



CSSS - 028M
C. P. PL 15
Loi système de santé
et services sociaux

Projet de loi n° 15

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Mémoire présenté à la Commission
de la santé et des services sociaux

10 mai 2023



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Ce document est disponible sur le site de l'OIIQ
oiiq.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN 978-2-89229-760-7 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2023
Tous droits réservés

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'OIIQ est le plus grand ordre professionnel dans le domaine de la santé au Québec. Il est régi par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et par le *Code des professions*. Sa mission est d'assurer la protection du public par et avec les infirmières et infirmiers, tout en veillant à l'amélioration de la santé des Québécois. L'OIIQ a également pour mandat d'assurer la compétence et l'intégrité des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que de contribuer à la promotion d'une pratique infirmière de qualité. L'OIIQ est guidé par ses valeurs de gouvernance que sont la confiance, la bienveillance, le respect et l'équité. Il compte quelque 83 000 membres et quelque 16 000 personnes dans un parcours d'admission à la profession.

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les parlementaires,

Nous vous remercions de votre invitation à émettre nos commentaires et recommandations sur le projet de loi n° 15 concernant la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, qui s'appellera à terme la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (projet de loi).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) accueille favorablement la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux (ministre) d'apporter des changements structurants d'importance à la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Nous saluons également les objectifs qui ont pour but de faciliter l'accès à des services de santé et à des services sociaux qui soient sécuritaires et de qualité, en tentant de renforcer la coordination des différentes composantes du système et de rapprocher des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation de services.

Pareillement, nous saluons l'ouverture dont a fait preuve jusqu'à présent le ministre à l'égard des recommandations formulées par les différents groupes et experts entendus à ce jour à l'occasion des consultations particulières sur le projet de loi. Nous voyons en cette ouverture une volonté que les changements structurants apportés à la gouvernance du système répondent aux enjeux soulevés pour le bénéfice de la population.

L'OIIQ voit néanmoins dans ce projet de loi des opportunités pour cette gouvernance, notamment pour l'organisation des soins et services infirmiers et, incidemment, pour la profession infirmière et la protection du public, mission première d'un ordre professionnel. Le présent mémoire énonce donc certaines recommandations visant à bonifier le projet de loi, lesquelles s'inscrivent en parfaite adéquation avec la visée de ce dernier en matière d'efficacité.

Plus particulièrement, nos recommandations portent sur la gouvernance, sur les mécanismes d'examen des plaintes et d'évaluation de la qualité des soins et services, sur la gestion des ressources infirmières et finalement, sur les facteurs de succès.

Table des matières

Sommaire des recommandations.....	1
Introduction	3
1 L'expertise infirmière au cœur d'une gouvernance clinique efficace.....	4
1.1 Nouvelle gouvernance du système de santé et de services sociaux.....	4
1.1.1 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	4
1.1.2 Santé Québec.....	5
1.1.3 Établissements de santé.....	5
1.2 Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS).....	10
1.3 Recommandations.....	11
2 Des mécanismes optimisés d'examen des plaintes et d'évaluation de la qualité des soins et services	12
2.1 Régime d'examen des plaintes	12
2.2 Évaluation de la qualité des soins et des services infirmiers.....	13
2.3 Recommandations.....	15
3 Une saine planification des ressources pour le déploiement de l'expertise infirmière	16
3.1 Planification des ressources infirmières	16
3.2 Coordination des stages	18
3.3 Recommandations.....	19
4 Les facteurs de succès et les opportunités pour l'expertise infirmière	20
4.1 Évaluation de la mise en œuvre	20
4.2 Importance de la transformation numérique	21
4.3 Autres opportunités.....	22
4.4 Recommandations.....	24
Conclusion.....	25
Références.....	26

■ Sommaire des recommandations ■

1. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) instaure une direction générale des affaires infirmières (fonction de sous-ministre adjoint);
2. Que Santé Québec prévoie une direction propre aux soins et services infirmiers relevant du président et chef de la direction;
3. Que la gouvernance clinique offre aux différentes directions et aux différents conseils des responsabilités à portée égale;
4. Que des instances interdisciplinaires et intersectorielles soient prévues à tous les niveaux de gouvernance du système de santé et de services sociaux;
5. Que les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) et les établissements membres d'un RUISSS aient les mêmes responsabilités prévues à l'égard des soins et services infirmiers que pour les soins médicaux;
6. Que les modalités de communication entre les instances responsables de l'examen des plaintes au sein des établissements du système de santé et de services sociaux et les ordres professionnels soient précisées et qu'il revienne aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services de déterminer la pertinence d'informer un ordre professionnel;
7. Que la consultation d'un expert externe relève de l'autorisation du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services;
8. Que les commissaires aux plaintes et à la qualité des services aient juridiction sur l'ensemble des droits de l'usager, y compris ceux relatifs à son dossier et à la confidentialité des renseignements y étant contenus;
9. Que soient harmonisés et dévolus aux instances appropriées les rôles et les responsabilités en matière d'évaluation, d'appréciation, de surveillance et de contrôle de la qualité des actes professionnels;
10. Qu'une responsabilité d'évaluer la qualité des actes professionnels partagés soit attribuée à un sous-comité conjoint du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique réunissant des perspectives médicales, infirmières et multidisciplinaires;
11. Que la planification des ressources infirmières tienne compte du plan de carrière et de développement professionnel continu (DPC) des infirmières et infirmiers, notamment des connaissances et des compétences développées à l'issue de leur formation initiale et continue;

12. Que le président-directeur général (PDG) d'un établissement de santé élabore un « plan des effectifs infirmiers » suivant les recommandations du directeur des soins infirmiers (DSI) et du conseil des infirmières et infirmiers (CII);
13. Que la coordination des stages des futurs infirmières et infirmiers, dans une perspective de développement professionnel continue (DPC) et d'attribution appropriée des ressources, relève de Santé Québec;
14. Que l'implantation du projet de loi et l'évaluation de sa mise en œuvre fassent l'objet d'une évaluation rigoureuse, objective et indépendante;
15. Que la transformation numérique du système de santé et de services sociaux soit accélérée et que la collaboration des ordres professionnels soit accrue;
16. Que les infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) soient habilités dans le nouveau règlement à être adopté par Santé Québec sur les conditions et modalités d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d'un établissement.

Introduction

Au cours des dernières décennies, la société québécoise s'est vue transformée sous l'influence de différents phénomènes ayant eu une incidence directe sur la santé des populations et l'offre de soins et services de santé et de services sociaux. À cet égard, citons à titre d'exemples le vieillissement de la population, la pandémie des dernières années et l'émergence de nouvelles technologies. Impérativement, la gouvernance du système de santé et de services sociaux doit s'adapter pour agir avec efficacité, en respect des droits fondamentaux d'accessibilité et d'universalité des soins et des services. Le projet de loi propose de jeter les premières pierres d'une nouvelle gouvernance en proposant plusieurs changements structurants d'importance. En instituant Santé Québec et en révisant le socle législatif du système, le gouvernement souhaite se doter de moyens pérennes pour atteindre ses objectifs d'efficacité¹.

Or, cette transformation substantielle du système de santé et de services sociaux ne peut s'opérer avec succès sans la perspective unique de la profession qui y est la plus représentée : la profession infirmière. En effet, la très vaste majorité des quelque 83 000 membres de la profession y travaillent, et ce, dans tous les secteurs d'activité. Il est indéniable que ces professionnels sont au cœur des trajectoires de soins des patients et de leurs proches et qu'ils doivent faire partie de la solution en matière d'accès à des soins et services sécuritaires et de qualité, l'un des objectifs du projet de loi. D'ailleurs, à tous les jours, dans des fonctions cliniques, d'enseignement, de recherche et de gestion, les infirmières et infirmiers du Québec, malgré des environnements de plus en plus complexes, cherchent à améliorer et à optimiser les parcours de soins en les rendant plus simples, sécurisants et sécuritaires.

L'OIIQ profite donc de l'occasion offerte par la Commission de la santé et des services sociaux de commenter le projet de loi avec cette perspective unique de la profession et de l'expertise infirmières, en suivant sa mission première de protection du public et celle de promotion d'une pratique infirmière de qualité. Si nous accueillons favorablement la mise en place de cette solution structurante et que nous en saluons les objectifs, à titre de partenaire, nous identifions également des opportunités pour que l'expertise infirmière et la collaboration interprofessionnelle, déployées pleinement, contribuent à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et les soins et services de plus grande qualité. Également, nous nous questionnons à savoir si les intentions d'une orientation vers cette collaboration interprofessionnelle au sein de la structure du système de santé et de services sociaux se reflète véritablement au projet de loi. Sous les thèmes de la gouvernance, des mécanismes d'examen des plaintes et d'évaluation de la qualité des soins et services, de la gestion des ressources et finalement, des facteurs de succès, des recommandations sont aussi proposées afin d'atteindre de manière optimale la visée du projet de loi, soit l'efficacité.

¹ Extrait des notes explicatives du projet de loi : « Il a pour objet de mettre en place un système efficace, notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services » (p. 2).

1 L'expertise infirmière au cœur d'une gouvernance clinique efficace

La solution structurante proposée dans le projet de loi à l'étude devrait être une bougie d'allumage pour l'amélioration des trajectoires de soins et de services, tout en évitant le piège d'être une contrainte rigide qui ne permettrait pas de s'adapter aux réalités locales ou régionales. C'est d'ailleurs le reproche que formulait une grande proportion des participants aux États généraux de la profession infirmière en 2021² (désignés ci-après « États généraux »), à savoir que les instances décisionnelles des méga-établissements mis en place en 2015 sont ralenties par des mécanismes inflexibles et désincarnés. Pour pallier cet enjeu de taille, le projet de loi devrait mettre en place une gouvernance clinique efficace où les pouvoirs et responsabilités sont équitablement distribués.

1.1 Nouvelle gouvernance du système de santé et de services sociaux

L'OIIQ salue les objectifs du projet de loi qui, en plus du principe de subsidiarité mis de l'avant, pourront certainement guider des pratiques de gestion plus agiles, réactives et cohérentes avec les réalités locales de chacun des établissements.

Toutefois, pour obtenir ces résultats, des fonctions stratégiques doivent être prévues au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, de Santé Québec et des établissements de santé pour les soins et services infirmiers. Ces fonctions doivent avoir les leviers décisionnels adéquats pour qu'une véritable perspective interprofessionnelle au sein de la structure du système de santé et de services sociaux puisse bénéficier ultimement aux patients et à leurs proches.

1.1.1 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Bien que l'organisation structurelle du MSSS ne soit pas visée par l'actuel projet de loi, les étapes subséquentes devront prévoir une réflexion corollaire quant à la perspective interdisciplinaire de sa gouvernance. Le MSSS devra notamment s'assurer que les orientations prises permettent une contribution optimale des infirmières et infirmiers qui, comme la pandémie de COVID-19 nous l'a démontré, représentent une force vive des soins et des services de santé. Pour ce faire, nous sommes d'avis que l'instauration d'une direction générale des affaires infirmières (fonction de sous-ministre adjoint) serait un facteur de succès de la mise en œuvre du projet de loi, en ce qu'elle la rend davantage imputable et décisionnelle des orientations spécifiques au déploiement de l'expertise infirmière pour améliorer, voire augmenter l'accès aux soins et aux services de santé sécuritaires et de qualité.

² Ducharme et al., 2021.

1.1.2 Santé Québec

Une nouvelle distribution des orientations et des opérations au sein du système de santé et de services sociaux, par l'institution de Santé Québec, nous semble être une opportunité pour que l'expertise infirmière, en matière de qualité des soins et services, de trajectoires et de gestion des ressources, puisse être profitable au sein de ce système. Toutefois, il s'avère nécessaire que le règlement intérieur de Santé Québec évite de subordonner les soins et services infirmiers à d'autres disciplines ou secteurs d'activité. Une direction propre aux soins et services infirmiers (relevant du président et chef de la direction) devrait être prévue, à l'instar d'autres provinces qui ont adopté un modèle similaire de gouvernance des opérations. En effet, les autorités régionales de santé de la grande majorité des provinces canadiennes (sept provinces sur neuf) ont un poste dédié aux soins infirmiers dans leur structure de gouvernance (titre le plus commun : *Chief Nursing Officer*). De plus, les infirmières et infirmiers occupent des postes de choix dans les autorités régionales de santé des deux autres provinces (Alberta et Colombie-Britannique), particulièrement en lien avec les opérations cliniques. D'autres rôles inspirés des modèles de gouvernance des autres provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan et Ontario) pourraient inspirer la future structure de Santé Québec : des fonctions stratégiques et de l'expertise en santé autochtone et en système de santé axé sur la valeur.

Ainsi, la présence d'une direction de soins et services infirmiers au sein de Santé Québec, par son mandat opérationnel, pourrait permettre une meilleure adéquation entre les besoins de la population en matière de soins infirmiers et ceux offerts, notamment en facilitant ou en simplifiant certains processus qui touchent particulièrement la pratique infirmière, comme l'adoption des protocoles et ordonnances collectives nationaux.

1.1.3 Établissements de santé

Les établissements de santé ont une responsabilité envers les populations qu'ils desservent de déployer une offre de soins et de services cohérente, suffisante, accessible et de qualité. C'est assurément par et avec le capital humain que représentent notamment leurs employés qu'ils peuvent atteindre ces objectifs. Il est donc incontournable que la gouvernance des soins infirmiers ainsi que la gouvernance interdisciplinaire mise en place par ces établissements disposent de tous les leviers législatifs pour agir avec efficacité.

Gouvernance des soins infirmiers

Le projet de loi reconduit avec peu de modifications les fonctions actuellement dévolues au directeur des soins infirmiers (DSI) et au Conseil des infirmières et infirmiers (CII) dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Or, cette reconduction des fonctions ne permettra pas à ces deux instances d'utiliser les leviers décisionnels suffisants, ni égaux à ceux du corps médical, pour améliorer l'offre et la qualité des soins et services infirmiers au bénéfice des patients. À cet égard, nous soulevons les questions suivantes :

« Les résultats tirés de recherches et d'expériences en gestion des dernières années sont unanimes sur l'importance d'une gouvernance en soins infirmiers et d'une organisation du travail pour assurer la qualité des soins infirmiers sécuritaires et le développement des compétences infirmières. »

OIIQ, 2021, p. 12

- Pourquoi le DSI n'a-t-il pas les mêmes fonctions que le directeur médical (DM) en matière de gestion des ressources humaines et de développement des compétences des professionnels? Par exemple :
 - Le DSI, contrairement au DM, est assujéti au règlement intérieur d'un établissement pour exercer ses fonctions cruciales en matière d'utilisation, de distribution, de gestion et de gestion des ressources en soins infirmiers³;
 - Le DSI, contrairement au DM, n'a pas pour fonction de « coordonner l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement avec les autres directeurs »⁴.
- Pourquoi les responsabilités dévolues aux différents conseils (CII, Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes [CMDP-SF] et Conseils multidisciplinaires des services de santé et de services sociaux [CM]) ne sont-elles pas de portée égale pour une gouvernance clinique équitable des différents professionnels? Par exemple :
 - En matière de qualité de l'acte, la portée des responsabilités des conseils est différente : « apprécier de manière générale » pour le CII, « contrôler et apprécier » pour le CMDP-SF et apprécier et améliorer pour les CM⁵.

³ Voir l'article 159 (6) et (7) du projet de loi comparativement à l'article 253 du projet de loi. Nous questionnons le fait que ces fonctions du DSI soient assujetties d'emblée au règlement intérieur d'un établissement, comparativement à l'article similaire de la LSSSS où il était question d'un règlement du gouvernement, donc soumis au processus de consultation publique habituelle. Dans tous les cas, nous recommandons que de telles fonctions ne soient pas assujetties aux particularités régionales ou locales d'un établissement, en ce qu'elles pourraient limiter indûment les leviers d'influence des DSI.

⁴ Voir l'article 159 (1) du projet de loi.

⁵ Voir les articles suivants du projet de loi : pour le CII : art. 256 (1); pour le CMDP-SF : art. 168 (1); pour les CM : art. 268 (1) et 277 (1).

- Pourquoi l'élaboration et l'approbation de règles en matière d'utilisation de médicaments relèvent-elles uniquement des instances médicales et pharmaceutiques?⁶ Par exemple :
 - Les règles d'utilisation des médicaments ne sont approuvées que par le comité de pharmacologie institué par le CMDP-SF⁷.
- Pourquoi la pratique des infirmières et infirmiers, y compris celle des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS), est-elle toujours assujettie à certaines instances médicales? Par exemple :
 - L'utilisation du terme « professionnels », dans certaines dispositions du projet de loi, laisse entendre que le chef de département clinique a pour fonction de surveiller les activités de l'ensemble des professionnels qui font partie de son département, y compris les infirmières et infirmiers⁸. Pareillement, le projet laisse entendre que le DM élabore des règles d'utilisation des ressources prévoyant l'imposition de sanctions administratives à l'endroit de tous les professionnels d'un département clinique, y compris les infirmières et infirmiers⁹;
 - Le chef de département clinique pourrait être appelé à collaborer à la surveillance et au contrôle de la pratique des IPS, alors qu'il s'agit d'activités relevant de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII)¹⁰.

Une actualisation des fonctions du DSI et du CII serait souhaitable dans le projet de loi, puisqu'il a été maintes fois démontré dans la recherche, mais également énoncé lors des États généraux¹¹, qu'une gouvernance forte en soins infirmiers a un impact positif sur :

- La qualité et la sécurité des soins¹²;
- La création d'environnements de travail sain¹³;

⁶ Dans le même esprit, mais du point de vue cette fois des ordres professionnels, pourquoi, contrairement au Collège des médecins du Québec et à l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'OIIQ ne serait-il pas officiellement consulté par le ministre advenant l'adoption d'un règlement sur les cas, conditions et circonstances d'utilisation d'un médicament suivant l'article 657 du projet de loi? Rappelons que les infirmières et infirmiers, et notamment les IPS, administrent et prescrivent des médicaments.

⁷ Voir l'article 170 du projet de loi.

⁸ Voir les articles 181 (1) a) et 183 (1) du projet de loi : une ambiguïté perdure à savoir si ce terme réfère uniquement aux médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, auquel cas il ne s'agit pas des seuls « professionnels » exerçant au sein des départements cliniques, ou s'il réfère plus largement à tous les professionnels, dont les infirmières et infirmiers, auquel cas ils ne devraient pas être visés par ces articles. Dans l'un ou l'autre des cas, nous recommandons que ces articles soient modifiés pour y exclure expressément les infirmières et infirmiers, puisque le DSI est déjà responsable de la surveillance et du contrôle de la qualité des soins et services infirmiers et, tel que nous le recommandons, devrait également l'être pour le maintien de leurs compétences (voir la note 17 à ce sujet).

⁹ Voir l'article 160 du projet de loi.

¹⁰ Voir l'article 183 (2) du projet de loi.

¹¹ « Tant et aussi longtemps que les infirmières et infirmiers en activité disposeront de pouvoirs limités dans les structures où elles et ils sont appelés à évoluer et qu'elles ou ils devront jongler avec des obstacles majeurs sur le plan de la gestion, il leur sera difficile, voire impossible, de faire valoir leur expertise au bénéfice de la population du Québec » (Ducharme et al., 2021, p. 36).

¹² Agnew et al., 2012; Ferrada-Videla, 2019; Ferrada-Videla et al., 2021; Kowalski et al., 2020; Murray et al., 2018; O'Connor et Carlson, 2016.

¹³ Kowalski et al., 2020.

- La réduction de l'épuisement chez les infirmières et infirmiers¹⁴;
- Le développement professionnel des infirmières et infirmiers et l'amélioration de la qualité des soins infirmiers¹⁵.

Force est de constater que la population gagnerait à ce que le système de santé et de services sociaux capitalise sur ces impacts positifs d'une gouvernance des soins infirmiers forte.

Direction des soins infirmiers (DSI)

Le projet de loi corrige une iniquité en rétablissant un lien hiérarchique direct entre le président-directeur général d'un établissement (PDG) et le DSI, lien autrefois réservé au directeur des services professionnels (maintenant DM). Ce lien permettra assurément au DSI d'agir avec plus d'efficacité lorsque surviennent des enjeux relatifs à la planification, à la coordination et à la distribution des soins et services infirmiers. Toutefois, cela s'avère insuffisant. Le projet de loi devrait, de manière homologue aux instances médicales (DM et CMDP-SF), formaliser des responsabilités incontournables du DSI à l'égard de tous les milieux cliniques, y compris les responsabilités qu'ils ont envers les milieux privés, les services d'interruption volontaire de grossesse et la santé publique¹⁶, notamment en matière de gestion des ressources infirmières. Par exemple, il devrait revenir au DSI de déterminer les compétences requises et le nombre suffisant de ressources infirmières dans un secteur donné en fonction des besoins de la clientèle. Aussi, le projet de loi devrait actualiser les responsabilités du DSI de manière à permettre l'encadrement et le développement de l'exercice professionnel de l'ensemble des infirmières et infirmiers sous sa gouverne, qu'ils aient ou non des pratiques avancées (infirmières cliniciennes spécialisées et infirmiers cliniciens spécialisés [ICS] et IPS)¹⁷.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

La fonction d'un CII devrait être centrale au sein d'un établissement pour s'assurer de la qualité de l'acte infirmier. Éclairés par les constats des commissaires des États généraux¹⁸ et de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec¹⁹, de même que par les commentaires émis à l'occasion de la « tournée du président de l'OIIQ »²⁰, nous constatons que ce conseil n'a malheureusement pas les leviers réglementaires et organisationnels suffisants pour réaliser son mandat. Le projet de loi n'établissant plus de lien entre le CII²¹ et la plus haute instance décisionnelle de l'organisation (anciennement le conseil d'administration), le pouvoir d'influence de ce conseil s'en trouve amoindri. La perspective des CII quant aux enjeux

¹⁴ Wei et al., 2020.

¹⁵ Ducharme et al., 2021; Ferrada-Videla, 2019; OIIQ, 2001; Vallières et Mercier, 2002.

¹⁶ Dans les établissements privés, la nomination d'un DSI est tributaire du nombre de lits dans cet établissement; un DM est nommé d'emblée pour les services d'interruption volontaire de grossesse, alors qu'une grande proportion des services est offerte par des infirmières et infirmiers; les directeurs de santé publique doivent être des médecins.

¹⁷ À cet égard, il n'est pas requis de reconduire les articles 251 (3) et (4) et 252, mais il pourrait être pertinent de préciser une responsabilité relative à l'évaluation, au maintien et au développement des compétences.

¹⁸ Ducharme et al., 2021.

¹⁹ ACIIQ, 2021.

²⁰ La « tournée du président de l'OIIQ » est une activité durant laquelle le président se rend dans une variété de milieux cliniques afin d'entendre les préoccupations et de discuter des perspectives d'avenir de la profession, et ce, aux quatre coins du Québec.

²¹ Cette situation s'applique aux trois autres conseils que sont les CM et le CMDP-SF.

cruciaux relatifs aux soins et services infirmiers doit être complémentaire à celle des DSI et éclairer le PDG ou le conseil d'établissement sans autre intermédiaire. En donnant la responsabilité aux DSI de traiter les avis et les recommandations du CII, ces derniers sont amalgamés aux messages portés par le DSI et perdent leur utilité : faire entendre la voix de l'ensemble des infirmières et infirmiers d'un établissement. Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'importance de prévoir des conditions favorables au partage d'expérience et d'expertise des membres de l'exécutif du CII, afin qu'ils puissent réaliser leur mandat. En raison de la nature particulière du travail des infirmières et infirmiers (en continu jour-soir-nuit, présence constante « au chevet » de la clientèle) qui diffère de celle des membres des autres conseils, les membres de l'exécutif du CII devraient se voir assurer des aménagements d'horaire²² ainsi qu'un budget pour qu'un minimum de leur temps soit accordé aux responsabilités qui leur incombent.

Gouvernance interdisciplinaire

Le projet de loi semble vouloir instiller une perspective interdisciplinaire à la gouvernance clinique des établissements de santé. Si le Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique est un exemple concret de cette volonté, il n'en reste pas moins que la perspective médicale est surreprésentée dans la structure proposée par le projet de loi et que peu d'instances interdisciplinaires sont prévues pour apporter une vision plus collaborative et concrète de la réalité des soins et services. Or, les établissements auraient avantage à partager certaines responsabilités de gouvernance (l'évaluation des activités professionnelles partagées, par exemple) et à multiplier les lieux où s'exercent l'interprofessionnalité et l'intersectorialité. Les bénéfices d'une responsabilité partagée entre plusieurs professionnels (l'interprofessionnalité) sont connus²³ (gestion de la complexité, innovation, meilleure connaissance des rôles de chacun, confiance mutuelle), mais cette responsabilité partagée est encore sous-utilisée. Encore plus, les récentes réformes en santé au Royaume-Uni sont axées sur l'intégration et sur la mise en place de partenariats intersectoriels qui améliorent la santé et le bien-être des populations locales²⁴ : les autorités de santé locales sont mandatées pour travailler en collaboration avec d'autres secteurs tels que le logement, l'éducation et les services sociaux afin d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités. La gestion de proximité, souhaitée par le « Plan santé »²⁵, et l'objectif de « renforcer la coordination des différentes composantes du système » du projet de loi ne peuvent être réalisés sans l'éclairage de l'interdisciplinarité.

²² Similaires à ceux d'une « libération » pour activités syndicales.

²³ Clausen et al., 2017.

²⁴ Anderson et al., 2022.

²⁵ MSSS, 2022.

Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique

Le Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (conseil interdisciplinaire) a le potentiel de devenir un incubateur d'amélioration des trajectoires de soins et des compétences professionnelles partagées. Il contribuera aussi assurément, à terme, à une compréhension plus fine des rôles et responsabilités des divers professionnels qui œuvrent dans un établissement. Pour atteindre ces bénéfices, ce nouveau conseil devrait toutefois réunir quelques conditions de succès telles que l'accès à des données précises²⁶ et, comme le souligne le projet du Centre de commandement C4 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (qui a des visées similaires à celles du Conseil interdisciplinaire du projet de loi), des principes-clés de l'interdisciplinarité : communication, collaboration et créativité. Aussi, il sera important que le conseil interdisciplinaire prenne en compte et analyse toutes les trajectoires de la première ligne en passant par les soins de longue durée et le secteur hospitalier; toutes les trajectoires doivent être prises en compte dans les réflexions. D'ailleurs, l'apport concerté du CII, des CM et du CMDP-SF sera important pour nourrir les réflexions interdisciplinaires. Toutefois, pour assurer une égale représentativité des différentes perspectives professionnelles, la question suivante s'impose :

- Pourquoi, contrairement au DM, le DSI et les directeurs des services multidisciplinaires (DSM) ne siègent-ils pas d'emblée au comité exécutif du conseil interdisciplinaire?²⁷

1.2 Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS)

Nous souhaitons souligner que la vision unidisciplinaire des RUISSS (proposée dans le projet de loi des suites de la reconduite des dispositions de la LSSSS) oblitère la part d'expertise des établissements universitaires en matière de soins et services infirmiers, comme en témoignent les articles 366 et 370 du projet de loi. Or, les domaines pour lesquels les RUISSS peuvent faire des propositions ne devraient pas être uniquement médicaux : pensons notamment aux différents domaines d'expertise de la profession infirmière, tels que la pratique des IPS et des ICS, les soins de plaies et la vaccination. La pandémie a mis en lumière que les sujets sur lesquels les RUISSS font des propositions (l'offre de services, la prévention de la rupture de services, le transfert de connaissances, etc.)²⁸ affectent grandement les soins infirmiers. De plus, puisque les savoirs infirmiers se sont grandement développés autour de ces sujets, les RUISSS devraient puiser à même cette expertise en vue de faire des propositions plus réalistes des milieux de soins et d'enseignement. Les établissements membres des RUISSS doivent aussi être contributifs, à parts égales avec les soins et services infirmiers, des responsabilités prévues à l'article 371 du projet de loi.

²⁶ CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2021; Commissaire à la santé et au bien-être, 2017; Defossez et al., 2014; Le Meur et al., 2015.

²⁷ Voir l'article 155 al. 1 du projet de loi.

²⁸ Voir l'article 370 du projet de loi.

1.3 Recommandations

1. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) instaure une direction générale des affaires infirmières (fonction de sous-ministre adjoint);
2. Que Santé Québec prévoie une direction propre aux soins et services infirmiers relevant du président et chef de la direction;
3. Que la gouvernance clinique offre aux différentes directions et aux différents conseils des responsabilités à portée égale;
4. Que des instances interdisciplinaires et intersectorielles soient prévues à tous les niveaux de gouvernance du système de santé et de services sociaux;
5. Que les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) et les établissements membres d'un RUISSS aient les mêmes responsabilités prévues à l'égard des soins et services infirmiers que pour les soins médicaux.

2 Des mécanismes optimisés d'examen des plaintes et d'évaluation de la qualité des soins et services

L'OIIQ a pour mission première d'assurer la protection du public et de promouvoir une pratique infirmière de qualité et pour ce faire, différents mécanismes de contrôle sont à notre disposition, dont la surveillance de l'exercice professionnel et le contrôle de la compétence et de l'intégrité de nos membres. Parallèlement, le régime d'examen des plaintes et les mécanismes d'évaluation de la qualité des soins et services rendus à la population sont des éléments fondamentaux pour permettre aux établissements d'assurer, eux aussi, la protection du public. À cet effet, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (commissaires), de même que les DSI et les CII, sont nos partenaires premiers dans cette protection du public. Nous voyons donc, dans le projet de loi, une occasion unique d'optimiser ces mécanismes.

2.1 Régime d'examen des plaintes

En raison de la collaboration régulière de nos instances avec les commissaires, nous sommes à même de constater l'importance de leur rôle dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services et, par le fait même plus largement, en matière de protection du public. Dans cette optique, nous saluons les mesures visant à accroître leur indépendance et celle des médecins examinateurs, dont la création d'un commissaire national aux plaintes et à la qualité des services (commissaire national) qui veillerait notamment à l'application du régime d'examen des plaintes, favoriserait la concertation et le partage des bonnes pratiques et soutiendrait les commissaires et les médecins examinateurs dans l'exercice de leurs fonctions. Malgré cette nouveauté, nous estimons que certaines modifications additionnelles au projet de loi auraient pour effet de renforcer ce régime d'examen des plaintes et de favoriser la collaboration avec les ordres professionnels.

Dans un premier temps, nous recommandons que l'article 583 du projet de loi précise les modalités de communication entre les instances responsables de l'examen des plaintes et les ordres professionnels. À cet égard, nous proposons qu'il devrait revenir aux commissaires de déterminer dans quels cas ils jugent pertinent d'informer un ordre professionnel, et ce, que des mesures disciplinaires soient prises ou non à l'encontre d'un professionnel visé²⁹.

Dans un deuxième temps, nous recommandons que la consultation d'un expert externe par un commissaire prévue à l'article 578 du projet de loi ne soit pas soumise à l'approbation du

²⁹ À ce sujet, nous référons le lecteur à notre recommandation n° 1 faite à l'occasion de notre [mémoire](#) relativement au projet de loi n° 52, *Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés*, devenu depuis la Loi 24 de 2020.

président-directeur général d'un établissement, mais plutôt à celle du commissaire national, et ce, toujours dans l'optique de renforcer l'indépendance des commissaires.

Finalement, nous avons constaté que les dispositions relatives aux droits de l'usager à l'égard de son dossier, soit les articles 19 à 28 de la LSSSS, ne sont pas reconduites dans le présent projet de loi. Bien que la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, mieux connue sous l'appellation du projet de loi n° 3, récemment sanctionné, établisse le cadre juridique spécifique aux renseignements de santé et de services sociaux, nous souhaitons souligner la pertinence que les commissaires aient toujours juridiction sur l'ensemble des droits des usagers relativement aux services reçus, y compris ceux qui concernent leur dossier. À titre d'illustration, l'article 597 du projet de loi énonce le pouvoir d'intervention d'un commissaire lorsque ce dernier a des raisons de croire « que les droits conférés par la présente loi [notre soulignement] à une personne ou à un groupe de personnes ne sont pas respectés ». En effet, par ce commentaire, nous voulons nous assurer que le respect de l'ensemble des droits des personnes demeure le principe cardinal du régime d'examen des plaintes, que ces droits soient prévus au projet de loi ou qu'ils concernent leur dossier et la confidentialité des renseignements y étant contenus.

2.2 Évaluation de la qualité des soins et des services infirmiers

L'évaluation de la qualité des soins et des services infirmiers par les DSI et les CII est une étape fondamentale en vue d'assurer la protection du public. L'OIIQ considère d'ailleurs les DSI et les CII comme le premier filet de sécurité pour prévenir les pratiques non sécuritaires de soins et services et s'assurer de l'amélioration continue des compétences infirmières en cette matière. Comme mentionné au sujet de la gouvernance clinique, puisque les responsabilités dévolues aux conseils (CII, CM et CMDP-SF) et directions (DSI, Directions multidisciplinaires et DM) ont été reconduites de la LSSSS au projet de loi, des écarts et des disparités non souhaitables, pour une gouvernance interdisciplinaire efficace, sont encore observables. Ces écarts et disparités alimentent une confusion dans les rôles et responsabilités en matière d'évaluation de la qualité des soins et services. Ainsi, nous posons la question suivante :

- Pourquoi les rôles et responsabilités en matière d'évaluation, d'appréciation, de surveillance et de contrôle de l'exercice d'un professionnel ne sont-ils pas attribués aux mêmes instances, qu'il s'agisse de la qualité des soins et services infirmiers ou médicaux?³⁰

À titre d'exemples, rappelons que le projet de loi ne devrait pas reconduire de responsabilités particulières au chef de département clinique ou au DM à l'égard des activités professionnelles des infirmières et infirmiers ou de celles des IPS³¹. Il s'agit d'activités prévues à la LLI et, en ce sens, elles font déjà l'objet d'une surveillance, d'un contrôle et d'une

³⁰ Voir notamment les articles suivants du projet de loi concernant les soins et services médicaux : art. 168 (1) (CMDP-SF) et art. 183 (1) (chef de département clinique), alors que rien n'est prévu pour le DM comparativement aux articles suivants pour les soins et services infirmiers : art. 251 (1) (DSI), art. 256 (1) (CII).

³¹ Voir les notes 9 et 10.

appréciation, par le DSI ou le CII, lesquels pourraient, le cas échéant demander la collaboration de la direction médicale ou d'une direction multidisciplinaire.

Aussi, nous croyons que certains soins et services reçus par le patient et qui relèvent d'activités professionnelles partagées et exercées par plusieurs professionnels (par exemple : le diagnostic, la prescription, la décision d'utiliser des mesures de contention et l'administration de médicaments) auraient tout avantage à être également appréciés dans une perspective transdisciplinaire. Cette appréciation, réalisée en parallèle, relève actuellement des différents conseils et directions isolément. Or, leur collaboration avec des patients-partenaires, dans un sous-comité conjoint par exemple, permettrait certainement une harmonisation de la qualité de ces activités, mais surtout une amélioration coordonnée.

Finalement, quant aux trajectoires de soins et services, nous saluons le changement de paradigme proposé par le projet de loi. En effet, il convient d'évaluer la qualité des soins et services reçus par un patient dans une perspective interdisciplinaire, et ce, peu importe les gestes posés individuellement par les différents professionnels. Pensons à des contextes complexes comme ceux de la fin de vie d'une personne où plusieurs intervenants contribuent à la trajectoire de soins et services, et ce, dans plus d'un secteur d'activité (par exemple : le département d'urgence, puis d'une unité d'oncologie et finalement des soins à domicile). Il est donc tout à fait justifié et pertinent que le conseil interdisciplinaire, seule instance interdisciplinaire, se voit notamment octroyer la responsabilité de « contrôler et apprécier la qualité, y compris la pertinence, des trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement et [d']en assurer le suivi »³². Nous sommes d'avis que cette perspective interdisciplinaire devrait aussi se refléter sur l'organisation interne qui sera établie pour Santé Québec.

³² Voir l'article 153 (1) du projet de loi.

2.3 Recommandations

6. Que les modalités de communication entre les instances responsables de l'examen des plaintes au sein des établissements du système de santé et de services sociaux et les ordres professionnels soient précisées et qu'il revienne aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services de déterminer la pertinence d'informer un ordre professionnel;
7. Que la consultation d'un expert externe relève de l'autorisation du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services;
8. Que les commissaires aux plaintes et à la qualité des services aient juridiction sur l'ensemble des droits de l'utilisateur, y compris ceux relatifs à son dossier et à la confidentialité des renseignements y étant contenus;
9. Que soient harmonisés et dévolus aux instances appropriées les rôles et les responsabilités en matière d'évaluation, d'appréciation, de surveillance et de contrôle de la qualité des actes professionnels;
10. Qu'une responsabilité d'évaluer la qualité des actes professionnels partagés soit attribuée à un sous-comité conjoint du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique réunissant des perspectives médicales, infirmières et multidisciplinaires.

3 Une saine planification des ressources pour le déploiement de l'expertise infirmière

Pour déployer pleinement leur expertise et ainsi contribuer à l'amélioration de l'efficacité du système de la santé et de services sociaux, non seulement les infirmières et infirmiers doivent, comme le souligne le rapport des États généraux³³, avoir un niveau de formation initiale suffisant³⁴ et un encadrement clinique adéquat, mais leur développement professionnel continu (DPC) doit aussi être pris en compte. Si ce dernier peut débuter en formation initiale lors des occasions de stage, il se poursuivra tout au long de leur carrière, notamment par l'attention qui sera portée au respect de l'expertise que ces professionnels auront développée au fil du temps.

3.1 Planification des ressources infirmières

La création d'un employeur unique en santé et services sociaux sur le grand territoire du Québec pourrait avoir des impacts positifs pour les professionnels y œuvrant. L'accès à une plus grande mobilité d'un établissement à l'autre pourrait s'avérer favorable dans leur cheminement de carrière en créant de nouvelles opportunités d'expériences professionnelles auprès de diverses clientèles et dans différents milieux.

Toutefois, à l'inverse, une mobilité imposée par l'employeur pourrait susciter certaines préoccupations, notamment quant au développement de l'expertise infirmière et à la réponse aux besoins de la population. Comme l'expliquait l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec³⁵, ces déplacements qui créent de l'instabilité dans les équipes peuvent entraîner des conséquences importantes notamment chez les infirmières et infirmiers de la relève : « les diverses recherches effectuées au fil des ans démontrent qu'un changement de poste, d'unité de soins et, à plus forte raison d'hôpital, se solde par une certaine régression ». Le rapport des commissaires des États généraux ajoute que « selon les études portant sur la question, la véritable expertise ne s'acquiert effectivement qu'après quelques années continues d'expérience de travail dans le même domaine de soins. Nombre d'intervenants déplorent aussi l'idée sous-jacente à cette pratique voulant que les infirmières et les infirmiers soient interchangeables d'un domaine de pratique à un autre et son effet dévastateur sur le sentiment d'appartenance, la mobilisation et la rétention »³⁶. L'OIIQ continuera à dénoncer la croyance (que nous considérons préjudiciable pour la protection du public) voulant que les

³³ Ducharme et al., 2021.

³⁴ Ce niveau de formation doit être universitaire pour les générations futures d'infirmières et d'infirmiers.

³⁵ ACIIQ, 2021, p. 7.

³⁶ Ducharme et al., 2021, p. 40.

infirmières et infirmiers, entre eux et entre les secteurs, sont interchangeables. Pour mitiger cette tendance, nous soulevons la question suivante :

- Y a-t-il lieu, à l'instar des effectifs médicaux et dentaires³⁷, que le PDG de l'établissement élabore aussi un « plan des effectifs infirmiers » suivant les recommandations du DSI et du CII³⁸?

Une planification de proximité des ressources infirmières par les établissements et les gestionnaires infirmiers, appuyée par une réflexion quant aux meilleures pratiques en matière de distribution des soins et services, est d'ailleurs l'une des solutions proposées³⁹ pour contrer les situations de pénuries ainsi qu'améliorer la rétention et l'attractivité des infirmières et infirmiers dans le système de santé et de services sociaux. Cette planification devrait tenir compte à la fois des besoins en matière de soins et de services de la clientèle desservie, de l'étendue de pratique recherchée et des ressources requises pour assurer l'encadrement. Rappelons, à ce sujet, qu'au terme des deux parcours de formation initiale (collégial et universitaire), les infirmières et infirmiers n'acquièrent pas les mêmes connaissances et ne développent pas les mêmes compétences. **Dans l'intervalle d'une révision de la norme d'entrée à la profession⁴⁰, en vue d'améliorer l'accès aux soins, il est important que les établissements organisent les équipes de travail et offrent l'encadrement requis afin que les infirmières et infirmiers puissent prodiguer des soins et services adaptés et pertinents en fonction de leur profil de compétences.**

Aussi, nous prenons acte de la volonté, par l'orientation choisie de « l'employeur unique », de nationaliser l'ancienneté du personnel, dont celle des infirmières et infirmiers. Dans un tel contexte, nous soulevons une préoccupation quant à l'importance qui sera accordée à la compétence et à l'expertise de ces derniers dans l'octroi de postes. Il nous apparaît impératif qu'en plus de l'ancienneté, une attention particulière soit portée au plan de DPC des infirmières et infirmiers afin de constituer des équipes de soins en mesure de répondre aux besoins de la population. L'expérience professionnelle, tout comme le profil de compétences développé au terme de la formation initiale et continue, devrait guider l'octroi des postes, à plus forte raison dans un contexte de « nationalisation » de l'ancienneté.

³⁷ Voir l'article 195 du projet de loi.

³⁸ De façon conséquente à notre commentaire sur l'amoindrissement du pouvoir d'influence du CII dans le projet de loi, et ce, comparativement à la LSSSS, nous sommes d'avis que la perspective directe du CII au PDG d'un établissement serait ici bénéfique advenant que notre recommandation pour un « plan des effectifs infirmiers » soit retenue.

³⁹ Solution énoncée lors des États généraux et de la « tournée du président de l'OIIQ ».

⁴⁰ À ce sujet, le lecteur est invité à consulter la [demande de révision de la norme d'entrée à la profession](#) de l'OIIQ, présentée à l'Office des professions du Québec.

3.2 Coordination des stages

Le projet de loi est une opportunité de rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace à bien des égards, notamment quant à l'attractivité pour la relève et à sa rétention, de sorte qu'il devienne un employeur de choix. Nous croyons que cette attractivité débute, pour les infirmières et infirmiers, dès leur formation initiale par l'accessibilité aux milieux de stage en fonction des objectifs d'apprentissage des programmes et par la qualité de la supervision reçue.

Depuis plusieurs années déjà, les établissements d'enseignement qui offrent des programmes de formation en soins infirmiers (formation de niveau collégial) et en sciences infirmières (formation de niveau universitaire) rencontrent de grands défis pour le placement des étudiantes et étudiants en stage⁴¹. L'offre de places de stage, déterminée par les établissements de santé, ne correspond pas nécessairement à la demande des établissements d'enseignement, notamment pour des raisons de disponibilité de milieux pertinents, déjà occupés par des stagiaires, ou de méconnaissance de ceux qui pourraient être rendus disponibles. Il en résulte alors que certains stages sont réalisés dans des milieux qui ne répondent pas à l'ensemble des objectifs d'apprentissage, ou même que des journées de stage sont remplacées par des apprentissages en laboratoire dans les établissements d'enseignement, ce qui prive par conséquent les étudiantes et étudiants d'une exposition à certaines clientèles. De plus, cette problématique de places de stage peut affecter le nombre d'admissions dans certains programmes, comme c'est le cas à l'heure actuelle pour les étudiantes et étudiants IPS.

Bien que certaines régions aient développé des mécanismes de coordination de stages entre les établissements d'enseignement et les établissements de santé pour favoriser le placement des étudiantes et étudiants sur leur territoire, les défis demeurent présents. L'ouverture à la mobilité entre régions devrait être une avenue à explorer plus amplement, comme cela a été fait ces dernières années pour certains stages d'IPS, ce qui a ainsi facilité cette adéquation entre l'offre et la demande tout en répondant aux besoins d'apprentissage des étudiantes et étudiants. Par ailleurs l'exploration de modèles de stage novateurs, comme le mentionne le Comité jeunesse de l'OIIQ dans son avis sur la préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés⁴², pourrait s'avérer une piste intéressante. Notons que les stages cliniques constituent un mode d'apprentissage indispensable à la formation infirmière en permettant aux étudiantes et étudiants de développer les compétences requises pour l'exercice de la profession, de devenir des professionnels de la santé, de développer leur jugement clinique et d'intervenir de manière sécuritaire auprès des patients.

Ainsi, nous considérons qu'à l'instar des étudiantes et étudiants en médecine, une planification et une coordination nationales des stages en soins infirmiers et en sciences infirmières, impliquant à la fois les établissements de santé et les établissements d'enseignement, permettrait une offre de stages mieux adaptée aux besoins de la relève. Cette planification pourrait notamment relever des RUISSS. D'ailleurs, les plus récentes

⁴¹ OIIQ, 2022, p. 102-103.

⁴² Comité jeunesse de l'OIIQ, 2021.

réformes en santé au Royaume-Uni axées sur l'intégration et la mise en place de partenariats intersectoriels révèlent l'importance de la coordination entre les instances⁴³. Si des mécanismes de coordination nationaux existent déjà pour les résidents en médecine (voir les articles 392 et suivants du projet de loi), il y a lieu de croire qu'il serait tout aussi pertinent d'en créer pour les milliers de stagiaires en soins infirmiers et en sciences infirmières. L'institution de Santé Québec semble être l'occasion parfaite d'implanter ce type de coordination à même la nouvelle structure opérationnelle. Enfin, cette coordination jumelée avec des milieux de soins ayant développé une culture d'apprentissage et favorisant des expériences positives de stages susciterait certainement l'intérêt de la relève en soins infirmiers et en sciences infirmières pour y exercer une fois les études terminées.

3.3 Recommandations

11. Que la planification des ressources infirmières tienne compte du plan de carrière et de développement professionnel continu (DPC) des infirmières et infirmiers, notamment des connaissances et des compétences développées à l'issue de leur formation initiale et continue;
12. Que le président-directeur général (PDG) d'un établissement de santé élabore un « plan des effectifs infirmiers » suivant les recommandations du directeur des soins infirmiers (DSI) et du conseil des infirmières et infirmiers (CII);
13. Que la coordination des stages des futurs infirmières et infirmiers, dans une perspective de développement professionnel continu (DPC) et d'attribution appropriée des ressources, relève de Santé Québec.

⁴³ Anderson et al., 2022.

4 Les facteurs de succès et les opportunités pour l'expertise infirmière

Nous comprenons que ce projet de loi fait partie d'un ensemble de mesures visant à améliorer l'accès et l'organisation des soins et services de santé et de services sociaux au Québec, mais également à terme la qualité de ces soins et services. Incidemment, ce seront surtout les étapes subséquentes à la mise en œuvre de ce projet de loi qui devraient bénéficier concrètement à la population. **L'OIIQ souhaite d'ailleurs être un partenaire dans cette mise en œuvre et quant aux étapes subséquentes.** Dans cette section du mémoire, nous jugeons pertinent d'apporter des recommandations qui demeurent incontournables pour favoriser le succès de cette mise en œuvre; ces recommandations s'ajoutent à celles faites au chapitre de la gouvernance du MSSS et de Santé Québec, ainsi que de ses établissements. Nous relevons finalement d'autres opportunités quant à la manière dont l'expertise infirmière pourrait contribuer davantage à l'efficacité du système, soit la visée du projet de loi.

4.1 Évaluation de la mise en œuvre

Suivant l'article 41 de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* qui s'appliquera à Santé Québec⁴⁴, le ministre devra faire rapport au gouvernement au plus tard tous les 10 ans de l'application de la loi constitutive de Santé Québec, en l'occurrence le projet de loi. Ce rapport devra proposer des recommandations concernant l'actualisation de la mission de Santé Québec et contenir, en outre, une évaluation de son efficacité et de sa performance. L'OIIQ suivra avec grand intérêt ces recommandations et cette évaluation, en plus de recommander que l'agilité soit au rendez-vous si des adaptations devaient être apportées.

À cet égard, mentionnons que les réorganisations en santé et services sociaux doivent être évaluées de manière rigoureuse et objective. Une évaluation rigoureuse commence par l'identification d'indicateurs qui seront mesurés au stade pré-implantation puis, à intervalles réguliers par la suite, et ce, jusqu'à plusieurs années après l'implantation des changements. Afin d'établir ces indicateurs, Santé Québec⁴⁵ devrait s'adjoindre d'autres instances au-delà de la contribution prévue de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)⁴⁶, telles que le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) et des chercheurs spécialisés en mesure de performance des systèmes de santé. Ces derniers possèdent l'expertise nécessaire pour bien orienter le choix des indicateurs les plus pertinents en vue d'un système de santé efficace, orienté sur la valeur, tout en reflétant les besoins et les attentes des citoyens⁴⁷. À cet égard, notons que le tableau de bord actuel du gouvernement du Québec compte en majorité des indicateurs de volume (par exemple, le nombre de

⁴⁴ Voir la modification apportée par l'article 810 du projet de loi.

⁴⁵ Voir les articles 99 et 809 du projet de loi.

⁴⁶ Voir l'article 820 du projet de loi.

⁴⁷ Braithwaite et al., 2016; CSBE, s.d.

personnes inscrites auprès d'un médecin de famille ou d'un groupe de médecins de famille), et non pas des indicateurs de résultats de santé et de bien-être concrets pour la population⁴⁸. L'actuel projet pilote visant à mesurer l'expérience patient mené par le MSSS⁴⁹ nous semble d'ailleurs prometteur pour bonifier le type d'indicateurs suivis par le gouvernement. Enfin, pour préserver l'objectivité de cette évaluation, nous sommes d'avis qu'elle devrait être menée par des groupes indépendants de ceux qui mettront en œuvre le projet de loi. Ces groupes d'évaluation pourraient notamment être issus du monde universitaire, qui sont bien ancrés dans l'amélioration des systèmes, les théories pertinentes et la mesure rigoureuse⁵⁰. Exercer une telle vigie permettra de bien documenter l'implantation de Santé Québec et donnera l'occasion aux décideurs d'apporter avec agilité les ajustements requis aux changements en cours⁵¹.

4.2 Importance de la transformation numérique

À l'instar d'autres groupes ou personnes s'étant prononcés à ce sujet, nous sommes d'avis que l'important retard qu'accuse le système de santé et de services sociaux dans l'implantation, l'actualisation, l'harmonisation et l'utilisation optimale des technologies de l'information et du savoir pourrait représenter un enjeu majeur à la mise en œuvre du projet de loi, par exemple :

- L'absence ou le retard dans l'obtention de données en temps réel qui permettent d'évaluer la satisfaction des usagers et de monitorer d'autres indicateurs de processus et de résultats;
- Une coordination complexe des trajectoires de soins en raison des difficultés d'interconnexions ou d'interopérabilité entre les différents outils technologiques utilisés;
- Le maintien d'une faible littératie et d'une méfiance numérique de la part des employés et des patients dans les organisations de soins.

Il est donc primordial que cette transformation numérique soit accélérée. Pour ce faire, nous soulignons l'importance **d'accroître la collaboration avec les ordres professionnels concernés pour s'assurer que cette transformation soit arrimée aux obligations réglementaires** édictées par ces derniers, notamment en matière de tenue de dossiers.

⁴⁸ CSBE, 2022; MSSS, 2023c.

⁴⁹ MSSS, 2023b.

⁵⁰ Braithwaite et al., 2016.

⁵¹ Mathieu, 2016.

4.3 Autres opportunités

L'un des objectifs du projet de loi est de mettre en place un système plus efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité. Or, pour faciliter cet accès et agir positivement sur l'efficacité du système, il y a davantage à faire que des changements structurants. Il s'agit certainement d'un premier jalon vers l'efficacité souhaitée, mais pour que celle-ci se répercute directement sur l'offre de soins et services à la population, il faut également saisir les différentes opportunités offertes par les objectifs du projet de loi et les explorer de façon concomitante ou subséquente à sa mise en œuvre.

Rappelons d'abord que les infirmières et infirmiers, qui sont les professionnels les plus présents dans le système de santé et de services sociaux, sont des acteurs incontournables pour repenser l'accès à des soins et services par la population. Rappelons ensuite la place que ce système souhaite donner notamment à l'expertise des IPS et plus largement à celle des infirmières et infirmiers en vue d'une bonification de cet accès, particulièrement en première ligne. Ces rappels devraient nécessairement mener la réflexion sur l'efficacité du système à un autre niveau, soit des mesures concomitantes qui permettraient le plein déploiement de l'expertise infirmière pour atteindre la visée de ce projet de loi en matière d'efficacité. À cet effet, la poursuite et la mise en œuvre des travaux suivants seront donc incontournables :

- Le chantier sur « l'élargissement des pratiques professionnelles »⁵²;
- Le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé⁵³;
- Le Plan d'action national sur les effectifs infirmiers 2022-2024⁵⁴;
- Le Rapport des commissaires sur les États généraux de la profession infirmière 2021⁵⁵.

Notons aussi trois autres opportunités offertes concomitamment par le présent projet de loi :

- 1) Le suivi de la mise en œuvre de la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (Loi 6 de 2020), en vigueur depuis un peu plus de deux ans maintenant.
 - Nombre de situations ont été portées à notre attention ou à celle de nos collaborateurs où les IPS, malgré leurs nouvelles activités professionnelles, ne peuvent malheureusement pas contribuer à leurs pleines compétence et expertise aux besoins de la population et donc, à l'efficacité du système de santé et de services sociaux. Certaines de ces situations ont pour source un encadrement législatif ou réglementaire

⁵² Le chantier sur l'élargissement des pratiques mis en œuvre par le MSSS réunit différents ordres professionnels et d'autres partenaires dont les objectifs sont notamment de : favoriser une plus grande contribution des non-professionnels en optimisant les activités non réservées; élargir le droit d'exercice d'activités réservées à d'autres professionnels; accélérer l'adoption des règlements ou de modification à des règlements.

⁵³ MSSS, 2022.

⁵⁴ MSSS, 2023a.

⁵⁵ Ducharme et al., 2021.

trop précis ou non revu quant à ses orientations ou encore, une mécompréhension des activités qui leur sont réservées⁵⁶.

2) L'actualisation des modalités d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d'un établissement.

- Puisque le renouvellement de l'encadrement réglementaire sera l'une des étapes subséquentes à la mise en œuvre du projet de loi, l'OIIQ saisit l'opportunité de formuler une recommandation en lien avec l'actualisation d'un règlement. Plus précisément, il s'agit du pouvoir réglementaire qui sera dévolu à Santé Québec, par l'article 325 du projet de loi, en matière d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d'un établissement. Actuellement, c'est le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* qui prévoit de telles modalités sous la LSSSS. Ce règlement a plusieurs fois été cité au cours des dernières années par différents intervenants, dont l'OIIQ, comme nécessitant une révision de fond afin de permettre une actualisation des dispositions y étant contenues à la lumière des activités des différents professionnels, dont les IPS. En effet, le maintien de certaines désuétudes dans ce règlement malgré les nouveautés apportées notamment par la Loi 6 de 2020 crée encore à ce jour des contraintes notamment quant à la possibilité pour les IPS de donner congé aux patients. Il s'agit d'une incongruité, puisque ces professionnels peuvent maintenant exercer les activités du diagnostic des maladies et de la détermination des traitements médicaux. L'occasion est venue de corriger cette incongruité, compte tenu de ce projet de loi et du renouvellement de l'encadrement réglementaire qui suivra.

3) Des dispositions de concordances pertinentes.

- Bien que telle semble être la visée de l'article 1176 du projet de loi, nous soulignons qu'il serait intéressant de prévoir d'emblée une disposition de concordance de la nature de celle que l'on retrouvait dans des projets de loi passés et qui est libellée généralement comme suit : « Dans toute autre loi que [...], ainsi que dans tout règlement [notre soulignement], sont remplacés, avec les adaptations nécessaires et à moins que le contexte n'indique un sens différent : [mots ou expressions à déterminer] ». En effet et pour ne citer que ceux-là, plusieurs des règlements de l'OIIQ utilisent des expressions qui ne sont pas reconduites dans le projet de loi, dont « centre exploité par [un] établissement », ou réfèrent nommément à la LSSSS ou à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*. Ainsi, pour éviter des difficultés d'application ou d'interprétation incidentes lors la mise en œuvre de ces changements structurants dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux, une telle disposition de concordance serait pertinente.

⁵⁶ À ce sujet, voir le Rapport de mise en application de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (Loi 6) de l'OIIQ, produit conformément à l'article 96 de la Loi 6 de 2020 et qui sera incessamment déposé à l'Assemblée nationale du Québec.

4.4 Recommandations

14. Que l'implantation du projet de loi et l'évaluation de sa mise en œuvre fassent l'objet d'une évaluation rigoureuse, objective et indépendante;
15. Que la transformation numérique du système de santé et de services sociaux soit accélérée et que la collaboration des ordres professionnels soit accrue;
16. Que les infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) soient habilités dans le nouveau règlement à être adopté par Santé Québec sur les conditions et modalités d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d'un établissement.

Conclusion

L'OIIQ réitère qu'il accueille favorablement les solutions structurantes envisagées à la gouvernance du système de santé et de services sociaux pour en améliorer l'efficacité. Toutefois, cette transformation du système de santé et de services sociaux doit notamment se faire par et avec les professionnels concernés, dont les infirmières et infirmiers. À tous les niveaux de gouvernance, l'expertise infirmière et interdisciplinaire doit être associée à des fonctions stratégiques et décisionnelles qui permettent d'avoir un réel impact sur la sécurité et la qualité des soins et services offerts à la population. Concomitamment, les conditions d'exercice doivent être favorables pour que l'ensemble des professionnels concernés utilisent pleinement l'ensemble de leurs compétences. En ce sens, la mise en œuvre des 31 recommandations⁵⁷ formulées à l'issue des États généraux de la profession infirmière en 2021 et qui peuvent se résumer en trois grands thèmes (formation initiale, organisation des soins et services et soutien clinique) devraient guider les réflexions entourant le projet de loi, sa mise en œuvre et les étapes qui lui succéderont.

Enfin, nous souhaitons rappeler que les établissements de santé sont nos collaborateurs dans la protection du public par l'ensemble des mesures mises en place pour notamment encadrer, contrôler, surveiller et apprécier la qualité des soins et des services offerts. Lorsque les instances telles que les commissaires aux plaintes et à la qualité des services, les DSI, les CII et les infirmières et infirmiers ont entre les mains de véritables leviers décisionnels, c'est toute la population qui bénéficie d'un accès bonifié à des soins et services sécuritaires et de qualité. Le projet de loi et les prochaines étapes doivent donc saisir toutes les opportunités de diminuer les contraintes actuelles et potentielles au plein déploiement de l'expertise infirmière. L'OIIQ continuera, tout au long de cette démarche, d'être un partenaire de premier plan dans le but de contribuer à offrir à la population un système de santé et de services sociaux efficace.

⁵⁷ Le lecteur est invité à consulter les 31 recommandations formulées à l'issue des États généraux de la profession infirmière en 2021.

Références

Agnew, C., Flin, R., et Reid, J. (2012). Nurse leadership and patient safety. *BMJ*, 345, e4589. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4589>

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., et Mossialos, E. (2022). *United Kingdom: Health system review* (Health Systems in Transition, vol. 24, n° 1). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1422760/retrieve>

Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Au cœur de l'expertise infirmière : contribuer pleinement, pour la santé des Québécois*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/06.pdf>

Braithwaite, J., Matsuyama, Y., Mannion, R., Johnson, J., Bates, D. W., et Hughes, C. (2016). How to do better health reform: A snapshot of change and improvement initiatives in the health systems of 30 countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 843-846. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw113>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2021, mai). La « circulation » des patients est plus fluide grâce au nouveau Centre de commandement numérique. *Nouvelles HGJ*. <https://jghnews.ciussswestcentral.ca/fr/la-circulation-des-patients-est-plus-fluide-grace-au-nouveau-centre-de-commandement-numerique/>

Clausen, C., Lavoie-Tremblay, M., Purden, M., Lamothe, L., Ezer, H., et McVey, L. (2017). Intentional partnering: A grounded theory study on developing effective partnerships among nurse and physician managers as they co-lead in an evolving healthcare system. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2156-2166. <https://doi.org/10.1111/jan.13290>

Comité jeunesse. (2021). *La préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés : avis*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/cj-avis-preparation-inf-nouvellement-diplomes-20211022.pdf>

Commissaire à la santé et au bien-être. (s.d.). *Vision et mission*. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/commissaire/organisation/mission.html>

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *L'accès aux données en santé : une condition nécessaire à l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux québécois* (Info-performance, n° 15). https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_no15.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être. (2022). *Le devoir de faire autrement : partie 2 : réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/rapportfinal_mandat/csbe-rapport_final_partie2.pdf

Defossez, G., Rollet, A., Dameron, O., et Ingrand, P. (2014). Temporal representation of care trajectories of cancer patients using data from a regional information system: An application in breast cancer. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, 24. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-24>

Ducharme, F., Salois, R., et Boucher, G. (2021). *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec : un changement porteur d'avenir*. Rapport des commissaires sur les États généraux de la profession infirmière, 20-21 mai 2021. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>

Ferrada-Videla, M. (2019). *Étude descriptive qualitative de l'exercice du leadership stratégique de directions des soins infirmiers visant la qualité des soins des établissements de santé en réforme au Québec* (thèse de doctorat, Université de Montréal). https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23598/Ferrada_Videla_Marcela_2019_these.pdf

Ferrada-Videla, M., Dubois, S., et Pepin, J. (2021). The strategic leadership of nursing directorates in the context of healthcare system reform. *Healthcare Management Forum*, 34(3), 131-136. <https://doi.org/10.1177/0840470420952472>

Kowalski, M. O., Basile, C., Bersick, E., Cole, D. A., McClure, D. E., et Weaver, S. H. (2020). What do nurses need to practice effectively in the hospital environment? An integrative review with implications for nurse leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 60-70. <https://doi.org/10.1111/wvn.12401>

Le Meur, N., Gao, F., et Bayat, S. (2015). Mining care trajectories using health administrative information systems: The use of state sequence analysis to assess disparities in prenatal care consumption. *BMC Health Services Research*, 15, 200. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0857-5>

Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé, L.Q. 2020, chapitre 6. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicsearch/telecharge.php?type=5&file=2020c6f.pdf>

Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, RLRQ, chapitre G-1.02. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.02>

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/I-8>

Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q. 2023, chapitre 5. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers_client/lois_et_reglements/loisannuelles/fr/2023/2023c5f.pdf

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, RLRQ, chapitre S-5. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-5>

Mathieu, L. (2016). Comment se porte la réforme? *Point en santé et services sociaux*, 12(4), 6-7.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-216F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023a). *Plan d'action national sur les effectifs infirmiers 2022-2024*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-12W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023b, 16 mars). *Réseau de la santé – Québec fait un pas de plus pour améliorer la satisfaction des Québécoises et des Québécois* [communiqué de presse]. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/reseau-de-la-sante-quebec-fait-un-pas-de-plus-pour-ameliorer-la-satisfaction-des-quebecoises-et-des-quebecois-46340>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023c, 18 avril). *Performance du réseau de la santé et des services sociaux* [tableau de bord]. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/performance-reseau-sante-services-sociaux>

Murray, M., Sundin, D., et Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1287-1293. <https://doi.org/10.1111/jocn.13980>

O'Connor, S., et Carlson, E. (2016). Safety culture and senior leadership behavior: Using negative safety ratings to align clinical staff and senior leadership. *Journal of Nursing Administration*, 46(4), 215-220. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000330>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Projet de loi n° 52 : Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/oiiq-memoire-pl52-final.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Profession infirmière : une vision pour un avenir en santé*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/19.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2022). *Une réponse à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/memoire-norme-entree-profession.pdf>

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. RLRQ, chapitre S-5, r. 5. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-5, r. 5>

Vallières, S., et Mercier, C. (2002). Les conseils des infirmières et infirmiers des établissements de santé du Québec, de 1991 à 2001. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (p. 225-252). Gaëtan Morin.

Wei, H., King, A., Jiang, Y., Sewell, K. A., et Lake, D. M. (2020). The impact of nurse leadership styles on nurse burnout: A systematic literature review. *Nurse Leader*, 18(5), 439-450. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.002>