinique au regard de la décision d'appliquer ou non l'ordonnance peut entraîner de graves conséquences¹⁷.

Alors que les forums qui ont à débattre de l'exercice illégal interprètent restrictivement le champ d'intervention de l'infirmière dans le cadre d'une approche littérale des textes législatifs applicables, il en est autrement lorsqu'il s'agit de déterminer la responsabilité civile de l'infirmière. Dans ce cas, les tribunaux supérieurs n'hésiteront pas à lui appliquer tout le poids de responsabilité que commande l'obligation d'agir de façon prudente et diligente, et ce, en fonction de normes de pratique évolutives et d'un ensemble de circonstances démontrées par la preuve.

Face à ces différentes interprétations du champ d'exercice infirmier, il est clair pour l'OIIQ qu'il faut préciser l'étendue et les limites des responsabilités de la profession telles qu'elles seront exposées dans le présent mémoire.

En ce qui concerne le mécanisme de délégation d'actes créé pour permettre l'adaptation rapide des champs de pratique à l'évolution des besoins, tous s'entendent sur le fait qu'il n'a pas donné les résultats escomptés. Malgré que le fondement de la délégation d'actes demeure toujours aussi pertinent, les nombreuses difficultés soulevées par l'application de ce mécanisme, notamment les contraintes reliées au libellé restrictif des dispositions habilitantes, aux délais et à la procédure d'adoption et de modification de ces règlements, constituent un frein important à son efficacité. Ces contraintes ne permettent plus d'adapter l'évolution des pratiques professionnelles à la rapidité et à l'ampleur des changements survenus dans le système de santé et de répondre efficacement aux besoins de la population en soins et services de santé.

1.3 Le contexte professionnel de la pratique des soins infirmiers

Depuis l'adoption de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, plusieurs éléments de contexte, plus particulièrement les transformations survenues dans le réseau de la santé, ont une influence déterminante sur le mode de prestation des services et sur le développement de la pratique infirmière.

Le déplacement des soins et services vers la communauté entraîne des changements de modèles de soins et oblige à penser en fonction de continuum et de système intégré de soins et de services. Avec la désinstitutionnalisation, le bassin de personnes se retrouvant prématurément dans la communauté s'est agrandi. On y retrouve dorénavant une clientèle diversifiée incluant, notamment, les personnes âgées en perte d'autonomie présentant des problèmes de santé et des difficultés fonctionnelles, les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladie mentale. Depuis le déploiement des CLSC, des milliers d'infirmières se sont investies dans le développement de programmes de suivi de groupes vulnérables et dans les soins à domicile.

Les changements sociodémographiques ont pour effet de diversifier la clientèle à servir au sein de la société. La population vieillit, l'espérance de vie augmente et de nouveaux problèmes de santé se développent, ce qui entraîne de nouveaux besoins de soins et de services. Ces aspects ont largement été documentés tant par la commission Rochon que plus récemment par la commission Clair.

L'évolution des connaissances scientifiques et technologiques amène une révolution dans le traitement et la prévention des maladies donc, inévitablement, la pratique infirmière s'adapte et s'approprie ces changements. La diversification des pratiques infirmières et une plus grande spécialisation s'inscrivent dans cette foulée.

Le rôle accru de l'utilisateur dans le processus de soins contribue aussi à l'évolution des pratiques professionnelles. Le changement de philosophie centrée sur le client modifie les approches thérapeutiques. Avec la démocratisation de l'information, la clientèle est mieux informée. La population se responsabilise et revendique la prise en charge de sa santé. Les utilisateurs de services font des choix éclairés et sont des partenaires avec qui il faut compter. Ils veulent prendre part aux décisions qui ont une incidence sur leur santé. Cette situation modifie substantiellement la relation usager–professionnel. La pratique des infirmières à Info-Santé, au triage à l'urgence et dans les soins à domicile a d'ailleurs sensibilisé la population au rôle privilégié de l'infirmière.

En lien avec la déconcentration des lieux de prestation des services, ces réalités entraînent une modification des rôles et des partages de responsabilités entre les divers partenaires du réseau de la santé. Elle nécessite une plus grande complémentarité des services, une

meilleure harmonisation des pratiques professionnelles et une plus grande collaboration interdisciplinaire.

Cette mouvance actuelle du système de santé modifie donc fondamentalement les règles du jeu pour les infirmières. L'adaptation de la pratique aux nouvelles réalités implique la maîtrise de nouvelles connaissances et habiletés de la part des infirmières et contribue à l'émergence de nouveaux rôles. Les infirmières sont de plus en plus appelées à travailler dans des sites multiples. Elles doivent faire preuve d'une plus grande flexibilité et exercer avec une plus grande marge d'autonomie, souvent sans supervision ou présence de pairs. Depuis plusieurs années, les infirmières prennent des décisions cliniques à partir de protocoles médicaux ou d'ordonnances permanentes qu'elles ont toute la latitude d'appliquer ou non.

Dans ce contexte, l'ouverture du champ de la médecine se présente comme un enjeu majeur¹⁸. Seuls les médecins peuvent poser un diagnostic et prescrire une thérapie. Au fil de l'histoire, quelques rares professions ont réussi à faire une brèche dans ce monopole. L'exemple le plus récent est celui de la sage-femme. Faire une évaluation physique, donner une opinion clinique, identifier un problème de santé sont là des activités diagnostiques qui, dans le cadre actuel de la loi, appartiennent aux médecins. Pourtant, la plupart des professionnels de la santé doivent procéder à une évaluation et établir un plan d'intervention ; pensons au physiothérapeute, à l'orthophoniste, au psychologue, à l'infirmière, à la diététiste. L'objet du débat est le suivant : peuvent-ils le faire seulement sur référence médicale ?

Le vieux postulat sur lequel s'est échafaudé tout le système de santé, à savoir la prestation des services médicalement requis, se fissure de toutes parts. Cette notion établit le médecin comme la seule voie d'accès et la plaque tournante des services. La pression énorme que représentent les besoins d'accessibilité à des soins et à des suivis de santé plaide en faveur d'une révision du cadre juridique afin de permettre à des professionnels de la santé d'exercer en amont des médecins.

La profession d'infirmière n'échappe pas à cet archaïsme juridique. La révision de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* est nécessaire pour reconnaître les pratiques infirmières déjà exercées sur le terrain. Cette évolution de la profession d'infirmière, comme celle des autres professions de la santé, repose sur un partenariat avec les médecins ; elle ne se présente pas comme une revendication de statut ou de reconnaissance professionnelle. Il s'agit avant tout d'une recherche de solutions aux besoins du système de santé.

Partout en Amérique du Nord, on demande des infirmières maîtrisant des soins complexes, en première ligne comme dans les soins tertiaires, capables de prendre des décisions rapides et de donner des traitements sans ordonnance individuelle, de façon autonome ou sur la base de protocoles permanents. Les États-Unis ont introduit, il y a vingt ans, des rôles avant-gardistes : infirmière sage-femme, infirmière anesthésiste, clinicienne spécialisée, praticienne. Au Québec, où l'on traîne de la patte, cette même tendance se confirme.

À l'autre bout du spectre, le champ d'exercice des infirmières fait l'objet de revendications importantes, notamment de la part des infirmières auxiliaires. La présence de milliers de non-professionnels dans les services à domicile vient compliquer la recherche de solutions. L'augmentation d'une population vieillissante requérant des soins d'assistance et de longue durée de plus en plus lourds, tant en établissement qu'en maintien à domicile, exige de trouver un nouvel équilibre au sein de l'équipe soignante, entre autres par une meilleure utilisation des infirmières auxiliaires dans ces milieux.

Dans le contexte actuel, la qualité et la sécurité des services nécessitent le développement et la consolidation d'instruments permettant une meilleure prise en charge des diverses clientèles par les infirmières, notamment par une coordination accrue des soins et services dispensés par les divers intervenants de soutien aux soins infirmiers, l'évaluation de la capacité du client et de la famille à prodiguer des autosoins et l'évaluation de la capacité des intervenants non professionnels à prodiguer des soins d'assistance reliés aux activités de la vie quotidienne à domicile ou en milieu de vie substitut. Ces conditions s'avèrent essentielles pour protéger le public.

Ces divers éléments de contexte mettent en relief la nécessité d'actualiser le cadre légal définissant la pratique infirmière afin de refléter l'exercice actuel de la profession et d'apporter une réponse aux besoins de la population. Cet exercice implique une réévaluation des activités à risque de préjudice afin d'identifier celles qui doivent être réservées lorsque la protection du public l'exige, dans le prolongement des objectifs poursuivis par le législateur en 1973.

Références

1. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 127-129.
2. *Loi constituant en corporation l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec*, (1920) 10 Geo. V, c. 141, art. 25.
3. *Loi concernant l'Association des infirmières de la province de Québec*, (1946) 10 Geo. VI, c. 88 : « Aucune personne ne peut exercer la profession d'infirmière à moins d'avoir obtenu une licence et d'être inscrite comme membre de l'Association dans le registre » (art. 39). L'exercice de la profession étant relié alors à la prestation de « services touchant le soin des malades » et de « soins destinés à prévenir les maladies » (art. 2, par. 7).
4. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.Q. 1973, c. 48.
5. Association des infirmières et des infirmiers de la province de Québec (1972). *Résultats partiels de l'étude sur l'acte infirmier dans les différents centres de santé de la province de Québec*, Montréal, AIIPQ.
Association des infirmières et des infirmiers de la province de Québec (1973). *Résultats finals de l'étude sur l'acte infirmier dans les différents centres de santé de la province de Québec 1972-1973*, Montréal, AIIPQ.
6. Assemblée nationale (1972). *Journal des débats. Commissions parlementaires*, 21 septembre, n° 93, p. B-5761.
Association des infirmières et des infirmiers de la province de Québec (1972). *Mémoire à la Commission parlementaire spéciale des corporations professionnelles de l'Assemblée nationale de Québec sur les Bills 250 et 273*, Montréal, AIIPQ, p. 15-16.
7. Assemblée nationale, *op. cit.*, p. B-5763.
8. *Ibid.*, p. B-5778, B-5785-B-5786.
9. *Ibid.*, p. B-5758.
10. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1979). Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté le 13 mars 1979 à la commission parlementaire des corporations professionnelles : Règlement des actes infirmiers, Règlement des actes médicaux*, Montréal, OIIQ, p. v.
11. *Ibid.*, p. 1.

12. *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26.

L'article 25 décrit les cinq facteurs qui doivent être considérés pour justifier la constitution d'un groupe de personnes en ordre professionnel. Quant à l'article 26, il établit les critères qui servent à déterminer si un champ d'exercice exclusif doit être accordé au groupe qui fait la demande de constitution en ordre professionnel.

13. *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Vézina*, C.Q. (Ch. cr.) St-François, 450-27-003143-914, 20 décembre 1993 ; C.S. (Ch. pén. et cr.) St-François, 450-36-000002-940, 450-36-000003-948, 14 juillet 1995 ; *Vézina c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, C.A. Montréal, 500-10-000335-958, 23 octobre 1998.

La Reine c. Dubord-Boies, C.Q. (Ch. cr. et pén.), Montréal, 500-61-000182-940, 16 avril 1997 ; *Dubord-Boies c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, C.S. Montréal, 500-36-001077-976, 1^{er} décembre 1997.

14. Voir l'annexe 1, p. 82.

15. Voir l'annexe 1, p. 87.

16. Voir l'annexe 1, p. 89.

17. Voir l'annexe 1, p. 90.

18. Les cinq paragraphes suivants sont tirés du texte de G. Desrosiers (2000). « Les professions de la santé sous examen : l'ouverture du champ de la médecine, un enjeu de taille », dans H. Morais et M. Venne (sous la dir. de), *Santé : pour une thérapie de choc*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 90-91.