

# ***MÉMOIRE***

## ***Projet de loi n° 36***

### ***Loi sur la santé publique***

***Septembre 2001***

# *Mémoire*

## *Projet de loi n° 36*

### *Loi sur la santé publique*

**Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
présenté à la Commission des affaires sociales**

**Adopté par le Bureau de l'OIIQ  
lors de la réunion extraordinaire du 4 septembre 2001**

**Septembre 2001**

#### Distribution

Centre de documentation  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
4200, boulevard Dorchester Ouest  
Montréal (Québec) H3Z 1V4  
Téléphone : (514) 934-2501 ou 1 800 363-6048  
Télécopieur : (514) 935-5273  
cdoc@oiiq.org  
<http://www.oiiq.org>

#### Dépôt légal

3<sup>e</sup> trimestre 2001  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-89229-284-0

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2001

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

*Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.*

## **INTRODUCTION**

C'est avec intérêt que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) répond à la consultation sur le projet de loi n° 36, *Loi sur la santé publique*.

Au Québec, les infirmières sont largement impliquées dans les dossiers de santé publique, particulièrement dans les CLSC et les directions de santé publique des régions régionales. Les groupes de médecine de famille actuellement en développement au Québec confèrent un rôle de tout premier plan aux infirmières qui, en collaboration avec les médecins omnipraticiens, assumeront des activités de prévention/promotion et certaines activités de dépistage. Tous ces domaines de pratique se chevauchent par leurs objectifs de promotion de la santé et de prévention de la maladie auprès des personnes, des groupes et de la population. Le réseau des CLSC compte 6 000 infirmières et nous retrouvons environ 200 infirmières dans les directions de santé publique (DSP) au Québec. Leur contribution est très importante comme le démontre le grand nombre d'activités qu'elles assument dans ce secteur.

L'expertise des membres de l'OIIQ œuvrant en santé publique est sollicitée à divers niveaux et plusieurs de ses représentantes siègent à des comités reconnus tels le Comité consultatif sur le programme national de santé publique, le Centre québécois de coordination sur le sida, le Groupe de travail pour l'implantation d'un programme d'accessibilité à la contraception orale d'urgence, le Réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein et le Comité sur l'immunisation du Québec.

En CLSC, les infirmières organisent notamment des cliniques de dépistage des maladies transmises sexuellement chez les jeunes et les autres clientèles. Elles effectuent la recherche de contacts dans les cas de maladies infectieuses. Si un contact retrouvé est significatif, elles entreprennent selon un protocole les interventions de nature préventive et orientent la personne vers les ressources appropriées. Elles appliquent le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) auprès des enfants, des jeunes, des travailleurs, des voyageurs ou auprès des clientèles à risque (personnes âgées, personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques), surveillent les réactions postvaccinales et interviennent en cas de réaction.

Elles interviennent également en santé parentale et infantile, en milieu scolaire, dans les services dentaires préventifs et en nutrition.

Dans les directions de santé publique des régions régionales, les infirmières contribuent au mandat de la Direction de santé publique en exerçant la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses, particulièrement celles à déclaration obligatoire, en effectuant des enquêtes épidémiologiques relativement à ces maladies, en organisant des campagnes de vaccination en collaboration avec les CLSC et en conseillant les intervenants du milieu dans l'application d'un plan d'intervention. Elles collaborent avec les médecins-conseils des DSP, les infirmières associées au programme de prévention des maladies infectieuses dans les CLSC, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), les écoles ainsi qu'avec les responsables des laboratoires médicaux.

Dans ce mémoire, l'OIIQ présente ses commentaires et formule ses recommandations selon les chapitres du projet de loi qui lui apparaissent les plus pertinents et qui sont en lien avec sa mission de protection du public.

## **PROGRAMME NATIONAL ET PLANS D'ACTION RÉGIONAUX ET LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'OIIQ accueille favorablement la proposition du projet de loi n° 36 de coordonner les activités de santé publique de l'ensemble du territoire du Québec en dotant le ministère d'un véritable programme national de santé publique qui encadre les activités aux niveaux national, régional et local.

Telles que décrites précédemment, les activités de santé publique réalisées par les CLSC constituent un maillon fort de la chaîne des services à la population en promotion de la santé et prévention de la maladie. L'OIIQ croit que leur contribution dans l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la mise à jour régulière des plans d'action de santé publique régional et local est essentielle considérant que leurs programmes rejoignent des clientèles diversifiées et de toutes conditions, partout au Québec.

Alors que le projet de loi attribue des responsabilités spécifiques aux régies régionales et aux établissements qui exploitent un centre local de services communautaires, il reste silencieux sur le rôle des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) à l'égard des problématiques de santé publique.

L'OIIQ est d'avis qu'un projet de surveillance des infections nosocomiales dans les CHSGS et en CLSC doit être une priorité du ministre, sachant que les infections nosocomiales touchent une proportion non négligeable des patients hospitalisés, hébergés ou suivis à domicile. Les infections nosocomiales affectent la qualité de vie des patients, sont une cause de morbidité et de mortalité et les coûts qui y sont associés sont importants, entre autres pour l'antibiothérapie et la durée de séjour prolongée.

Préoccupé par cette situation, l'OIIQ a déjà soumis au gouvernement une liste d'indicateurs de performance des établissements de santé, où le taux d'infection en cours de traitement constitue un des principaux indicateurs à documenter. Ces représentations ont été effectuées lors de la présentation de mémoires relatifs à des modifications proposées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, dans le cadre du projet de loi n° 404 en février 1998 et du projet de loi n° 28 en juin 2001 (voir l'annexe 1).

Notons que la propagation continue du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) constitue un risque sérieux pour la santé des patients dans les établissements de santé. Au Canada, l'Ontario et le Québec sont les deux provinces qui accusent les hausses les plus importantes de la bactérie SARM et les coûts associés à son traitement et à la prévention de son éclosion imposent un énorme fardeau aux ressources de santé.

Dans la même foulée, une étude portant sur la surveillance provinciale des infections nosocomiales (Projet SPIN) a été réalisée en 1998. L'OIIQ a contribué à cette initiative conjointe de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ), de l'Association des professionnels pour la prévention des infections (APPI), du chapitre montréalais de CHICA-Canada (Community and Hospital Infection Control Association) et du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

Cette étude visait trois objectifs, soit de démontrer l'importance des infections nosocomiales au Québec, de permettre aux programmes de surveillance hospitaliers de comparer leurs données aux données provinciales relativement aux taux d'incidence, à la morbidité et aux coûts reliés à ces infections et enfin d'améliorer la qualité de la surveillance de ces infections dans le réseau de santé québécois en fournissant une méthodologie de travail et du soutien dans l'analyse des données.

Des constats plus qu'inquiétants relativement aux impacts des infections nosocomiales ont été faits à la suite de cette étude. Durant les 3 mois où la cueillette de données a été effectuée, 503 épisodes de bactériémies ont été décelés dans 30 centres hospitaliers du Québec et le décès de 9 % des patients infectés a été recensé. Nous présentons un résumé plus élaboré des résultats de cette étude à l'annexe 2.

Selon une étude récente sur les ressources en prévention des infections, 75 % des CHSGS bénéficient des services d'un professionnel en prévention des infections et la majorité de ces professionnels sont des infirmières. En collaboration avec les microbiologistes, ces infirmières jouent un rôle pivot. Elles effectuent la surveillance des infections nosocomiales et des pathogènes multirésistants, rédigent des guides sur la prévention des infections, forment les autres intervenants et effectuent de la consultation auprès de leurs pairs. Leurs actions contribuent déjà à améliorer la qualité de vie des patients, à réduire les durées de séjour, les complications et les décès reliés aux infections nosocomiales.

Il est essentiel qu'un plus grand nombre d'infirmières qualifiées et compétentes dans ce domaine soient formées et affectées dans les établissements pour prévenir ces situations, les documenter et permettre que des actions soient entreprises dans les plus courts délais.

Un programme de prévention et de surveillance des bactériémies nosocomiales dans les établissements, combiné à l'expertise de ces infirmières en prévention des infections, procurerait à la population davantage de sécurité et de bien-être. Un tel programme assurerait aux établissements l'accès à des données leur permettant de comparer les résultats obtenus afin de mieux cibler leurs actions prioritaires et entraînerait pour le réseau des économies substantielles.

## RECOMMANDATIONS

L'OIIQ recommande :

- que le projet de loi soit modifié pour que les CHSGS participent à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la mise à jour des plans d'action régionaux de santé publique (art. 9) ;
- que le projet de loi soit modifié pour attribuer aux établissements qui exploitent des CHSGS un mandat particulier relativement à la surveillance de l'incidence des bactériémies nosocomiales ;
- que soient confirmées les responsabilités des infirmières en prévention des infections dans ces établissements en collaboration avec l'équipe médicale et que des ressources suffisantes soient affectées afin que ces infirmières puissent assumer leur rôle pleinement ;
- que les autorités de santé publique procèdent à la compilation régionale et nationale des données relatives à ces infections pour en permettre un meilleur contrôle.

L'OIIQ désire attirer l'attention sur un autre volet important du projet de loi, à savoir le mécanisme de consultation que doit respecter la régie régionale avant de mettre en œuvre son plan régional de santé publique (art. 13). En plus des consultations prévues auprès des organismes communautaires et du Département régional de médecine générale, l'OIIQ est d'avis que la Commission infirmière régionale (CIR) doit également être consultée.

Récemment créée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*<sup>1</sup>, la CIR est créée dans chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale.

---

<sup>1</sup> L.Q. 2001, ch. 24, art. 57 introduisant les articles 370.1 et suivants.

Dans le cadre du mandat qui lui est attribué par la loi <sup>2</sup>, la CIR est responsable, envers le conseil d'administration de la Régie régionale notamment, de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire, sur des questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services impliquant les soins infirmiers dans la région et sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. En rendant obligatoire la création de la Commission infirmière régionale, le législateur reconnaît l'autorité clinique des infirmières et l'importance de les consulter en ces matières.

### **RECOMMANDATION**

L'OIIQ recommande que le projet de loi soit modifié pour :

- intégrer formellement la Commission infirmière régionale parmi les intervenants que la Régie régionale doit consulter avant la mise en œuvre du plan régional de santé publique (art. 13).

### **COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'OIIQ accueille favorablement la création d'un Comité d'éthique aviseur au ministre (art. 17). Ce comité devrait permettre de favoriser l'équilibre entre les impératifs de santé publique et le respect des valeurs ayant trait aux libertés individuelles et à la vie privée des personnes.

---

<sup>2</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 370.3.

En ce qui concerne la composition du comité (art. 21), l'OIIQ est d'avis qu'une infirmière doit être nommée comme membre pour représenter les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé publique. Plusieurs infirmières ont des qualifications en éthique et/ou en santé publique et de ce fait sont en mesure de fournir un éclairage important sur les enjeux entourant les problèmes de santé publique. En effet, les infirmières sont près de la population et leur implication sociale permet de refléter adéquatement les préoccupations du public. Leur connaissance et leur expertise entourant les enjeux éthiques font en sorte qu'elles sont particulièrement qualifiées dans ce domaine.

Par ailleurs, l'OIIQ est d'avis que le quorum du Comité d'éthique ne devrait pas être limité à la participation de la majorité des membres dont le président ou, le cas échéant, le vice-président (art. 26). Nous considérons que chacun des membres a un rôle spécifique à remplir pour aviser le ministre efficacement. De ce fait, l'OIIQ propose que le quorum aux réunions du comité soit d'au moins un représentant pour chacune des catégories de membres et qu'un mécanisme de substitution soit prévu pour ne pas entraver le bon fonctionnement du comité.

## **RECOMMANDATIONS**

L'OIIQ recommande que le projet de loi soit modifié pour :

- assurer la présence d'une infirmière au Comité d'éthique comme membre représentant les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé publique (art. 21) ;
- que le quorum aux réunions du Comité d'éthique soit d'au moins un représentant pour chacune des catégories de membres nommés par le ministre et qu'à cet égard un mécanisme de substitution soit prévu (art. 26).

## COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS ET REGISTRES

Dans ce projet de loi, il est prévu à l'article 41 que le ministre doit établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance épidémiologique, un système de collecte de renseignements sociosanitaires personnels ou non, sur les naissances, les mortinaissances et les décès. À cette fin, doivent être complétés les bulletins de naissance, de mortinaissance et de décès.

En ce qui concerne le bulletin de décès, l'article 43 du projet de loi reprend le libellé de la loi actuelle concernant les personnes habilitées à remplir ce document<sup>3</sup>. À cet effet, l'OIIQ considère que l'expertise et la compétence des infirmières dans diverses situations entourant le décès des personnes pourraient être mises à contribution.

*Lorsque le décès survient dans une installation maintenue par un établissement,* notamment en CHSGS et en CHSLD, des délais sont occasionnés par le retard à faire la constatation du décès du patient. En CHSGS, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, le médecin de l'urgence doit se déplacer dans les unités de soins. Cette pratique contribue au ralentissement des services rendus à la clientèle de l'urgence. En CHSLD, il arrive fréquemment que le défunt doive séjourner plusieurs heures dans l'unité de soins en attente du passage d'un médecin pour constater le décès.

C'est principalement pour permettre une meilleure organisation des services et pour humaniser les contacts avec la famille que nous proposons que l'infirmière puisse remplir le bulletin de décès relativement aux signes cliniques du décès, à des conditions et circonstances qui seraient à définir par voie de règlement.

*Lorsque le décès survient ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement,* une situation semblable est souvent observée. En effet, parmi la clientèle suivie en soins à domicile par les CLSC, notamment celle en soins palliatifs, il n'est pas rare de constater des délais importants entre le moment où l'infirmière informe le médecin du décès d'un patient et le moment où le médecin se présente pour constater le décès. Cette situation occasionne un retard dans le transport du défunt par le directeur des funérailles et contraint la famille à retarder l'exécution des arrangements funéraires.

---

<sup>3</sup> Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., C. P-35, art. 47.

Parfois même, les délais occasionnés par le retard d'un médecin à se présenter à domicile obligent à transporter le corps du défunt à l'urgence d'un centre hospitalier pour qu'un autre médecin constate le décès et remplisse le bulletin de décès.

En région isolée, l'infirmière est appelée à dispenser des services et des soins de santé auprès de différentes communautés et elle exerce souvent seule sur des territoires, sans présence sur place de médecins.

Dans ces circonstances, l'OIIQ est d'avis que l'infirmière détient les compétences requises pour constater les signes cliniques du décès et qu'elle est apte à dresser le bulletin de décès au même titre que le maire ou le ministre du culte.

### **RECOMMANDATIONS**

L'OIIQ recommande que le projet de loi soit modifié pour :

- habiliter les infirmières à remplir le bulletin de décès en établissement, à des conditions et selon des modalités à déterminer par règlement (art. 43) ;
- habiliter les infirmières à dresser le bulletin de décès lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement et lorsque le dernier médecin ayant soigné la personne est inaccessible (art. 43).

## **VACCINATION**

### **Registre central de vaccination**

L'article 57 du projet de loi propose la création d'un registre central des vaccinations effectuées au Québec dont la responsabilité incomberait au ministre de la santé.

L'OIIQ ne met pas en doute le bien-fondé de créer un registre central des vaccinations. Ce registre à caractère administratif revêt une importance particulière pour contrôler à des fins statistiques ce volet de santé publique.

Par ailleurs, l'OIIQ considère qu'un registre des vaccinations doit également être un instrument de suivi clinique pour la clientèle qui le désire. Par conséquent, les renseignements doivent être colligés et traités le plus près possible de la personne vaccinée et être disponibles pour les intervenants appelés à soigner et à réagir en cas d'incident sur les plans local et régional.

Les avantages cliniques de registres locaux et régionaux sont nombreux, particulièrement en regard du suivi postvaccinal. En plus de contenir l'histoire vaccinale d'une personne, ces registres facilitent et accélèrent la recherche des personnes qui ont reçu un produit inefficace ou déficient ou qui ont présenté des manifestations cliniques inhabituelles.

Dans cette optique, des modalités devront être prévues pour rendre accessibles les données de l'histoire vaccinale d'une personne d'une région à l'autre. En effet, les infirmières constatent régulièrement que les personnes ne connaissent pas exactement leur histoire vaccinale ou qu'elles ont perdu leur carnet de vaccination, notamment au moment d'un changement de lieu de résidence.

Des registres de vaccination existent déjà dans certaines régions du Québec et, si nous nous référons à l'expérience vécue par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ces registres répondent en grande partie aux impératifs de convivialité et d'efficacité clinique et ont l'avantage d'intégrer les cabinets privés de médecins.

De plus, le choix d'un registre local et régional n'exclut pas la nécessité d'une coordination nationale dans le cas où un incident se produirait simultanément dans deux régions ou plus. À cet effet, des données peuvent être partagées entre les intervenants locaux, régionaux et centraux à l'aide d'une plateforme technologique uniformisée et moyennant l'ajout de ressources humaines et financières.

Enfin, comme dans la majorité des cas c'est l'infirmière qui administre les vaccins, l'OIIQ considère qu'elle doit automatiquement avoir accès aux informations du registre des vaccinations pour vérifier l'histoire vaccinale de la personne afin de fournir un service de qualité et de répondre à ses obligations de diligence professionnelle.

L'OIIQ partage les préoccupations importantes des intervenants du réseau de la santé à l'égard de la protection des renseignements personnels inscrits dans un registre des vaccinations, mais se préoccupe aussi de la recherche d'un équilibre entre le droit à la vie privée et l'efficacité du service à la population.

### **RECOMMANDATIONS**

L'OIIQ recommande que le projet de loi soit modifié pour :

- prévoir la création de registres locaux et régionaux des vaccinations développés notamment à des fins de suivi clinique de la clientèle ;
- que le vaccinateur ait accès sans condition, à ces registres concernant les renseignements relatifs à l'histoire vaccinale, à moins que la personne concernée lui en refuse l'accès par écrit.

### **Commentaires additionnels relativement à la vaccination**

La vaccination est une activité de santé publique importante accomplie par les infirmières. Elles œuvrent dans différentes cliniques de vaccination auprès des enfants, des jeunes, des travailleurs, des voyageurs ou auprès de diverses clientèles à risque (personnes âgées, personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques). Dans le cadre de ces cliniques, les infirmières appliquent le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*.

Présentement, le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale* qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins ne semble plus l'outil approprié pour encadrer la pratique de l'immunisation au Québec. Les mécanismes liés à l'adoption et à l'application du *Règlement* nuisent à la mise en œuvre des programmes de santé publique.

Le Comité sur l'immunisation du Québec abonde dans ce sens. En effet, en mars 2000, le président du Comité sur l'immunisation du Québec informe le CMQ que la lourdeur du processus de mise à jour de la liste des vaccins prévus au règlement nuit à l'application des programmes en santé publique, qu'il est impossible d'établir une ordonnance permanente pour vacciner le personnel d'un établissement de soins et de déléguer l'acte vaccinal à une infirmière qui n'est pas engagée par un établissement de santé. Le président du Comité sur l'immunisation du Québec énonce la possibilité de faire de l'acte vaccinal pratiqué dans le cadre des programmes réguliers d'immunisation un acte infirmier. L'OIIQ a été informé de la problématique ainsi que le MSSS et l'Institut de santé publique du Québec.

Fort de ces constats, l'OIIQ a récemment soumis dans un mémoire au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, dans le cadre de la mise à jour du système professionnel, une proposition visant à considérer l'acte vaccinal comme faisant partie de l'exercice infirmier à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.

Étant donné que l'accessibilité de la population aux services de vaccination constitue une priorité de santé publique, l'OIIQ demande un appui formel du ministre afin que des mesures législatives soient adoptées promptement pour habiliter les infirmières à procéder à la vaccination sans ordonnance, à l'intérieur des paramètres établis par le PIQ.

## **INTOXICATIONS, INFECTIONS ET MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

Le projet de loi n° 36 attribue au ministre le pouvoir de dresser par règlement une liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de la santé publique du territoire et/ou au ministre (art. 74). Il est proposé que cette déclaration indique le nom et l'adresse de la personne atteinte et tous les autres renseignements personnels ou non prescrits par le règlement du ministre (art. 76).

Ces déclarations nominales dans tous les cas constituent une atteinte importante à la vie privée des individus. L'OIIQ, sans remettre en cause les principes, est inquiet des répercussions que pourrait avoir une déclaration nominale sur la pérennité de certains programmes de dépistage anonyme de MTS s'adressant à des groupes à risque. Une telle déclaration dans ces circonstances pourrait constituer un frein à l'utilisation de ces programmes de prévention, qui ont obtenu jusqu'à maintenant des résultats éloquentes. Néanmoins, l'OIIQ considère que les projets de règlement portant sur les matières visées à l'article 76 du projet de loi devraient être soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information.

Dans un autre ordre d'idée, à l'égard des personnes visées à l'article 77 du projet de loi, l'OIIQ est d'avis que les infirmières devraient être habilitées à déclarer la présence d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie à déclaration obligatoire lorsqu'elles constatent la présence de signes cliniques caractéristiques de ces situations. En effet, les infirmières sont compétentes à évaluer différentes conditions de santé et sont aptes à détecter les signes de complication dans les nombreux champs cliniques où elles œuvrent.

Actuellement, les infirmières sont amenées à agir seules dans plusieurs circonstances. En CLSC, elles ont la responsabilité de cliniques jeunesse et, dans le cadre d'activités de dépistage de certaines maladies transmises sexuellement, elles initient des tests de dépistage auprès de clientèles asymptomatiques. En région isolée, elles prennent charge de la santé des membres d'une communauté présentant de multiples problèmes de santé en évaluant leur condition par l'examen physique et par des tests diagnostiques et en les traitant en collaboration avec les médecins désignés pour couvrir cette clientèle.

## **RECOMMANDATIONS**

L'OIIQ recommande que le projet de loi soit modifié pour :

- que les projets de règlement portant sur les renseignements personnels qui doivent être transmis aux fins des déclarations obligatoires des intoxications, infections et maladies soient soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information (art. 76) ;
- que les infirmières soient habilitées à déclarer la présence d'intoxications, d'infections ou de maladies à déclaration obligatoire lorsqu'elles constatent la présence de signes cliniques caractéristiques de ces situations (art. 77).

### **TRAITEMENT OBLIGATOIRE ET MESURES DE PROPHYLAXIE À RESPECTER POUR CERTAINES MALADIES OU INFECTIONS CONTAGIEUSES**

L'article 78 du projet de loi propose que le ministre dresse, par règlement, une liste des maladies et infections contagieuses pour lesquelles toute personne atteinte doit obligatoirement se soumettre aux traitements médicaux requis pour éviter la contagion.

À titre de mesure transitoire, l'article 165 du projet de loi prévoit que les maladies sexuellement transmissibles ne soient plus à traitement obligatoire. L'OIIQ considère qu'il faut agir avec prudence et reconsidérer les motifs qui militent en faveur du retrait, même transitoire, des maladies sexuellement transmissibles des dispositions du règlement d'application actuel en matière de traitement obligatoire. En effet, le manquement à se soumettre au traitement de certaines maladies vénériennes (ex. : syphilis, gonorrhée) peut entraîner des répercussions graves dans la santé d'une personne. Le risque de contagion est très important et un traitement approximatif de ces maladies peut causer l'accentuation de la résistance aux antibiotiques et ainsi diminuer le contrôle de la transmission de la maladie.

L'OIIQ s'inquiète également du sort du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, qui, depuis sa mise en place en 1992, vise à réduire l'incidence des maladies transmises sexuellement. Ce programme permet de limiter leur transmission, à prévenir les complications de ces maladies et à contrôler le développement de la résistance aux antibiotiques en fournissant des traitements précoces et adéquats aux personnes infectées et à leurs partenaires sexuels, qu'ils présentent des symptômes ou non. Ces nouvelles dispositions du projet de loi mettent-elles en cause la pérennité de ce programme?

### **POUVOIRS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DU GOUVERNEMENT EN CAS DE MENACE À LA SANTÉ DE LA POPULATION**

L'OIIQ accueille favorablement les pouvoirs extraordinaires et plus explicites attribués aux autorités désignées pour intervenir en cas de menace à la santé de la population.

En ce qui concerne l'article 95 du projet de loi, l'OIIQ considère essentiel que, lorsqu'un directeur de santé publique constate, dans le cours d'une enquête épidémiologique, qu'une menace à la santé à la population semble provenir d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux ou d'une pratique déficiente au sein d'un tel établissement la directrice des soins infirmiers (DSI) ou, selon le cas, la responsable des soins infirmiers (RSI) de l'établissement soit avisée de cette situation afin qu'elle puisse mettre en œuvre tous les moyens dont elle dispose dans l'exercice de son mandat pour contrer les effets de telles situations sur la santé des patients.

À cet égard, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>4</sup>, confie à la DSI ou, le cas échéant, à la RSI le mandat de surveiller et de contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre et d'assurer une distribution appropriée des soins infirmiers aux patients de l'établissement. Les DSI et les RSI exercent au sein des établissements des fonctions clés dans l'organisation des services. Leur engagement dans la recherche de solutions et la mise en place de moyens efficaces pour contrer

---

<sup>4</sup> Article 207.

toute menace à la santé des patients est bien connue et s'avère essentielle ainsi qu'en lien direct avec la pratique infirmière.

L'OIIQ juge tout aussi essentiel que le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) soit avisé de ces situations. Le CII doit obtenir toute l'information pertinente pour bien exercer son mandat auprès du conseil d'administration de l'établissement tel que prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les responsabilités du CII consistent notamment à apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et à faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières<sup>5</sup>.

Le personnel infirmier constitue plus de 50 % du personnel soignant des établissements du réseau (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiales) et il va sans dire que les infirmières doivent être impliquées sur tous les plans dans la recherche de solutions aux problèmes de santé de la population.

### **RECOMMANDATIONS**

L'OIIQ recommande que le projet de loi soit modifié pour :

- que la DSI ou la RSI soit avisée par le directeur de santé publique lorsque celui-ci constate dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'une menace à la santé de la population semble provenir d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux ou d'une pratique déficiente au sein de cet établissement (art. 95);
- que le CII soit avisé dans ces mêmes circonstances afin de lui permettre de remplir son rôle relativement à la qualité des soins dans l'établissement.

---

<sup>5</sup> Article 220.

## LISTE D'INDICATEURS DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### *Sur les résultats des soins aux patients par types 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 types, 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'infirmières par patient ;
- 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 2

### SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES AU QUÉBEC

(Projet SPIN, 1998)

C. Frenette, M.D. ; D. Moore, M.D. ; L. Meunier, inf ; M. Delorme, inf. ; C. Tremblay, M.D. ; P. St-Antoine, M.D. ; K. Weiss, M.D. ; G. Hébert, R.N. ; M. Miller, M.D. ; M.A. D'Halewyn, M.Sc ; M. Gourdeau, M.D. ; et le Groupe de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN).

Du 26 avril au 18 juillet 1998, nous avons effectué une surveillance des bactériémies nosocomiales dans 30 centres hospitaliers de la province de Québec. Durant cette période, 503 épisodes de bactériémies ont été recensés, dont 65 (13 %) dans un cadre ambulatoire. Parmi les patients hospitalisés, 0,51 % ont présenté une bactériémie nosocomiale, avec un taux d'incidence de 0,66 bactériémies par 1 000 jours présence. Pour les patients séjournant aux soins intensifs, ce taux est 4 fois plus élevé (2,82 bactériémies par 1 000 jours présence). Ces taux sont également plus élevés dans les centres hospitaliers universitaires (0,85) que dans les centres affiliés (0,7) ou dans les centres non universitaires (0,27).

Trente-huit pour cent (194/503) des bactériémies sont associées à la présence d'un cathéter central. Les autres sources de bactériémies sont : urinaires (17 %) ; le site chirurgical (11 %) ; bactériémies primaires sans cathéter (9 %) ; pneumonies (7 %) ; origine digestive ou biliaire (7 %) ; et cathéters périphériques (6 %). Un total de 563 pathogènes ont été isolés. Le *S. aureus* est le plus fréquemment retrouvé (18 %), suivi du staphylocoque à coagulase négative (17 %), du *E. Coli* (15 %), du *Enterobacter sp* (11 %) et du *Klebsiella sp* (8 %).

La présence de néoplasie est le facteur de risque le plus fréquemment associé à une bactériémie nosocomiale (36 %), suivi de la prise de stéroïdes (17 %), du diabète (16 %), de la chimiothérapie (15 %) et de la neutropénie (13 %). Un choc septique a été rapporté dans 16 % des bactériémies. Un transfert aux soins intensifs a été requis pour 22 % (79/352) des patients n'étant pas déjà aux soins intensifs. Une chirurgie a été nécessaire pour traiter l'infection dans 7 % des cas rapportés. La mortalité un mois après la bactériémie s'élève à 18 % (91/503) et le décès est relié à l'infection dans plus de la moitié des cas (47/91).

Outre le fait d'avoir expérimenté un réseau provincial de surveillance, cette étude met en évidence l'importance des bactériémies nosocomiales dans les centres hospitaliers du Québec ainsi que leurs facteurs de risque et leurs complications.

## RÉFÉRENCES

Association des professionnels pour la prévention des infections (1993). *Organisation d'un programme de prévention des infections en milieu de soins*, Montréal, APPI.

Comité sur l'immunisation du Québec (1999). *Protocole d'immunisation du Québec*, 3<sup>e</sup> éd., Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.

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.  
<http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/00-109.pdf>

Frenette, C., Meunier, L. et Groupe de surveillance provinciale des infections nosocomiales du Québec (2001). *Étude sur les ressources en prévention des infections au Québec, 2000*, [s.l.], [s.n.].

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 2001, c. 24.

[http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fr/loisreglements/html/projets\\_2-36.dbml](http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fr/loisreglements/html/projets_2-36.dbml)

*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8.

[http://www.oiiq.org/act\\_pub/lois/lois\\_reglements.htm](http://www.oiiq.org/act_pub/lois/lois_reglements.htm)

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

[http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fr/loisreglements/html/tele\\_mots\\_cles.dbml](http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fr/loisreglements/html/tele_mots_cles.dbml)

Noël, A. (2001). « Des infections dangereuses courent de plus en plus dans les hôpitaux », *La Presse*, 10 juillet, p. A3.

[http://www.cyberpresse.ca/reseau/actualites/xp/act\\_p1069129.html](http://www.cyberpresse.ca/reseau/actualites/xp/act_p1069129.html)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). *Projet de loi n° 404, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives : mémoire*, Montréal, OIIQ.

[http://www.oiiq.org/act\\_pub/publications/pl404.htm](http://www.oiiq.org/act_pub/publications/pl404.htm)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Projet de loi n° 28, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives : mémoire*, Montréal, OIIQ.

[http://www.oiiq.org/act\\_pub/publications/pl28/projet%20de%20loi%20no%2028-memoire.htm](http://www.oiiq.org/act_pub/publications/pl28/projet%20de%20loi%20no%2028-memoire.htm)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *La Vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, mémoire présenté au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel, Montréal, OIIQ.

[http://www.oiiq.org/act\\_pub/publications/vision/vision.htm](http://www.oiiq.org/act_pub/publications/vision/vision.htm)

Poulin, C. et Alary, M. (2001). *Évaluation du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, de 1995 à 1999*, Québec, ministère

de la Santé et des Services sociaux, Centre québécois de coordination sur le sida, coll. « Analyses et surveillance », n° 19.

<http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/933f276880164d6685256809007069af/8f9e0d2c8e7d94bf85256ab7004c64c0?OpenDocument>

Simor, A.E., *et al.* (2001). « The evolution of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Canadian hospitals: 5 years of national surveillance », *CMAJ : Canadian Medical Association journal / JAMC : Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 1, p. 21-26.

<http://www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-1/0021.asp>

**CODE 113**