

La responsabilité civile de l'infirmière à domicile

par

Nathalie Ruest

Essai soumis à la Faculté de droit

En vue du grade "Maître en droit"

Université de Sherbrooke

Faculté de droit

Maîtrise en droit de la santé

Le 1er octobre 2000

c Nathalie Ruest
Le 1er octobre 2000

Je dédie cet essai à mes deux amours:

Maéva et Julien

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en tout premier lieu Me Jean-Pierre Ménard. D'abord pour le privilège d'avoir été dirigée par lui et ensuite pour toute sa patience, sa compréhension, ses judicieux conseils, son support, sa disponibilité et surtout de m'avoir transmis son énergie et sa passion du droit de la santé.

Un merci personnel aussi à toute l'équipe de la bibliothèque de droit de l'Université de Sherbrooke: Carole, Michaël, Shirley, Normand et les autres pour leur accueil, leur aide si précieuse, leur disponibilité et leurs encouragements. Vous êtes bien loin mais à la fois très présents.

Et que dire du soutien et de l'aide pour la recherche de certains documents de Mme Mélanie Champagne, stagiaire chez Ménard-Martin avocats. Merci infiniment!

Merci à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour la bourse d'études.

Je suis reconnaissante à mes collègues de travail du CLSC St-Hubert, tout spécialement Lise Jetté, Sylvie Laganière, Claude Langevin, Marie Rhains, Lorraine Massé et les autres pour le prêt de documents, leur assiduité à répondre à mes questions, leur expertise et leur tolérance face à mes états d'âme.

Je tiens aussi à souligner la participation fort précieuse de Caroline Roy à la lecture minutieuse et la correction orthographique et grammaticale de cet essai.

Merci à toute ma famille pour le support et la compréhension.

Et finalement toute ma gratitude à mon conjoint Frédéric pour son appui, le temps accordé, sa bienveillance, ses délicatesses particulièrement en période de rédaction intense et le don de lui-même à nos deux adorables petits enfants.

RÉSUMÉ

Le système de santé québécois, réorganisé il y a quelques années, a véritablement engendré une toute autre façon de soigner. Les usagers sont de plus en plus traités en externe ou à domicile. Aussi, le séjour intra-hospitalier des usagers est considérablement abrégé. Les conséquences de ces modes de prestations de soins sont énormes quant à l'étendue et à la spécialisation des soins à domicile. La responsabilité de l'infirmière à domicile se trouve par le fait même accentuée sans qu'il y ait eu pour autant une adaptation conforme des lois et règlements particulièrement en ce qui a trait à la délégation des actes médicaux. L'interprétation qu'en font les milieux de santé, les ordres professionnels et les autres organisations de santé ne sont pas toujours très justes du fait de la désuétude de ce texte législatif actuellement en révision. Dans certains milieux, cette délégation réglementaire est tout à fait ignorée juridiquement par les professionnels. Ailleurs, une couleur propre au milieu lui est donnée dans le but de l'adapter aux nouvelles pratiques de soins. Les infirmières à domicile se croient bien protégées légalement alors qu'il est tout autrement dans la réalité. L'essai qui suit illustre la difficulté d'adapter la délégation conformément à la législation. Le comité de révision a fort à faire pour rendre applicable au quotidien cette autorisation d'actes médicaux.

Few years ago, the Quebec Health system was reformed, consequently a new way of caring was born. More and more patients are being treated outside of a hospital or receive home care. More over, the length in hospital stay has been considerably decreased. Consequently, home care nursing has become increasingly demanding and specialized. The increased responsibilities falling into the nurses working in home-care have not been met with the required changes which govern the laws and regulations of the medical acts performed. Health organisations professionals therefore often misinterpret the work done because of the out dated legislation text presently being revised. In certain circles, the delegation is judicially ignored by the professionnals. Elsewhere, a local adaptation is given in order to support and offer security to the professionnals adapting to this situation. This document reflects the difficulties to adapt the authorization of medical acts in accordance with legislation and regulations. The board of revision has tremendous work ahead in order to render the authorization of medical acts more applicable day to day.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	4
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE 1	
L'ORGANISATION DES SERVICES À DOMICILE AU QUÉBEC	13
1.1 Quelques secteurs d'activités	13
1.1.1. L'hôpital	14
A) La ventilation assistée à domicile	14
B) Les soins pédiatriques palliatifs à domicile	15
C) Le service prénatal de maintien à domicile	15
D) Programme de surveillance à domicile	16
E) Le service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD)	17
1.1.2. Le CLSC	18
A) Suivi à domicile à l'intention des personnes devant subir une endocholécystectomie en chirurgie d'un jour	18
B) Surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile	18
C) Antibiothérapie intraveineuse à domicile	19
1.1.3. La pratique privée	21
1.2 Les soins à domicile au quotidien	23
1.3 Principales responsabilités des différents acteurs dans l'organigramme du réseau	25
1.3.1. Le Ministère	26
1.3.2. La Régie régionale	26
1.3.3. Le CLSC	27
1.3.4. Le Centre hospitalier	28

1.3.5. Les CLSC-CH (responsabilités conjointes)	29
1.3.6. Le médecin traitant hospitalier	29
1.3.7. Le médecin traitant du CLSC ou d'un cabinet privé	29
1.3.8. Les services privés	30
1.4. Cadre de référence des services à domicile des établissements publics	
1.4.1. Philosophie d'interventions, but et principes directeurs	31
1.4.2. Accès au service	32
A) La demande non retenue	33
B) La demande retenue	33
1.5. Normes et standards à convenir	
1.5.1. La sécurité de l'usager	35
1.5.2. La sécurité du matériel	36
1.5.3. Les compléments de formation	36
1.5.4. La supervision médicale	36
1.5.5. L'accessibilité aux services	36
1.5.6. Le délai de prise en charge	37
1.6. Tout un écart entre l'idéal souhaité et la réalité des milieux	37

CHAPITRE 2

LA PROFESSION DE L'INFIRMIÈRE À DOMICILE

2.1. La formation	40
2.2. L'accès à la profession	43
2.3 L'orientation à l'embauche	44
2.4 L'exercice infirmier	45
2.4.1. Analyse juridique de l'exercice infirmier	45
2.4.2. Actes infirmiers autonomes, dépendants et délégués	48
A) L'exercice autonome	48
B) L'exercice dépendant	49
C) L'exercice délégué	50
2.4.3. Les facteurs qui influencent l'exercice infirmier	52

A) L'organisation des soins infirmiers	53
B) Le partage des responsabilités et la reconnaissance professionnelle des infirmières	54
C) L'évolution des services et le réaménagement organisationnel requis ..	55
D) Le conseil des infirmières et infirmiers et la responsable des soins infirmiers	56

CHAPITRE 3

LA RESPONSABILITÉ CIVILE

Conditions générales

3.1. La faute	59
3.1.1. Définition	59
A) La norme légale	60
B) La norme professionnelle	60
3.1.2. L'appréciation de la faute	60
i) Le résultat escompté	61
ii) Le comportement de l'infirmière à domicile	61
A) La preuve directe	61
B) La présomption	63
3.1.3. L'erreur de jugement	64
3.2. Le dommage	65
3.3. Le lien de causalité	66
3.3.1. La causalité adéquate	66
3.3.2. La preuve de la causalité	66

Conditions particulières

I. La formation du contrat de soins professionnels	69
II. Les obligations des parties contractantes	70

L'usager	
a) L'obligation de divulguer	70
b) L'obligation de collaborer	72
L'établissement	
a) La surveillance des usagers	73
b) L'exécution des ordonnances médicales	75
c) La prestation de services professionnels	76
d) Les services d'urgence	78
L'infirmière à domicile	
1. L'obligation de donner des soins consciencieux et modernes	79
2. L'obligation au secret professionnel	81
a) Les fondements du secret	81
b) L'étendue du secret	82
c) Les limites du secret	83
3. L'obligation d'informer et d'obtenir un consentement	85
i) Les caractéristiques du consentement	88
ii) Les formes de consentement	94
iii) Le refus de traitement	94
iv) Les effets de l'urgence sur le consentement	95
v) Qui peut consentir aux soins ?	97
a) pour la personne inapte	97
b) pour la personne mineure	101
vi) Les caractéristiques du consentement substitué	102
4. L'obligation d'assurer la continuité des soins	104
4.1. L'utilisation du dossier médical aux soins à domicile	105
4.2. Les objectifs visés par la tenue de dossier	108
4.3. L'ouverture d'un dossier	109
4.4. Le contenu du dossier	110
4.5. Les ordonnances	113

i) Son renouvellement	115
ii) L'ordonnance verbale ou téléphonique	115
iii) La transmission de l'ordonnance verbale ou téléphonique	117
iv) La transmission par télécopieur	118
4.6. Le dossier médical et la demande de service	119
A) Le transfert entre établissements	120
B) La demande faite par l'usager lui-même	120
4.7. Les erreurs à éviter	
a) Les notes illisibles	121
b) Le dossier incomplet	121
c) Les informations contradictoires	122
d) Les notes tardives	122
e) Minimiser l'importance des notes d'évolution dans la pratique	122
4.8. Les modifications au dossier	123
4.9. La propriété du dossier	123
4.10. La confidentialité du dossier	124
4.11. L'accès au dossier	
4.11.1. Cadre juridique	126
4.11.2. Principe général	126
4.11.3. Étendue du droit d'accès au personnel de l'établissement	127
4.11.4. Procédures et modalités d'accès	127
4.11.5. Recours liés au refus d'accès	128
4.12. Les sanctions	128

CHAPITRE 4

LA DÉLÉGATION DES ACTES.....	130
4.1. Historique de la délégation	131
4.2. Conséquences de cette délégation réglementaire	132
4.3. Règlement	133

4.4 Définitions	
4.4.1. Procédé de soins	134
4.4.2. Technique de soins	134
4.4.3. Ordonnance permanente	136
4.4.4. Protocole	136
4.5. Comment doit se faire la délégation des actes dans les milieux?	138
4.6. Les conditions d'exécution	
4.6.1. Conditions rattachées à la personne	139
4.6.2. Conditions rattachées à l'acte	139
4.7. La responsabilité de l'établissement	140
4.8. La responsabilité civile de l'infirmière à domicile dans l'exercice des actes délégués	141
4.9. Le contrôle des actes délégués	142
4.10. L'impact des ententes inter-établissement dans la délégation des actes	143
4.11. Cadre juridique de l'exercice infirmier	145
4.12. Le champ d'exercice infirmier perçu par les milieux	146
4.13. Les us et coutumes	152
4.14. La problématique de la délégation des actes prodigués à domicile	153
CONCLUSION	155
ANNEXE 1: Les principales interventions de l'infirmière au sein du programme de ventilation assistée à domicile à l'Institut thoracique de Montréal	160
ANNEXE 2: Le rôle de l'infirmière au sein du programme des soins palliatifs pédiatrique à domicile de l'Hôpital de Montréal pour enfants	161
ANNEXE 3: Le rôle de l'infirmière au service prénatal de maintien à domicile	162
ANNEXE 4: Protocole de suivi en soins infirmiers post-endocholecystectomie	163
ANNEXE 5: Interventions des infirmières assurant la surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile	164
ANNEXE 6: Instruments régionaux d'évaluation initiale	165
ANNEXE 7: La composition d'un comité-conseil	166

ANNEXE 8: Demande de continuité de soins Centre-hospitalier-CLSC et Référence inter-établissements	167
ANNEXE 9: Fiche de liaison	168
ANNEXE 10: Kardex-SAD	169
ANNEXE 11: Ententes inter-établissements	170
ANNEXE 12: Entente spécifique inter-établissements	171
BIBLIOGRAPHIE	172
TABLE DE JURISPRUDENCE	176
TABLE DE LÉGISLATION	179

INTRODUCTION

Nous vivons actuellement au Québec une reconfiguration importante du système de santé et des services sociaux.. C'est ce qu'on appelle communément le "virage ambulatoire". Auparavant, l'hôpital était au centre des services de santé. Depuis, les façons de prodiguer des soins ont évolué. Une série de mesures et de nouveaux services sont présentement développés en vue de réduire la consommation des ressources hospitalières et de rapprocher les soins du milieu de vie des usagers et ce tout en conservant une qualité optimale. L'hospitalisation est évitée dans certains cas et le problème de santé peut être soigné sur une base ambulatoire. Aussi, la durée du séjour hospitalier peut être raccourcie et limitée à la phase aiguë de la pathologie, celle qui nécessite des soins infirmiers spécialisés ou un appareillage complexe du centre.¹ Ces solutions de rechange à l'hospitalisation sont ainsi moins coûteuses et tout aussi efficaces. La notion de "responsabilisation" des personnes est au coeur de la philosophie qui sous-tend ce virage.

Certes les méthodes et les lieux de traitements se diversifient et s'adaptent aux nouvelles réalités. Les professionnels de la santé font face à de nouveaux défis de plus en plus exigeants de la part des gouvernements, de leur employeur et de la clientèle desservie. Il y a lieu de s'interroger sur l'impact de ce courant sur leurs responsabilités particulièrement celle de la responsabilité civile de l'infirmière à domicile puisque cette dernière se trouve dans des conditions précaires de solitude professionnelle avec peu de ressources matérielles à sa portée. Les infirmières² à domicile sont-elles suffisamment outillées et encadrées légalement pour y faire face? Existe-t-il des vides juridiques engendrés par cette transformation du réseau? Et quels seraient les mécanismes privilégiés pour les contrer et ainsi assurer la protection du public?

Les actes médicaux délégués constituent un aspect fort touché par cette transformation du réseau de la santé depuis la décentralisation des soins complexes et spécialisés vers l'habitat naturel

1. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Perspectives de soins infirmiers dans le contexte du virage ambulatoire*, Montréal, OIIQ, septembre 1996, p.3.

2. Veuillez prendre note que le féminin sera utilisé tout au long du texte sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

des individus. Bien qu'actuellement en révision par le Bureau du Collège des médecins Québec, le Règlement sur la délégation des actes³ demeure en vigueur malgré sa désuétude. Il y a un étonnant écart entre la réalité des milieux et la volonté du législateur d'il y a 20 ans. L'esprit de ce règlement a été complètement perdu de vue.

Et jusqu'où allons nous transférer les soins spécialisés à domicile? Qui tranchera les limites si la législation n'est pas claire ou plus du tout adaptée au contexte actuel? Les tribunaux suite aux dommages subis par l'utilisateur? Est-ce l'utilisateur qui doit en faire les frais et faire avancer le droit? Pour être concrets, citons l'exemple de la chimiothérapie à domicile. A ce sujet, nous partageons entièrement l'avis de la présidente de l'Ordre des infirmières et des infirmiers Mme Ghislaine Desrosiers:

" La chimiothérapie, au delà du geste technique d'administration intraveineuse, peut-elle vraiment être dissociée du service d'oncologie de l'hôpital et de toute la gamme de services que requiert cette clientèle? Compte tenu du fait que les protocoles de chimiothérapie sont très souvent modifiés, que les traitements exigent des réajustements fréquents, que les effets indésirables de ces traitements sont importants, que ces clientèles peuvent présenter un déficit immunitaire qui exige une hospitalisation et qu'elles doivent fréquemment retourner à l'hôpital pour différents tests diagnostiques, comment s'assurer non seulement de l'expertise des infirmières, mais également de la continuité des soins?"⁴

L'analyse de la responsabilité civile de l'infirmière à domicile à l'égard des actes médicaux délégués dans ce contexte nous permettra de préciser certaines interrogations et d'y initier une réflexion. Avant d'aborder le vif du sujet, il nous paraît indispensable de dresser d'abord un portrait substantiel de l'organisation et l'encadrement des services à domicile pour ensuite aborder la profession comme telle. Notre but est de présenter une analyse concrète de la situation actuelle du réseau de la santé sous l'angle de cette responsabilité.

3. *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*, Décision, (1982) 114 G.O. II, 21.

4. DESROSIERS, G. «Pour ou contre le virage ambulatoire», *L'infirmière du Québec*, 2:6, (juillet/août 1995), p. 6.

CHAPITRE 1

L'ORGANISATION DES SERVICES À DOMICILE AU QUÉBEC

Selon la Loi, seul le CLSC est tenu d'offrir des services de santé et des services sociaux requis tant à l'intérieur de ses installations que dans le milieu de vie des individus, à l'école, au travail ou à domicile.⁵ La mission du centre hospitalier, quant à elle, précise que les services mentionnés sont offerts à l'intérieur de ses installations seulement.⁶ Nous constaterons dans la partie qui suit que même si le centre hospitalier n'a pas le mandat légal d'offrir des services à domicile, il a quand même développé cette forme de prestations de soins et ce surtout pour les services ultra spécialisés et complexes qui ne peuvent être prodigués ailleurs que dans un centre hospitalier ou par d'autres intervenants que ceux de l'hôpital.

1.1 Quelques secteurs d'activités

Le réseau de santé québécois est vaste et il existe plusieurs organisations de soins de santé où l'infirmière à domicile peut exercer sa profession. Il est très difficile de dresser un portrait des services à domicile rendus par les infirmières car ils sont très diversifiés et en constante évolution. La pratique doit faire preuve d'innovation, d'initiatives et mettre à profit l'expertise de ses professionnelles pour faire face à ces remous dans le système de santé. La partie qui suit illustrera ces services d'une façon concrète par des exemples. Notre intention n'est pas de faire une liste exhaustive et laborieuse de ces services⁷ mais plutôt d'en citer certains afin de donner une idée de l'ampleur et de la complexité des services maintenant rendus à domicile. Ces services émanent tant des hôpitaux que des CLSC et du secteur privé.

La lecture de ces exemples devra se faire en conservant en mémoire l'obligation de l'établissement de travailler en continuité et en complémentarité avec les autres établissements et

5. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 80.

6. *Id.*, art. 81.

7. Veuillez prendre note que certains services existent peut-être ailleurs que dans les milieux cités.

ressources de la région⁸ ainsi que l'obligation de référence s'il ne peut dispenser les services requis.⁹ Enfin la Loi confère un pouvoir aux établissements de conclure des ententes entre eux pour la prestations de services ou l'échange de services professionnels.¹⁰

1.1.1 L'hôpital

Depuis 1997 au Québec, il n'y a plus d'hôpitaux à domicile (HAD) puisqu'il y avait dédoublement des services par les CLSC qui se sont ajustés et adaptés au fil des ans. Déjà il y a plus de 40 ans, le système de santé se préoccupait de trouver des solutions de rechange à l'hospitalisation traditionnelle dans un but d'économie. L'HAD consistait en une enveloppe de soins de santé prodigués à domicile par une équipe de soins composée de médecins, infirmières, ergothérapeutes etc. Son siège administratif se trouvait à l'hôpital même. Il était donc un service ou une division de l'hôpital. Cependant, l'HAD ne jouissait pas d'un encadrement juridique particulier. Il s'agissait essentiellement d'un programme développé par certains hôpitaux qui pouvait prendre une forme variable selon l'hôpital où il était institué. Une partie des soins, qui étaient jadis prodigués par l'HAD, le sont maintenant par les CLSC. Quant aux soins plus spécialisés, ce sont les différents départements spécialisés et ultra spécialisés qui ont pris en charge les programmes à domicile de l'HAD dans leur réorganisation des soins, conséquence du virage ambulatoire. Mentionnons que ces programmes de soins à domicile comportent des soins tellement spécialisés qu'aucun CLSC ne possède les ressources pour les donner. Ils sont donc donnés par des équipes multidisciplinaires du centre hospitalier. Voici quelques-uns de ces soins:

A) La ventilation assistée à domicile:

C'est l'Institut thoracique de Montréal qui a mis sur pied ce programme, en 1995. Un tel service existe aussi depuis les années quatre vingt à l'Hôpital Laval de Québec. Il permet aux personnes atteintes de maladies neuromusculaires évolutives affectant le système respiratoire de vivre chez elles. L'assistance ventilatoire est le seul moyen de contrôle de l'insuffisance respiratoire

8. *Supra* note 5, art. 101 al. 3.

9. *Id.*, al. 4.

10. *Id.*, art. 108.

chronique qui permet le retour à domicile. Des appareils miniatures, portatifs et fiables sont utilisés et adaptés aux besoins des clients.¹¹ L'infirmière intervient ici en tant qu' «agent de renforcement» en matière de stratégies d'adaptation auprès du client et de sa famille qui doivent vivre au quotidien avec les contraintes de l'appareil.¹² «Le succès d'un tel programme dépend en grande partie de la capacité des familles à assumer les nouvelles responsabilités qu'entraîne la prestation de services spécialisés décentralisés.»¹³

B) Les soins palliatifs pédiatriques à domicile:

Ce sont les infirmières du Service de soins ambulatoires intensifs en collaboration avec le Service de soins palliatifs de l'Hôpital de Montréal pour enfants qui ont mis sur pied ce programme. Il est accessible à toutes les familles qui souhaitent et peuvent, avec l'accord de leur médecin et après une évaluation de leur situation, donner à la maison les soins nécessaires et souvent complexes à leur enfant en phase terminale de leur maladie.¹⁴ L'expertise de l'infirmière, sa maîtrise des soins pédiatriques et des soins palliatifs pédiatriques, son habileté à décoder les dynamiques familiales, de même que son humanisme et son efficacité sont sollicités. Elle a, de plus, un rôle important de coordination des soins.¹⁵

C) Le service prénatal de maintien à domicile:

Ce sont les infirmières en recherche de l'Université de Montréal et les infirmières et médecins de l'Hôpital Sainte-Justine qui ont, en 1995, créé ce service destiné aux femmes enceintes dont le travail commence prématurément (< 37 semaines de gestation), souffrant d'hypertension ou présentant une rupture prématurée des membranes. Cette équipe avait constaté

11. BILODEAU, J., «La ventilation assistée à domicile: une gestion complexe de soins spécialisés», *L'infirmière du Québec*, 3:3, (janvier /février 1996), p.24.

12. Voir annexe 1 pour plus de détails sur les principales interventions de l'infirmière au sein du programme de ventilation assistée de l'Institut thoracique de Montréal.

13. Supra note 11.

14. DROUIN, D., «Les soins palliatifs pédiatriques à domicile; pour un accompagnement de choix», *L'infirmière du Québec*, 3:6, (juillet/août 1996), p.30.

15. Voir annexe 2 pour plus de détails sur le rôle de l'infirmière du programme des soins palliatifs pédiatriques à domicile.

que l'hospitalisation engendrait chez ces femmes et leur famille des effets psychologiques néfastes sur leur santé. Le médecin prescrit ce service à la cliente selon son état de santé et détermine le nombre de visites par semaine à effectuer au domicile par les infirmières.¹⁶ Il y a cependant des critères d'exclusion précis au programme comme une malformation congénitale, une mort in utero, moins de vingt semaines de gestation etc. Le programme fait appel à l'autonomie et à la participation active de la femme à son plan d'intervention. Par exemple, elle est libre de juger si elle doit rester au repos ou si elle peut vaquer à certaines activités en fonction des réactions de son corps.¹⁷

D) Programme de surveillance à domicile:

Implanté en 1996 au Centre hospitalier Beauce-Etchemin, la surveillance à domicile s'adresse à des patients en attente d'une intervention chirurgicale cardiaque dans un établissement spécialisé de Québec. Considéré au même titre qu'un patient hospitalisé, la personne acceptée au programme doit toutefois se conformer à des règles strictes. On lui demande de donner son accord, d'être autonome, de consentir à coopérer, de ménager son état de santé en ne faisant aucun effort physique et interdiction lui est faite de conduire une automobile. De plus, elle est tenue de résider à moins de 30 minutes de l'hôpital et, au moindre problème, elle doit aviser l'infirmière quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit. Si elle demeure seule, la télésurveillance cardiaque est obligatoire. Pour assurer sa sécurité, une fois à la maison, le patient dispose d'un télé avertisseur. Le suivi est strict. Le personnel infirmier effectue une vérification téléphonique quotidienne et la visite avec le médecin spécialiste est hebdomadaire.¹⁸

En ce qui concerne la télésurveillance, le Canada en est à ses débuts. C'est en fait un «système de télécommunication installé à domicile et capable d'établir la communication visuelle et auditive avec un centre de contrôle tel l'hôpital. Grâce à une variété d'appareils périphériques, l'installation à domicile peut également transmettre des données physiologiques comme la tension

16. Voir annexe 3 pour plus de détails sur le rôle de l'infirmière au service prénatal de maintien à domicile.

17. AITA, M., et al., «Service prénatal à domicile; poursuivre sa grossesse à la maison malgré un travail prématuré», *L'infirmière du Québec*, 4:6, (juillet/ août 1997), p.14-15.

18. DALLAIRE, L., «Hospitalisé à domicile en attendant sa chirurgie», *Le Soleil*, (20 juillet 1997).

artérielle, le pouls et l'ECG». ¹⁹ Dès l'an prochain, un système de télécommunication comme "télé santé" permettra entre autre d'ausculter un patient à distance ou d'évaluer son état de santé par un toucher «virtuel». En 1998 aux États-Unis, 20 millions de visites virtuelles à domicile ont été effectuées grâce à télé santé; en 2001, on prévoit en faire 140 millions. ²⁰

E) Le service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD)

L'objectif global de ce service est de fournir aux personnes porteuse d'une pathologie «pulmonaire chronique des soins à domicile curatifs, palliatifs, préventifs et de réadaptation en vue d'améliorer leur qualité de vie, dans une perspective d'approche globale de la santé. Sur un plan pratique, le SRSAD vise à prévenir ou du moins à retarder l'apparition de l'incapacité fonctionnelle totale». ²¹ L'admission du client est basée sur des critères préétablis.

À ce sujet, l'auteur A. Beaupré a déjà mentionné que «ces patients vivent constamment sur une corde raide et toute intervention sur leur équilibre précaire doit être faite avec beaucoup de précautions, par une équipe ultra spécialisée. Les patients suivis par le SRSAD sont des cas nettement trop particuliers et trop lourds pour être pris en charge par des services généraux de soins à domicile. La structure et l'organisation du SRSAD permet d'offrir une disponibilité ce qui est impossible pour un Service de soins généraux en ce qui a trait au caractère répétitif des phases aiguës. Les problèmes quotidiens sont des problèmes urgents, où l'intervention rapide et spécialisée fera la différence entre un maintien à domicile et une hospitalisation d'urgence aux soins intensifs.»²²

19. TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS, «Projet de télé médecine à domicile: une transition intégrée entre l'hôpital et la maison», *Strategis*, (18 février 1999).

20. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, «Des ateliers qui projettent les infirmières dans l'avenir», *L'infirmière du Québec*, 6:3, (janvier/février 1999), p.24.

21. BEAUPRÉ, A., «Le service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD)», Université de Montréal, (19 décembre 1996), p.2.

22. *Id.*, p.8.

1.1.2. Le CLSC

Les services qui seront cités en exemple dans cette partie s'ajoutent aux soins traditionnels toujours offerts à domicile par les CLSC, tels les injections, la préparation de médicaments (dosette, insuline ...), les soins d'une sonde à demeure, d'une colostomie, d'une trachéotomie, les pansements et surveillance de plaies, la prise des signes vitaux, la prise de poids chez un nouveau-né pour ne nommer que ceux-là. Ces exemples de programme peuvent être localisés dans une région précise ou encore être généralisés à des degrés divers dans plusieurs régions du Québec.

A) Suivi à domicile à l'intention des personnes devant subir une endocholécystectomie en chirurgie d'un jour:

En 1997, une équipe multidisciplinaire du Pavillon Enfant-Jésus du Centre Hospitalier affilié universitaire de Québec et deux infirmières du CLSC Orléans ont élaboré ce programme pour les patients devant subir une ablation de la vésicule biliaire par endoscopie. Grâce au protocole ²³ de suivi en soins infirmiers qu'elles ont conçu, les infirmières du CLSC, qui prennent en charge le client, sont en mesure d'évaluer son état de santé et d'en assurer l'évolution postopératoire. Après sa chirurgie, le client peut joindre l'infirmière de garde du programme à tout moment. Cette dernière ayant accès au dossier peut répondre à ses questions, lui prodiguer des soins et communiquer avec le chirurgien au besoin. ²⁴ Ce programme a contribué entre autre à diminuer la liste d'attente en chirurgie due à un manque de lits et, par le fait même, à diminuer les risques que ces patients sur la liste d'attente se présentent à l'urgence pour des raisons de complications à la vésicule biliaire.

B) La surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile:

Implanté depuis juin 1996, ce programme fut conçu par Mme Andrée Gaumont Béland, conseillère clinique au Pavillon Saint-Sacrement de Québec grâce à une entente interdisciplinaire

23. Voir annexe 4 pour plus de détails sur le protocole de suivi en soins infirmiers post-endocholécystectomie.

24. DENIS, M., «L'endocholécystectomie en chirurgie d'un jour grâce au suivi infirmier à domicile», *L'infirmière du Québec*, 6:5, (mai/juin 1999), p. 17-18.

conclue avec les intervenants de ce dernier, de l'hôpital Saint-François d'Assise, des neuf CLSC et des points de services de la région. Il est appliqué partout dans la région uniformément c'est-à-dire selon les mêmes critères, les mêmes normes et les mêmes éléments de suivi. Le document "Programme de contrôle de qualité pour les bilirubines transcutanées" assure cette uniformité et guide les interventions des infirmières.²⁵ Il contient les critères établis pour procéder à la mesure de la bilirubine transcutanée ou au prélèvement sanguin en vue d'une analyse de la bilirubine sérique, les méthodes d'évaluation et les contrôles de qualité dans l'emploi du bilirubinomètre à domicile ainsi que les conditions d'utilisation de l'appareil et la conduite à tenir selon les résultats obtenus. L'implantation de ce suivi a nécessité entre autre un stage en maternité pour les infirmières en CLSC afin d'acquérir les connaissances et les techniques nécessaires à l'utilisation du bilirubinomètre et à la ponction capillaire sur le talon du bébé.²⁶

Dans ce dernier cas, l'infirmière du CLSC visite la famille dans un délai maximum de trois jours après le retour à la maison après référence des infirmières en maternité de l'hôpital. Le formulaire de référence comprend toutes les données relatives à la surveillance de l'ictère de nouveau-né.²⁷

C) Antibiothérapie intraveineuse à domicile:

Depuis quelques années, certaines régions du Québec offrent le programme d'antibiothérapie à domicile comme solution de remplacement à l'hospitalisation et ce grâce à la collaboration d'une équipe multidisciplinaire de l'hôpital, du CLSC, du secteur privé et même d'une entreprise spécialisée en services de thérapie parentérale. Il y a des critères d'admissibilité au programme tels problème de santé ciblé, capacités physiques, psychomotrices et psychologiques, support familial, salubrité du milieu, âge, durée du traitement etc. L'usager est d'abord hospitalisé et le traitement est débuté afin de vérifier ses réactions aux antibiotiques prescrits. Ensuite, une évaluation est

25. Voir annexe 5 pour plus de détails sur les interventions des infirmières assurant la surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile.

26. LABBÉ, N., «Un suivi fondé sur le partenariat; la surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile», *L'infirmière du Québec*, 5:4, (mars/avril 1998), p.47.

27. *Ibid.*

entreprise ce qui permettra de déterminer s'il est admissible au programme. Le cas échéant, le pharmacien s'assure que le médicament peut être utilisé à domicile en fonction de sa stabilité et communique avec le tiers payeur (Régie d'assurance-maladie du Québec, Société d'assurance-automobile du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, l'aide sociale, compagnies d'assurances privées). Son rôle sera aussi de voir à la préparation et à la distribution des solutés à l'usager.²⁸ Un enseignement structuré est ensuite offert au client sur l'utilisation du matériel, les médicaments administrés, précautions à prendre pendant le traitement, prise de température, etc. Plusieurs outils ont été élaborés afin d'assurer une continuité, une uniformité et une référence tant pour les différents intervenants du réseau impliqués que pour le client et sa famille (guides de références et grilles d'évaluation). Suite à l'avis de continuité des soins reçu par l'hôpital, le rôle principal de l'infirmière à domicile sera alors de vérifier si le client a bien assimilé l'enseignement reçu à l'hôpital puis se rendra régulièrement à son domicile pour changer les cathéters intraveineux. Le patient peut rejoindre l'infirmière en tout temps.²⁹

Certains de ces projets sont régis par des protocoles ou ententes de services entre les CH et les CLSC³⁰, signés et approuvés par les régies régionales. Généralement il couvrent les paramètres liés aux objectifs spécifiques du programme, la description de la clientèle visée, les critères d'admission et d'exclusion, les services fournis, les modalités de fonctionnement, les mécanismes de liaison, la gestion du projet, la formation, etc.³¹ Malheureusement, il existe certains établissements où la tradition orale est très forte. Ils n'ont pas d'ententes ou de protocoles ou s'ils en ont élaborés, ils ne sont pas utilisés. Sont-ils conscients de leur position légale advenant une poursuite? Il y a lieu de s'interroger sur les raisons qui font que dans certains milieux, l'élaboration et la conformité aux protocoles sont contrôlés alors qu'ailleurs, il en est tout autrement. Lors de notre tour d'horizon des différents établissements, des infirmières ont exprimé l'opposition de

28. CHRISTIN, L. et al, «Programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile», *L'infirmière du Québec*, 1:4, (mars/avril 1994), p. 56-57.

29. VILLEMURE, J., «Programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile; des clients responsables de leur santé», *L'infirmière du Québec*, 5:4, (mars/avril 1998), p. 51.

30. *Supra* note 5, art.108.

31. FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Volet 3: Virage ambulatoire, services à domicile*, Collection " La transformation du réseau", juin 1995, 39 p.

quelques médecins à ce que les infirmières en CLSC prennent la relève pour des soins pointus et nouveaux comme l'antibiothérapie à domicile. Ils estiment que ces infirmières n'ont, ni la compétence, ni l'expertise pour prodiguer ces soins. Devant cette absence de confiance, il y a une entrave importante à l'élaboration d'ententes entre établissements et corps professionnels. S'ajoutent à cela un manque de connaissances, de temps, de ressources humaines et financières pour la formation d'un comité (remplacements), de collaboration des intervenants, de support de la part des cadres, de suivi et de rigueur une fois élaborés etc.

1.1.3. La pratique privée

La pratique privée à domicile trouve sa place dans le système de soins de santé au Québec. «Une infirmière en pratique privée exerce à son compte et offre directement à la clientèle des services et des soins infirmiers, en cabinet ou à domicile.»³² Les gens qui ne sont pas intéressés à attendre, qui veulent un service constant professionnel ou qui ont des exigences bien précises (ex.: relatives à l'horaire) que le CLSC ne peut offrir ou combler, qui ne veulent tout simplement pas se déplacer, paient une infirmière pour des soins divers à domicile qui peuvent s'apparenter d'avantage aux soins traditionnels comme une assistance au mourant, des prélèvements sanguins, les soins d'une plaie etc. Le patient peut posséder une assurance personnelle qui couvre ces frais, faire partie d'un programme gouvernemental (CSST, SAAQ, anciens combattants) ou avoir les moyens financiers de s'offrir ces soins ou services.

Certaines infirmières qui oeuvrent en privé peuvent aussi offrir des soins spécifiques et spécialisés comme les soins de pieds, le suivi pré et postnatal, le suivi post chirurgical, le suivi palliatif etc. Ces infirmières ont souvent une formation supplémentaire (baccalauréat, maîtrise, formation spécifique qu'elles sont allés chercher ailleurs au pays ou à l'extérieur) en plus de l'expérience en centre hospitalier.

32. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Direction de la qualité de l'exercice, *La pratique privée en soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, mars 1996, p.7.

La pratique privée de l'infirmière à domicile peut se faire individuellement, d'une façon associée avec d'autres infirmières ou sous forme d'agence. Ce dernier modèle de pratique privée est pris en charge par une infirmière qui engage du personnel tel des infirmières, des auxiliaires familiales, des préposés etc. pour offrir des services de santé et de support à la clientèle. Il est fréquemment utilisé par les CLSC entre autres ceux qui n'ont pas les ressources humaines suffisantes pour combler les besoins du service de maintien à domicile. Le CLSC embauche donc de l'agence, pour une courte période déterminée, une infirmière pour répondre à ses obligations de fournir des soins à sa clientèle. La problématique vécue, c'est que cette infirmière n'a pas toujours l'expertise, la préparation et la formation pour répondre aux soins de plus en plus lourds et complexes de l'exercice infirmier à domicile actuel. Le temps est précieux et la formation pour le fonctionnement d'une pompe par exemple peut difficilement se faire en 10 minutes sur le coin d'un bureau dans un environnement bruyant et affairé du maintien. Le mode d'emploi écrit lui est remis avec quelques explications brèves et elle doit se débrouiller. Donc, elle doit avoir une grande capacité d'adaptation, avoir de bonnes connaissances et surtout un champ d'expertise très vaste. L'opinion de ses pairs n'est pas facilement accessible et elle ne bénéficie pas de l'encadrement professionnel propre à d'autres milieux d'exercice.

Bien entendu, le CLSC tente de faire affaire avec la même agence et d'obtenir un personnel d'agence assez stable qui devient relativement familier avec le mode de fonctionnement de l'établissement, ce qui n'est pas toujours possible. L'infirmière de l'agence doit se présenter la veille pour se procurer "sa route" et avoir un bref rapport des usagers à visiter. De plus, les cas donnés à cette infirmière sont triés par le chef d'équipe des infirmières du CLSC afin de lui réserver les soins les moins problématiques. Malheureusement, la pratique démontre que ce n'est pas toujours réalisable.

Dans la réalité quotidienne, est-ce que tous les aspects législatifs de cette pratique privée sont pris en considération? Le cadre de garde qui n'est pas infirmière par exemple et qui doit combler sur le champ un besoin de ressource infirmière s'assure-t-il de sa compétence pour prodiguer le soin spécialisé à domicile? Que doit faire l'infirmière à domicile qui n'a pas les habiletés et les connaissances requises pour exécuter un soin nécessaire et non prévu? Spécifions que les besoins sont souvent l'été, la fin de semaine, le soir et les jours fériés; À qui cette infirmière se réfère-t-elle

dans ces conditions de quasi solitude professionnelle? L'exigence est énorme pour les collègues qui tenteront de lui procurer tout le support et toute la disponibilité possible. Outre elle-même, qui répondra d'un acte dommageable posé par elle? Le CLSC ou son employeur privé? Quelles sont les obligations du CLSC envers cette employée occasionnelle pour la sécurité de la clientèle? Ces éléments seront analysés plus loin.³³

1.2 Les soins à domicile au quotidien

Les soins à domicile au Canada sont définis fréquemment comme «une gamme de services qui permettent aux Canadiens et Canadiennes souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée».³⁴ Les objectifs³⁵ généraux des programmes de soins à domicile sont:

- a) d'améliorer l'accessibilité aux soins de leur clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile;
- b) d'offrir un soutien technique, médical et spécialisé;
- c) d'établir un lien entre les services hospitaliers et les services de maintien à domicile.

Ces soins à domicile sont offerts par une équipe multidisciplinaire composée de médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, diététiciennes, auxiliaires familiales, techniciennes en éducation spécialisée etc. et, bien entendu, d'infirmières. Un même bénéficiaire peut recevoir, selon ses besoins, plusieurs soins quotidiens, par le même ou par plusieurs intervenants. Les infirmières se rendent auprès des clients qui requièrent leurs services,

33. Voir ci-après, chapitre 3.

34. SANTÉ CANADA, *Rapport sur les soins à domicile* (préparé par le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile, un groupe de travail de sous-comité fédéral-provincial-territorial sur les soins prolongés), 1990, p.1.

35. GRANGER, D. et LEFEBVRE, C., *Revue de littérature sur les modèles et les stratégies de prestation de services communautaires offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et mentale et à leurs aidants naturels*, Rapport de recherche, Université de Montréal, 1991, p.61.

jour et nuit, beau temps, mauvais temps, jour férié ou jour régulier. Elles sont toutes munies d'une carte routière et d'une trousse de matériel. Certaines ont en leur possession un télé avertisseur, un téléphone cellulaire et un ordinateur portable. Elles doivent parfois parcourir de longues distances, sans compter qu'elles doivent aussi s'adapter aux particularités de chaque domicile visité, faisant continuellement face à des situations nouvelles ou imprévues auxquelles elles doivent à tout prix trouver, voire inventer des solutions. Chaque client présente un cas particulier, et les infirmières passent parfois jusqu'à deux heures à son domicile pour lui prodiguer tous les soins nécessaires.³⁶ Une infirmière peut avoir à visiter entre 7 et 9 patients par jour.

Selon l'allocution de Mme Havans, professeure en services de santé communautaire à l'Université du Manioba, les personnes de 65 ans et plus sont les principaux utilisateurs de soins à domicile au Canada. Les données sur les utilisateurs des divers programmes de soins de santé donnés à domicile révèlent que l'âge moyen du client qui demande pour la première fois des soins à domicile de longue durée se situe entre 75 et 80 ans, surtout des femmes.³⁷ Outre les personnes vieillissantes, la clientèle du programme de maintien à domicile se compose de personnes ne pouvant se déplacer, de tous âges, malades, convalescentes, handicapées, vivant une situation de crise, sans oublier leurs proches, que ce soit pour

- un soutien aux services diagnostiques (prélèvements de toutes sortes);
- un suivi de tension artérielle;
- des soins liés à l'élimination vésicale et intestinale (sonde, stomie, dialyse ...);
- des soins de plaies;
- des traitements par injection;
- une diabétothérapie, anticoagulothérapie, intraveinothérapie etc.;
- une alimentation assistée ;
- des soins palliatifs (soulagement de la douleur, soutien psychologique ...);
- etc.

36. GORMAN, L., «Maintien à domicile; système de garde 24 heures sur 24», *L'infirmière du Québec*, 4:6, (juillet/août 1997), p. 18.

37. HAVENS, B., Allocution, *Conférence nationale sur les soins à domicile*, Halifax, Nouvelle-Écosse, 8 au 10 mars 1998, p.17, en ligne: Santé Canada <<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/discours/9mar98m.htm>>

C'est souvent dans de pareils contextes mutagènes tels le virage ambulatoire qu'éclatent les ambiguïtés qui, jusque là, étaient demeurées en veilleuse. Notre revue de littérature nous a permis de constater qu'il y a peu de politiques et procédures qui encadrent la pratique des infirmières spécifiquement en CLSC. Devant l'alourdissement de la clientèle dans le secteur des soins à domicile, les techniques de soins par exemple deviennent de plus en plus complexes et spécialisées. L'application de certaines techniques exige de l'infirmière qu'elle passe plus de temps dans le milieu de vie du client. Elles doivent donc inévitablement se donner des moyens de formation continue et sur mesures pour elles, d'encadrement et d'organisation de travail qui assurent des soins sécuritaires à la clientèle et leur garantissent une protection légale. Certes, pour l'heure, avec leurs obligations découlant de leur Code de déontologie, elles vont chercher elles mêmes l'information dans les milieux cliniques selon leurs besoins. Il est rare qu'une infirmière refuse une demande de mise à jour ou de formation de la part d'une autre. Les infirmières se forment entre elles. Il y a un sentiment d'entraide et de bonne volonté entre ces professionnelles. Les infirmières des hôpitaux demeurent une référence dans certains domaines pointus pour celles des CLSC. Par contre la pratique à domicile diffère de celle des hôpitaux. À l'hôpital, toutes les ressources techniques et humaines sont à la disposition des intervenants advenant un problème quelconque tandis que l'infirmière à domicile se trouve seule avec elle même devant la problématique. Ses collègues peuvent être difficile à rejoindre étant elles aussi sur la route.

1.3 Principales responsabilités des différents acteurs dans l'organigramme du réseau

La refonte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.S.S.S.S.) en 1991 et la Politique de la santé et du bien être³⁸ constituent, rappelons-le, la toile de fond du nouvel environnement organisationnel dans lequel prennent racine les services à domicile. L'élément déterminant de la réforme actuelle se trouve dans la mission des établissements, particulièrement celle du centre hospitalier et du CLSC définies dans la L.S.S.S.S. En fait, le législateur a redéfini les rapports entre certains établissements. Il a ainsi voulu confier aux CLSC la mission première

38. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1992, 192p.

d'être la porte d'entrée du réseau de la santé. Le CLSC est donc le seul établissement à avoir une double vocation soit de fournir à la fois des services de santé et des services sociaux. De plus, il a la mission spécifique de fournir ces services aux personnes dans leur milieu de vie contrairement à l'hôpital qui doit les fournir dans ses installations. Enfin, le CLSC doit fournir des services de santé et des services sociaux courants et non des services spécialisés. Les services qu'offre le CLSC sont donnés en première ligne tel que défini à l'article 80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La deuxième ligne de services comprend des services plus spécialisés devant être donnés par les autres établissements tel le centre hospitalier. Ce qui constitue là le but de la réforme: désengorger les urgences des centres hospitaliers, redonner à ces derniers leur véritable vocation et faire remplir au CLSC une mission qui aurait due être la leur. Mais il y a des zones grises entre la première et la deuxième ligne et là sont nos appréhensions.

Il nous paraît opportun ici de dresser, en substance, les responsabilités qui incombent aux différents acteurs impliqués dans les services à domicile.³⁹

1.3.1. LE MINISTÈRE

- * Définit les orientations par rapport aux nouvelles technologies médicales de même que les conditions de leur utilisation à domicile⁴⁰;
- * Convient, en collaboration avec ses partenaires régionaux, des orientations en matière de formation et de perfectionnement des intervenants⁴¹.

1.3.2. LA RÉGIE RÉGIONALE

- * Met en place de mécanismes formels de liaison entre les établissements⁴²;

39. *Supra* note 31.

40. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la santé et des services sociaux, *Les services à domicile de première ligne, cadre de référence*, mai 1994, p. 14.

41. L.R.Q., c. S-4.2, art. 431 al. 6.

42. *Id.*, art. 347-352.

- * Adopte des mécanismes et des critères de reconnaissance des agences privées;
- * Planifie, organise, met en oeuvre et évalue les programmes de santé et de services sociaux⁴³.

1.3.3. CLSC

- * Évalue des besoins de l'utilisateur en terme de services à domicile⁴⁴;
- * Admet l'utilisateur au programme de maintien à domicile selon critères et délais⁴⁵;
- * Poursuit le traitement amorcé au CH et détermine les services requis pour le client et sa famille⁴⁶ ;
- * Assume les fonctions de liaison avec le CH et le médecin traitant pour le suivi⁴⁷;
- * Réfère le client à un médecin traitant s'il n'en a pas⁴⁸ ;
- * Informe et communique avec le client et sa famille⁴⁹;
- * Suit l'enseignement auprès de l'utilisateur et de sa famille⁵⁰ ;
- * Agit comme consultant expert à domicile dans l'élaboration de protocoles par le CH⁵¹ ;
- * Sensibilise et forme les professionnels des CH sur les besoins et les mode d'interventions spécifiques au domicile⁵¹;
- * Organise les services de façon à ce qu'ils soient le plus efficaces possible (accessibilité, délai de réponse etc.)⁵² ;
- * Coordonne la garde et les services médicaux de première ligne offerts en tout temps⁵³.

43. *Id.*, 340 et 346 al. 5.

SANTÉ CANADA, Direction générale des programmes et des services de santé, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et territoires du Canada*, octobre 1993, p.67.

44. *Id.*, art. 80 et 101.

45. *Id.*, art. 105 para. 2. Voir section 1.4.2 et 1.5.6 pour les détails relatifs aux critères et aux délais.

46. *Id.*, art. 101 al. 3, 102 et 103.

47. *Id.*, art. 101 3e al.

48. *Id.*, 4e al.

49. *Id.*, art. 3 al. 5., 4, 8 et 104.

50. *Ibid.*

51. *Id.*, art. 5.

52. *Ibid.*

53. *Id.*, art. 100.

- * Met aussi en place un système de garde des gestionnaires en cas de décision importante ou de problèmes ⁵⁴.

1.3.4. LE CENTRE HOSPITALIER

- * Réfère les patients au CLSC avec le plan de soins selon des critères d'admission et de délais ⁵⁵;
- * Transfert le dossier au médecin traitant dans la communauté ⁵⁶;
- * Transfert l'information pertinente à l'équipe de soins du CLSC ⁵⁷;
- * Propose des protocoles cliniques pour l'ensemble de la région;
- * Fait l'enseignement nécessaire à l'usager et à ses proches avant son congé;
- * Répond aux besoins d'information et de formation ex.: Technique de soins;
- * Priorise la réadmission du patient en cas de détérioration et ce sans passer par l'urgence
- * Fournit certains médicaments à l'usager ainsi que le matériel jusqu'à la première visite de l'infirmière à domicile;
- * Prépare et transporte certains médicaments au CLSC ou à domicile ⁵⁸;
- * S'assure du niveau de ressources disponibles au CLSC avant de transférer le patient au programme de soutien à domicile ⁵⁹.

54. *Id.*, art. 4 (services adéquats inclus aussi services sécuritaires), 100 et p.17 para. 61.

55. *Id.*, art. 81.

56. *Id.*, art. 101 al. 3.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.R.Q., S-5, r. 3.01, art. 60.

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.4, art. 2.04.09.

57. *Ibid.*

58. Ces trois derniers éléments de responsabilité peuvent faire partie d'une entente en vertu de l'art. 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

59. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Virage ambulatoire: notes exploratoires*, février 1996, p. 13
L.R.Q., c. S-4.2, art. 13.

1.3.5. LE CLSC-CH (Responsabilités conjointes)

- * Évaluent les besoins et les services requis ⁶⁰;
- * Prévoient un mécanisme rapide et efficace de communication entre eux ex.: agent de liaison ⁶¹;
- * Font la promotion des services à domicile et les évaluer;
- * Établissent les protocoles (antibiothérapie, chimiothérapie, anticoagulothérapie, hyperalimentation parentérale, hémodialyse ou dialyse péritonéale, etc.) ⁶²;
- * Établissent un plan de services pour certaine clientèle ⁶³.

1.3.6. LE MÉDECIN TRAITANT HOSPITALIER ⁶⁴

- * Le référent est impliqué jusqu'à la cessation du traitement;
- * Suivi lors des visites de contrôle;
- * Personne-ressource pour les intervenants du CLSC en cas de difficultés cliniques;
- * Assure sa disponibilité ou celle de son équipe médicale en vue d'une bonne continuité ⁶⁵.

1.3.7. LE MÉDECIN TRAITANT DU CLSC OU D'UN CABINET PRIVÉ ⁶⁶

- * Coordonne l'ensemble des services médicaux offerts au patient, autre que les soins qui sont pris en charge par les spécialistes;
- * Assure la liaison avec l'équipe du maintien à domicile;
- * Suivi au besoin;
- * Participe à la garde et peut agir sur référence de l'infirmière du maintien ou d'Info- Santé en cas d'urgence ou de détérioration de l'utilisateur.

60. *Id.*, art. 80, 81 et 101 al. 1.

61. *Id.*, art. 101 al. 3.

62. *Id.*, art. 108.

63. *Id.*, art. 103.

64. *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 56, art. 2.03.10, 2.03.12, 2.03.46, 2.04.15.

65. L.R.Q., c. S-4.2, art. 5.

66. *Supra*, note 64.

1.3.8. LES SERVICES PRIVÉS

- * Adoptent des normes de qualité et les respectent ⁶⁷
- * Plusieurs responsabilités du CLSC s'y appliquent telles
 - l'évaluation des besoins de l'utilisateur,
 - la poursuite des traitements amorcés au CH,
 - la détermination des services requis,
 - assumer fonction liaison CH-médecin traitant,
 - référer l'utilisateur à un médecin traitant s'il n'en a pas,
 - l'enseignement,
 - la communication et l'information au client et à la famille

Les services privés ne font toutefois l'objet d'aucun encadrement juridique particulier. Les professionnelles qui y travaillent demeurent cependant régies par la réglementation de la corporation professionnelle et les règles générales de responsabilité civile.

Nous avons constaté dans nos recherches que le secteur hospitalier est plus documenté et a fait l'objet d'un important nombre d'études comparativement à celui du CLSC. Ce dernier se fait plutôt silencieux quasi tout autant que le secteur privé. Soulignons cependant que la plupart des demandes de soins à domicile sont dirigées vers les CLSC, ce qui nous amène à analyser davantage en profondeur la responsabilité civile de l'infirmière y oeuvrant. Aussi, les usagers ont plutôt recours aux services privés à domicile lorsqu'ils se trouvent en attente ou lorsqu'ils sont refusés aux soins à domicile publics. C'est pourquoi nous nous attarderons particulièrement à ces services publics à domicile.

67. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la santé et des services sociaux, *Les services à domicile de première ligne, cadre de référence*, mai 1994, 21p.

1.4. Cadre de référence des services à domicile des établissements publics

1.4.1 Philosophie d'interventions, but et principes directeurs

Le nouveau contexte relatif à la réforme, la législation qui en découle et la Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec ont incité le Ministère à énoncer un cadre de référence⁶⁸ en matière de services à domicile. Au sein même de l'organisation des services de santé et de services sociaux, la reconnaissance du milieu naturel comme milieu de vie privilégié doit faire partie de la philosophie d'intervention de tous les membres oeuvrant dans le réseau. Les services doivent viser le soutien de nature préventive, curative ou palliative, de réadaptation, de réinsertion sociale ou de compensation des incapacités de l'individu. De plus, ils doivent être offerts dans le but de maintenir ou améliorer la qualité de vie des personnes et celles de leurs proches en apportant une réponse appropriée à leurs besoins. Le tableau suivant illustrera les principes de base qui gouvernent tout service;

Tableau 1: Principes de base gouvernant les services à domicile.

PRINCIPES DE BASE	EXPLICATIONS
Intervention précoce.	Éviter la dégradation de son état, l'épuisement des proches, les situations de crise et même le placement (ou à tout le moins le retarder).
Services axées sur l'autonomie fonctionnelle des personnes.	Le potentiel d'autonomie des individus doit être maximisé avant de compenser leurs limitations.
Utilisation judicieuse et efficiente des ressources sociosanitaires.	Les ressources de premières lignes sont privilégiées d'abord avant celles plus lourdes (placement, hospitalisation, hébergement).

68. *Ibid.*

1.4.2 Accès aux services

La clientèle des services à domicile provient soit du patient lui-même ou sa famille, soit du milieu hospitalier à la demande de son médecin traitant via l'infirmière de liaison ou soit directement du médecin de famille de la clinique ou du cabinet privé. La demande est transmise à une infirmière qui assure la prise de contact par téléphone. Les renseignements de la demande sont confinés sur un instrument régional d'évaluation initiale ⁶⁹. L'étude de la demande par le CLSC se fait à partir des éléments suivants:

- > Type de demande (sa nature, les attentes de l'utilisateur ou du référant, la prescription médicale);
- > Problèmes ou facteurs déclenchants (bio-psychosocial incluant le diagnostic)
- > Informations médicales;
- > Services ou démarches antérieurs et référence en cours;
- > Ressources actuelles (aide, services disponibles, ressources financières);
- > Identification des facteurs de risques (incapacités, problèmes de santé, situation de vulnérabilité ou de danger, problématiques associées telles: toxicomanie, alcoolisme, surmédication, condition du milieu social)

L'infirmière décide ensuite si la demande est retenue ou non selon les critères suivants:

1. Attestation des besoins suite à une évaluation professionnelle établie à partir d'un instrument régional ou une prescription médicale
2. Consentement de la personne et/ou de ses proches à recevoir et participer aux soins
3. La personne ne peut recevoir les soins à l'extérieur de son domicile
4. Exclusion de la couverture des services par un autre programme gouvernemental que la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ex.: SAAQ, CSST...)
5. Doit demeurer dans une maison privée, un logement, un appartement, une chambre, un HLM, une résidence ou une famille d'accueil (si services non couverts au contrat ou au bail) et qui soit adéquat à la prestation de services

⁶⁹. Exemples d'instruments régionaux d'évaluation initiale à l'annexe 6.

Si la demande n'est pas retenue, l'infirmière peut orienter l'utilisateur vers une autre ressource ou un autre programme si indiqué.

A. La demande non retenue:

La décision de ne pas retenir la demande est souvent due au fait que la situation et l'état de santé de l'utilisateur ne correspondent pas aux critères préétablis d'admission aux services décrits ci-dessus.

B. La demande retenue:

Étant donné l'ampleur des besoins à couvrir en la matière et la restriction des ressources, un système de priorités fut mis en place en vue d'offrir les services à ceux qui en ont le plus besoin. Ce sont les établissements qui gèrent ces priorités et qui étudient les demandes de chacun des usagers. L'urgence telle une crise psychosociale, une urgence sociale, une rupture de support ou les soins requis post-hospitalisation, de même que la disponibilité et la capacité de support des proches et le fait que la personne ou le milieu soit plus ou moins défavorisé sont des facteurs qui permettent de prioriser les cas. Plus la problématique de l'individu comporte de facteurs complexes, plus la situation est jugée prioritaire.

Afin d'aider à bien cerner l'intensité des degrés de priorisation, le tableau suivant vous propose en exemple l'échelle de la Montérégie ⁷⁰ qui définit les priorités allant de un à quatre.

Tableau 2: Priorité d'évaluation.

PRIORITÉ	DESCRIPTION
1: immédiat	Situation de crise Danger imminent pour la santé de l'utilisateur ou des proches Risque d'hospitalisation ou d'hébergement imminent si pas de service
2: moins de 48 heures	Situation de crise potentielle Danger potentiel pour la sécurité de l'utilisateur ou des proches Risque de détérioration (bio-psychosociale) à très court terme Risque d'hospitalisation ou d'hébergement à très court terme si pas de service Besoin d'une intervention nursing à très court terme
3: moins d'une semaine	Pas de crise ou de danger appréhendé Pas de risque de détérioration (bio-psychosociale) à court terme Peu de risque d'hospitalisation ou d'hébergement prématuré Milieu en voie d'épuisement Besoin d'une intervention nursing à court terme
4: moins de deux semaines	Utilisateur en sécurité Faible risque de détérioration prévisible Milieu peut compenser temporairement

Lorsque demande lui est faite, la Loi oblige tout établissement, à fournir les soins requis à toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger ⁷¹ ou au moins prendre les mesures nécessaires afin qu'elle les reçoive ⁷². La demande priorisée doit être classée par l'infirmière dans un des quatre grade décrit au tableau 2. La demande retenue peut aussi être non priorisée par manque de ressources et référée vers une autre ressource si indiqué. De plus, l'infirmière doit déterminer l'intervenant principal en lien avec la problématique majeure de l'utilisateur qui lui prodiguera les soins et qui, par le fait même, évaluera ses besoins d'une façon plus complète.

70. *Ibid.*

71. L.R.Q., c. S-4.2, art. 7.

72. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, *supra* note 56, art. 47.

1.5. Normes et standards à convenir

La Fédération des CLSC du Québec via un comité de travail s'est penchée sur une "instrumentation", pour utiliser ses termes, dans le but de faciliter la mise en oeuvre de la complémentarité de services entre les centres hospitaliers et les CLSC telle qu'exigée dans la Loi⁷³. Il propose entre autre dans son plan d'action global d'adhérer à certaines normes⁷⁴. Ces travaux vont dans le sens du cadre de référence des services à domicile de première ligne élaboré par le Ministère de la santé et des services sociaux en 1994.⁷⁵

1.5.1. La sécurité du client

Cette sécurité doit être assurée par des protocoles régionaux spécifiques entre CH et CLSC⁷⁶ conformant au cadre de référence du Ministère sur les services à domicile notamment au sujet:

1. des besoins de services attestés par une évaluation;
2. de la collaboration de la personne et de ses proches;
3. de la pertinence de recevoir des soins à domicile.

et aussi conformes à certains critères cliniques tels:

1. la stabilité clinique;
2. l'absence de complications prévisibles;
3. la motivation de l'usager et sa fiabilité;
4. la compréhension de l'enseignement;
5. la capacité d'appliquer les principes du traitement (l'individu lui-même ou un proche);
6. la présence d'un réseau de support;
7. la formation préalable par l'hôpital au besoin avant congé;
8. la possibilité de retour à l'hôpital en cas de détérioration et ce sans passer par l'urgence.

73. L.R.Q., c. S-4.2, art. 101 al. 3

74. *Supra* note 31, p. 14. et ss.

75. *Supra* note 67.

76. L.R.Q., c. S-4.2, art. 108.

1.5.2. La sécurité du matériel

Il est important de convenir d'un protocole CH-CLSC portant sur la sélection, l'entretien, les conseils d'utilisation, la formation du personnel qui formera à son tour l'utilisateur et sa famille sur le matériel de dialyse, l'alimentation parentérale, les pompes pour traitements intraveineux, les soins respiratoires etc.

1.5.3 Les compléments de formation

Lors de l'instauration d'un service à domicile non usuellement rendu par l'équipe de professionnels en place, les infirmières doivent recevoir préalablement la formation par le personnel clinique qualifié de l'hôpital ou d'un autre CLSC ainsi que sa mise à jour régulièrement. De plus, l'équipe du CLSC doit pouvoir compter sur l'expertise des cliniciens médicaux et des pharmaciens de l'hôpital pour les conseiller ponctuellement dans des cas particuliers.

1.5.4 La supervision médicale

La sévérité du profil clinique nécessitant un suivi étroit et la complexité des soins exigent inévitablement que le programme de maintien à domicile se dote d'un médecin-conseil qui assure le soutien clinique aux infirmières, la liaison avec les médecins hospitaliers, l'évaluation de certains patients référés, la collaboration à la conception et à l'élaboration des différents protocoles et leur mise à jour conjointement avec les équipes cliniques hospitalières. Il y a eu un temps où des comités "virage" étaient formés, composés de plusieurs intervenants et cadres des deux milieux afin d'assurer l'arrimage clinique dans cette transformation de réseau. Avec le mouvement des ressources humaines (départs hâtifs à la retraite, création et affichage de postes, coupures, fermetures d'hôpitaux ...) ce comité s'est dissous dans plusieurs établissements. Même les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.) des deux institutions doivent se concerter pour revoir leurs actes médicaux délégués et les actualiser dans le cadre du virage.

1.5.5 L'accessibilité aux services

Depuis l'amorce du virage ambulatoire, les CLSC se sont ajustés relativement à l'horaire de disponibilité. Ainsi, il y a eu ajout de ressources en soirée en permanence et l'instauration de la garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les infirmières. Elles travaillent en collaboration avec le service téléphonique 24/7 auprès de patients préalablement inscrits avec leur autorisation. Ce sont

surtout les patients en soins palliatifs ou très lourds qui y ont accès. L'infirmière du CLSC transmet au service 24/7 les informations pertinentes à la condition du patient et les soins prodigués et voit à la mise à jour de l'information que possède ce service. Si l'utilisateur ou la famille téléphone pour une information, un problème, ou une inquiétude, les infirmières du 24/7 connaissent l'utilisateur et peuvent répondre à ses besoins. Si une évaluation infirmière est requise, l'infirmière du 24/7 contacte l'infirmière de garde du CLSC afin qu'elle se rende à domicile.

1.5.6. Le délai de prise en charge

La réponse à une demande de services doit être rapide soit dans les 24 heures pour les soins à court terme. Par contre, elle ne peut être aussi rapide pour les situations à long terme avec le déploiement de plusieurs intervenants dans le dossier et du matériel complexe. Il faut prévoir l'organisation des services et vérifier la disponibilité des ressources.

1.6. Tout un écart entre l'idéal souhaité et la réalité des milieux

Il existe dans la réalité, un important écart entre l'idéal souhaité et la pratique quotidienne dans les milieux. Il faut se placer dans le contexte pour comprendre réellement la situation. Oublions un instant tous ces beaux cadres théoriques, ces lois et ces politiques. Déjà, des pressions jaillissent de toutes parts; le médecin a signé le congé du patient, il y a congestion à l'urgence, les ambulances sont détournées vers un autre CH... Les lits sont donc extrêmement convoités. Même si l'utilisateur n'a pas tout à fait bien assimilé l'enseignement, il sera référé quand même aux services à domicile où l'enseignement sera poursuivi et approfondi par l'infirmière du CLSC ou de l'agence privée par exemple qui assurera un suivi plus étroit dans ces circonstances. Un patient peut très bien collaborer au CH et devenir peu commode à domicile, dû à l'insécurité etc. Dans le cas d'un individu seul, sans support, des services peuvent être également fournis par le CLSC après une évaluation professionnelle complète, par le secteur privé ou par des ressources communautaires.

Et faute de protocole, d'entente claire, écrite et signée, qu'arrive-t-il lorsque l'infirmière du domicile, le samedi soir après une référence d'Info-santé, juge que le patient en complications doit retourner au CH en ambulance pour une évaluation médicale? Sera-t-il alors admis dans un autre

hôpital, là où il n'est pas connu? Y-a-t-il une certaine souplesse de la part de l'urgence pour l'admettre quand même quand l'infirmière du domicile fait les démarches? Et cette infirmière a-t-elle suffisamment de crédibilité auprès de l'équipe spécialisée, des médecins précisément pour faire réadmettre le patient au département? Le médecin de garde du CLSC, quant à lui, ne prend la responsabilité que des patients suivis par l'établissement et qu'il connaît (référés par ses collègues pour le temps de la garde). Il est très clair que le médecin de garde du CLSC se dégage de toute responsabilité des patients suivis en CH et pour cause.

Au niveau de la formation et de la mise à jour, rappelons-le, c'est l'infirmière qui constate qu'une actualisation est nécessaire et qui en fait la demande auprès du chef d'équipe, qui elle, à son tour, en fait la demande à la chef de service et la justifie. Encore ici, il y a des frais engendrés par la mise à jour et souvent, il y a des priorités à considérer surtout en ce qui a trait aux ressources humaines. Les ententes quant à la formation sont très globales entre les établissements ce qui fait que leurs formations sur les plus récentes techniques n'évoluent pas au même rythme que celles des hôpitaux. Nous irions même jusqu'à dire que l'infirmière apprend et s'actualise dans l'action en se référant aux milieux cliniques en cas de besoin. Et c'est à ce moment qu'elle réalise qu'une actualisation est de rigueur. Une infirmière assiste alors à la formation et elle devient ensuite multiplicatrice d'information. Et l'habileté s'acquiert aussi dans l'action. Il n'y a pas de stage ou de pratiques supervisées dans les milieux, il n'y a que des démonstrations ce qui est insuffisant à notre avis. La procédure actuelle est la suivante: l'infirmière de liaison de l'hôpital envoie le protocole et la technique par télécopieur au CLSC ou à l'agence et demeure disponible pour répondre aux questions. De plus, l'information ne circule pas toujours d'un établissement à l'autre lors d'un changement de technique, de matériel et d'entretien ou d'organisation, ce qui exige des ajustements constants de la part des CLSC. Il n'existe pas de programme structuré de formation pour les infirmières à domicile. La pratique repose sur l'initiative individuelle de l'infirmière.

Quant à la supervision médicale, elle est plutôt mitigée. L'entraide au niveau de l'expertise sollicitée se fait beaucoup plus aisément entre intervenants de même profession. Le médecin spécialiste est souvent difficile à rejoindre. L'infirmière à domicile sollicitera d'abord l'expertise de l'infirmière de l'hôpital spécialisée dans ces soins et si cette dernière ne peut y répondre elle rejoindra le médecin afin d'avoir la réponse et ce dans les plus brefs délais.

Concernant le délai de prise en charge, même pour un cas très complexe et lourd, la prise en charge doit être parfois immédiate. Le CLSC déploie alors toute ses énergies et ressources afin de procurer à l'usager les services requis tout en considérant les priorités. Donc, les services les plus importants seront fournis rapidement alors qu'un délai sera requis pour les moins urgents. La plupart du temps, l'infirmière de liaison de l'hôpital peut prévoir un congé du patient quelques jours d'avance et prépare donc le CLSC à le recevoir (commande de matériel spécialisé ou fourniture temporaire du CH, lecture de la technique de soins, prévisions des ressources professionnelles etc).

Toute une rigueur serait requise pour uniformiser les protocoles (mêmes procédures, mêmes techniques, même matériel) pour la région mais il y aurait des avantages considérables. Avec le droit du patient de choisir son professionnel ⁷⁷, les références viennent de toutes les régions. Les systèmes de télécommunication arrivent à point dans le monde de la santé mais avant que tous y soit branchés, habiles et surtout consentants à s'en servir, il faudra patienter et gérer les risques engendrés par cette transition du réseau.

77. L.R.Q., c. S-4.2, art. 6.

CHAPITRE 2

LA PROFESSION DE L'INFIRMIÈRE À DOMICILE

La profession d'infirmière fait partie des 21 corporations d'exercice exclusif. Ce qui signifie que «nul ne peut utiliser le titre d'infirmière ni exercer une de ses activités professionnelles s'il ne détient pas un permis de pratique valide et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre»⁷⁸. La formation est la première étape à franchir pour obtenir le permis de pratique. Vient ensuite la réussite de l'examen professionnel. Une fois le permis obtenu, l'infirmière se voit orientée dans la pratique par d'autres infirmières expérimentées au sein même de l'organisation qui l'a embauchée. Ce cheminement peut sembler simple au premier coup d'oeil mais les paragraphes qui suivent en reprendront le détail tout en laissant transparaître les nombreuses exigences de cette profession. Des aspects un peu plus pointus de la profession seront aussi repris tel l'exercice infirmier et les facteurs qui l'influencent.

2.1 Formation

L'obligation de formation et de qualification pour exercer la profession d'infirmière prend racine dans le Code des professions⁷⁹. Effectivement, en raison de la nature des actes posés par cette professionnelle, elle doit posséder une formation particulière et certaines habiletés qui mènent à un diplôme reconnu valide⁸⁰ et ce en vue de protéger le public.

L'infirmière à domicile est d'abord soit technicienne avec son diplôme d'études collégiales en soins infirmiers ou bachelière avec son baccalauréat de base en sciences infirmières. Cette dernière a obtenu au préalable un diplôme d'étude collégiale en sciences. Ces deux programmes sont d'une durée de 3 ans. L'infirmière technicienne peut aussi pousser sa formation et aller chercher un baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières qui est aussi d'une durée de 3 ans. L'infirmière qui détient un baccalauréat de base ou de perfectionnement peut ensuite se spécialiser

78. *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, art. 32.

79. *Id.*, art. 26.

80. *Id.*, art. 42.

dans un domaine particulier en poursuivant des études de 2e cycle à la maîtrise et de 3e cycle au doctorat en recherche.

C'est particulièrement la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui définit les conditions d'obtention d'un permis dont celles ayant trait à la formation.⁸¹ Il y a aussi le Code des professions qui régit la reconnaissance des diplômes donnant ouverture au permis ainsi que les modalités d'élaboration et de révision des programmes d'enseignement.⁸² En vertu de ce même Code, l'Ordre a adopté un règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis en vigueur depuis le 31 juillet 1997.⁸³ Enfin, la Charte de la langue française émet aussi certaines exigences quant à la délivrance du permis de l'Ordre.⁸⁴ Plutôt que de nous attarder sur les détails techniques, organisationnels et procéduraux que contiennent ces textes législatifs, nous croyons qu'il serait davantage pertinent de se situer dans l'actualité en matière de formation infirmière.

Il y a lieu ici de se questionner sur la formation de base exigible: pourquoi une formation de niveau collégial mène à la pratique aussi bien que la formation de niveau universitaire? Jadis, la formation de technicienne préparait pour l'exercice dans les hôpitaux de soins généraux et celle de bachelière préparait à l'exercice dans les CLSC de même que dans les hôpitaux. La formation universitaire de perfectionnement quant à elle formait l'infirmière pour traiter des problématiques de soins complexes tant en centre hospitalier qu'en CLSC, en pratique privée, en enseignement etc. Cette différenciation se veut très sommaire puisqu'elle ne vise qu'à situer le lecteur dans le contexte.

La réforme du système de santé a modifié considérablement les milieux de soins depuis quelques années. Conséquemment, est-ce que les programmes d'enseignement ont suivi cette évolution? Préparent-ils encore adéquatement la relève? Pour y répondre, un comité-conseil⁸⁵ fut

81. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 38.

82. L.R.Q., c. C-26, art. 184.

83. *Id.* art. 94, para. i.

84. *Charte de la langue française*, L.R.Q., c. C-11, art. 35.

85. *Sa composition est décrite à l'annexe 7.*

créé. Après un an de travaux, ce dernier vient de remettre son rapport qui confirme un retard du Québec sur le reste du Canada, la France et l'Union européenne en matière de formation infirmière. Il recommande au gouvernement de se prononcer sur l'ajout d'une année de formation dont les modalités restent à déterminer. Précisément, la formation des infirmières québécoises totalise 2775 heures alors que la moyenne canadienne est de 3339 heures. La partie soins infirmiers totalise 1815 heures au Québec soit le minimum des heures exigées ailleurs au Canada, le maximum étant de 3426 heures en Saskatchewan.⁸⁶

Enfin, en l'an 2000, cinq provinces canadiennes exigeront la formation de base de niveau universitaire pour l'admission à la profession et l'Ontario suivra en 2005. En juin 1998, l'Ordre a entamé des pourparlers avec le ministère de l'Éducation du Québec qui se sont soldés par des ententes sur les grands principes devant guider la révision des programmes de formation. Une des grandes lignes directrices est le continuum de formation entre les études collégiales et universitaires qui sera amélioré afin d'éviter duplicata et chevauchement. Le comité-conseil assurera le suivi de ces travaux de révision et d'harmonisation des deux ordres d'enseignement. La tendance veut qu'il y ait ajout de nouveaux secteurs cliniques et la formation d'infirmières spécialisées et ultra spécialisées à l'image du présent système et celui du futur. Les programmes actuels demeureront en vigueur jusqu'en 2002, date ultime de la mise en oeuvre des programmes révisés.⁸⁷ Pour l'heure, seuls les objectifs des programmes ont été élaborés. Leur contenu reste à venir. La difficulté majeure à la formation sur deux niveaux académiques se situe dans l'accessibilité des étudiants aux stages dans les milieux surtout pour les techniciennes. Par exemple, le CLSC, qui a pour exigence à l'embauche un baccalauréat, priorisera l'étudiante universitaire plutôt que la technicienne. L'étudiante en stage apporte beaucoup à l'organisation (nouvel outil, technique de pointe etc.) et est considérée comme candidate à l'embauche.

Mais d'ici là, qu'advient-il des infirmières novices dans la profession? Sont-elles suffisamment

86. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Rapport sur la formation infirmière, *Le Journal*, 7:1, (septembre/octobre 1999), p.1-2.

87. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, L'examen professionnel sera renouvelé, *Le Journal*, 6:1, (septembre/octobre 1998), p.6.

compétentes et polyvalentes pour assumer la complexité du milieu?

2.2 L'accès à la profession

Le législateur a confié aux ordres professionnels le soin de délivrer le permis à l'individu qui satisfait aux conditions prescrites par le code des professions et sa loi professionnelle⁸⁸ de même que de réglementer les autres conditions et modalités de délivrance du permis de pratique en plus du diplôme. Ces exigences supplémentaires varient selon les ordres professionnels: examens, cours, internat, stage supervisé, etc.⁸⁹ Elles sont décrites dans un règlement spécifique approuvé par le gouvernement et qui stipule entre autre que le candidat doit réussir l'examen professionnel.⁹⁰

Depuis janvier 2000, un nouvel examen professionnel est imposé par l'Ordre qui a pour mission la protection du public. Il doit notamment s'assurer que les candidates sont aptes à dispenser des soins efficaces et sécuritaires. Ce perpétuel tourbillon organisationnel qu'est le système de santé québécois entraîne avec lui les acteurs concernés dans une révision indispensable de l'exercice et de l'encadrement professionnel. Cet examen permettra non seulement d'évaluer par écrit les connaissances requises à l'exercice de la profession mais évaluera aussi leurs habiletés et jugement cliniques.⁹¹ Son plan directeur prévoit considérer entre autres le contexte dans lequel l'infirmière débutante est appelée à pratiquer comme une composante à l'évaluation de l'aptitude à exercer la profession. Cette composante contextuelle comprend en l'occurrence les soins à domicile comme lieux d'exercice de l'infirmière débutante et où la candidate à l'exercice est évaluée lors de l'examen professionnel.⁹² Elle doit absolument avoir été capable de résoudre la

88. L.R.Q., c. C-26, art. 40.

89. *Id.*, art. 94.

90. *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, art.1.

91. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *supra* note 87, p.6.

92. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Le plan directeur de l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Montréal, décembre 1997, p. 3 et 5.

problématique simulée dans l'examen professionnel pour être reconnue apte à exercer. Cela implique que les milieux académiques doivent d'ores et déjà adapter leur programme pour former l'étudiante adéquatement dans ce domaine. Il devra forcément avoir un ajout d'heures de formation dans le domaine particulier des soins. Le certificat universitaire en soins à domicile qui se donne actuellement s'adresse à tous les professionnels de la santé et non spécifiquement à l'infirmière. Il n'y a aucune formation spécifique pour la pratique à domicile. La seule formation qui est susceptible de toucher les soins à domicile est celle du certificat en santé communautaire qui se donne dans le cadre d'un programme universitaire.

2.3 L'orientation à l'embauche

Une étude réalisée par l'Ordre des infirmières et infirmiers⁹³ révèle que 34% des CLSC ne bénéficient pas d'un programme d'orientation à l'embauche. Les infirmières sont donc orientées "sur le tas" et l'organisation est donc laissée au bon vouloir des personnes en place. Aussi, à cause d'un besoin criant de ressources humaines, les infirmières sont orientée d'une façon discontinue (quelques heures ici et là, l'orientation complète dans tous les secteurs peut s'échelonner sur plusieurs semaines, voire des mois). Elle est orientée dans un programme où les besoins sont les plus criants et une fois l'orientation terminée, elle y travaille parfois régulièrement, parfois rarement. Elle doit s'adapter rapidement aux différents programmes en constante évolution. Il n'y a pas non plus de mécanismes formels de mise à jour ni de normes élaborées à cet effet. L'infirmière demande une mise à jour à ses collègues quelques minutes avant de commencer son remplacement, ce qui génère un stress car les risques d'erreurs sont énormes. Il serait difficile ici de comptabiliser les erreurs puisqu'il n'y a pas non plus de mécanismes formels de gestion des risques. Nous serions curieux de questionner les infirmières sur leur démarche lors d'une erreur aussi minime soit-elle après avoir avisé le médecin et avoir entrepris les mesures nécessaires pour pallier à l'erreur et ce lorsqu'elles le reconnaissent. Remplissent-elles toutes le rapport accident-incident ? Et que fait-on avec ces rapports ensuite? Et le secteur privé, qu'en est-il?

93. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *L'exercice infirmier en CLSC*, constats et recommandations, Montréal, juin 1994, p.14.

A l'opposé, 22% des CLSC bénéficient d'un programme d'orientation structuré quel que soit leur champ d'activité. L'autre 44% se situe entre ces deux extrêmes.

2.4 L'exercice infirmier

2.4.1. Analyse juridique de l'exercice infirmier

L'exercice de la profession d'infirmière est un droit exclusif conféré aux membres de son ordre professionnel.⁹⁴ Il s'agit donc d'une profession d'exercice exclusif dont l'activité professionnelle est protégée légalement. Les limites de l'exercice de cette profession sont édictées dans la Loi sur les infirmières et infirmiers où différentes facettes du rôle de l'infirmière sont définies. Elle stipule que l'infirmière a, entre autres, un rôle de premier plan dans l'identification des besoins de santé des individus. S'ajoute à cela, tout acte qui vise à contribuer aux méthodes diagnostiques, à prodiguer et à contrôler les soins infirmiers qu'exigent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. Le législateur leur confie également le soins de renseigner la population sur les problèmes sanitaires.⁹⁵

En plus des actes infirmiers que la Loi sur les infirmières et infirmiers leur permet de poser, les infirmières peuvent également, en certaines circonstances et pourvu que les conditions exigées soient respectées, prodiguer quelques actes médicaux en vertu d'une délégation autorisée par la Loi médicale⁹⁶. Ces actes médicaux élargissent donc l'enveloppe de soins que peut dispenser l'infirmière. Certains actes infirmiers peuvent eux-même faire l'objet d'une délégation en vertu de la Loi sur les infirmières et infirmiers.⁹⁷

Cependant, «le rôle de l'infirmière ne se restreint pas à celui d'une exécutante de tâches techniques puisque l'infirmière apporte une contribution essentielle au maintien et à la promotion de

94. *Code des professions*, supra note 78, art. 32.

95. L.R.Q., c. I-8, art. 36-37.

96. *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 19 b).

97. L.R.Q., c. I-8, art. 12 a).

l'autonomie des clientèles.»⁹⁸ Il se traduit par une aide apportée à la clientèle visant une prise en charge de leur santé au cours des différents cycles de la vie, de la naissance à la mort, les périodes de crises et les phases de la maladie et ce dans le but d'assurer un bien-être et une qualité de vie. On constate que sur le plan juridique, le rôle de l'infirmière est très large et imprécis, ce qui laisse place à l'interprétation. La jurisprudence semble constante à l'effet que les statuts et lois créant des monopoles professionnels doivent être interprétés restrictivement⁹⁹ et c'est le cas pour la profession infirmière. Il est étonnant de constater que, pour sa part, l'exercice de la médecine est interprété largement par les tribunaux. C'est ce que démontre l'arrêt *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Larivière*¹⁰⁰ où la dissidence de Mme le juge l'Heureux-Dubé fut retenue par la jurisprudence subséquente. Pour elle, c'est l'intention derrière l'acte qui est à considérer et la valeur thérapeutique des traitements ou moyens utilisés ne sont pas pertinents. Aussi, dans *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec* entre autres, l'analyse qui en est faite affirme que la jurisprudence est unanime à reconnaître aux médecins un champ d'exercice vaste en ce qui concerne les soins de santé.¹⁰¹ Et la Cour d'appel dans *Marie-Luce Vézina c. Corporation professionnelle des médecins du Québec* affirme que les lois créant des monopoles professionnels doivent être interprétées restrictivement sans toutefois restreindre indûment la liberté de travail des professionnels.¹⁰² Ici encore, c'est l'exercice infirmier qui est interprété strictement alors que celui de la médecine l'est libéralement. Plus récemment, la Cour du Québec dans *Collège des médecins du Québec c. Demers*¹⁰³ abonde dans ce sens en disant qu'il fallait donner à l'exercice de la médecine toute sa valeur. Il y a lieu de constater que les

98. LÉVESQUE, N., *La qualité des soins infirmiers: la perspective des personnes âgées soignées à domicile*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Université Laval, juin 1995, 144p.

99. *Pauzé c. Gauvin*, [1954] R.C.S. 15; *Corporation professionnelle des médecins c. Larivière*, [1984] C.A. 365; *Laporte c. Collège des pharmaciens de la province de Québec*, [1976] R.C.S. 101; *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, [1997] J.E. 98-72.

100. *Corporation professionnelle des médecins c. Larivière*, [1984] C.A. 365.

101. *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, supra note 99.

Marcel Durant c. Corporation professionnelle des médecins, [1988], C.S., No. 500-36-000094-840.

102. *Marie-Luce Vézina c. Corporation professionnelle des médecins*, [1998], C.A., 2940.

103. *Collège des médecins du Québec c. Demers*, [1999] C.S., Montréal, No. AZ-50067939.

tribunaux hiérarchisent ainsi la profession médicale par rapport à celle infirmière en donnant une portée beaucoup plus large à l'exercice de la médecine qu'à celle de la pratique infirmière.

Ainsi, l'infirmière à domicile ne peut être poursuivie pour exercice illégal de la médecine pour avoir posé les actes expressément décrits dans sa loi professionnelle, mais elle ne peut se prévaloir de l'interprétation libérale des actes qui relèvent de l'exercice de sa profession pour empiéter sur le domaine réservé aux autres professionnels. Comme le dit si bien l'honorable juge Côté dans la cause Dubord-Bois c. La Corporation professionnelle des médecins du Québec:

«L'ensemble des lois professionnelles doivent s'interpréter l'une par rapport à l'autre pour déterminer la portée et les limites de chacune. »¹⁰⁴

Par contre, l'ordre professionnel a adopté, en 1996, un document décrivant les perspectives de l'exercice de la profession.¹⁰⁵ Elles encadrent ni plus ni moins l'exercice infirmier en tenant compte des orientations actuelles du système de santé. Le document présente d'abord les croyances et les postulats qui orientent l'exercice de la profession. Ils sont suivis des assises de l'exercice pour les années à venir. Ensuite, la nature de l'exercice infirmier est énoncée en sept catégories: le partenariat avec le client, les principales fonctions de l'infirmière (promotion de la santé, prévention de la maladie, processus thérapeutique et réadaptation fonctionnelle), la qualité de vie et l'engagement professionnel tout en décrivant, sous forme de tableaux, les résultats escomptés chez le client, les éléments de l'exercice et les éléments organisationnels. Et enfin, l'application de ces sept énoncés est proposée à la fin du document sous forme de critères essentiels à la protection du public et à la qualité des services de santé rendus. Cet outil sert de guide à l'infirmière dans sa pratique quotidienne. Il n'a pas, bien entendu, le poids d'une loi ou d'un règlement devant la justice mais il peut certainement être utilisé dans l'analyse du rôle et du jugement clinique de l'infirmière.

104. *Supra* note 101, p.9.

105. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Direction de la qualité, *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, octobre 1996, p.9.

2.4.2. Actes infirmiers autonomes, dépendants et délégués

A notre connaissance, les infirmières sont les seules professionnelles de la santé à domaine exclusif à être régies par une loi qui sépare leur exercice en trois volets soient l'exercice autonome, dépendant et délégué. Cette classification prend racine dans le degré d'autonomie que requiert la décision de poser un acte. Toute la définition de l'acte infirmier fait partie du partie du volet autonome de l'exercice sauf la section qui traite de leur contribution aux méthodes diagnostiques et celle qui exige qu'elle prodiguent des soins sous ordonnance médicale. Ces dernières font partie de l'acte dépendant et délégué. Voyons maintenant plus en détails en quoi consistent ces volets:

A) L'exercice autonome:

L'exercice autonome fait appel à toute la démarche de soins infirmiers qui mène au jugement clinique de l'infirmière à domicile soit la cueillette de données et l'évaluation des besoins du client, les objectifs à atteindre avec échéancier prévu, les interventions infirmières et enfin l'évaluation de l'atteinte des objectifs. La modification du plan d'intervention se fait régulièrement selon l'évolution de l'état de santé du client ou selon les données recueillies en établissant les priorités et ce toujours en vue d'atteindre les objectifs de promotion, de maintien ou de restauration de l'autonomie. Aucun autre professionnel de la santé ne contrôle ses actes. L'indication et l'accomplissement de ces actes relèvent de son autorité propre et de sa responsabilité conférée en vertu de la Loi des infirmières et infirmiers aux articles 36 et 37.

Par ailleurs, dans le cadre de l'exercice autonome de l'infirmière, nous devons mentionner le devoir de surveillance des patients ¹⁰⁶ qui fait aussi partie des soins infirmiers autonomes et qui peut cependant être modifié par le médecin par une ordonnance médicale.

Expliqué dans ces termes et lu dans la Loi, cet exercice infirmier paraît clair mais son interprétation au quotidien est loin de l'être. Les actes infirmiers sont si vastes passant de la relation d'aide, aux conseils préventifs, aux soins d'hygiène, aux soins techniques courants, à la

106. Le devoir de surveillance sera vu plus en détails dans le chapitre suivant sur les obligations de l'établissement.

surveillance des signes et symptômes de la pathologie, à l'observation des indices révélant une problématique, à l'enseignement etc.

B) L'exercice dépendant:

L'exercice infirmier dépendant fait appel aux actes sous ordonnance médicale qu'elle soit écrite, verbale ou par téléphone. La même démarche de soins décrite ci-haut s'applique lors de l'exécution de la prescription. Il y a des actes autonomes qui entourent l'exécution des ordonnances. On parle ici de l'information à donner à l'usager sur l'acte posé, la surveillance requise et la conduite à tenir en cas de complications ou d'effets indésirables etc. L'ordonnance médicale comprend par exemple un médicament, un traitement ou une conduite à tenir en terme de surveillance par exemple, de cessation d'un soins ou d'un traitement etc. Sa forme et son contenu font l'objet d'un règlement ¹⁰⁷ adopté en vertu de la Loi médicale. Il s'agit là des seules normes légales en ce qui à trait aux ordonnances médicales. L'infirmière n'a pas le pouvoir d'en modifier la nature ou les conditions d'exécution.

Le fait que l'infirmière à domicile exécute des actes sous les directives du médecin ne veut pas dire qu'elle prodigue des soins aveuglément, sans user de son jugement clinique. Le médecin est responsable de son ordonnance médicale mais n'est pas responsable de son exécution à moins qu'il y participe et qu'une faute survient à ce moment. ¹⁰⁸ Il est en droit de se fier à la compétence technique des infirmières et leurs qualifications dans l'exécution des prescriptions. ¹⁰⁹ Le médecin qui prescrit une ordonnance s'attend légalement à ce que l'infirmière à domicile l'exécute et ce, adéquatement, à moins que cette dernière la juge erronée. A ce moment là, elle est tenue de la faire corriger par le médecin concerné et engage sa propre responsabilité si elle exécute cette ordonnance fautive dans la mesure où une infirmière à domicile moyennement prudente et

107. *Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin*, R.R.Q., c. M-9, r.11.1.

108. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1992, p. 72.

Institut de réadaptation de Montréal c. Dr pierre Lacoste, Dr Jacques Duranceau et Jane Boucher, (n.r.) 6 août 1981, C.S. district de Montréal, no 500-05-007849-803, p.18.

109. *Gagnon c. Corporation Hôpital de Sept-Îles et Pelletier*, C.S. Hauterive. n° 5317, 27 janvier 1972.

diligente placée dans les mêmes circonstances aurait pu s'apercevoir du caractère fautif ou erroné de l'ordonnance. Il en est de même pour l'ordonnance insuffisante. Le médecin n'est responsable que de son ordonnance insuffisante mais non de l'exécution. Il n'en tient qu'à l'infirmière de voir à ce qu'il la complète avant de l'exécuter. Quand à l'ordonnance illisible, l'infirmière a aussi une part de responsabilité. C'est ce qu'on peut déduire du jugement *Thomassin c. Pharmacie Escompte Jean-Coutu*¹¹⁰ où le pharmacien tenta de se disculper en alléguant le caractère illisible de la prescription. La Cour rejeta sa prétention et l'a reconnu coupable d'une erreur professionnelle grave en ne communiquant pas avec le médecin pour clarifier la prescription illisible.

Il est entendu que les actes prescrits doivent faire partie du cadre de l'exercice infirmier. Le médecin ne peut déléguer un acte que la loi ne lui permet pas de déléguer. Même prescrit, une infirmière ne pourrait exécuter un acte médical à moins qu'il soit autorisé en vertu du 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 médecins¹¹¹. Une infirmière qui exécute un acte médical qui n'est pas autorisé et commet par le fait même une faute causale du dommage, sera jugée devant les tribunaux comme si elle était médecin et sera comparée à un médecin (et non une infirmière) moyennement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances¹¹². Le médecin sera, quant à lui, aussi responsable si un dommage survenait à un patient par la faute de l'infirmière à qui il délégua illégalement un tel acte.

C) L'exercice délégué:

Cet exercice délégué se fait tant sous ordonnance médicale individuelle c'est-à-dire sous ordonnance que le médecin délivre ponctuellement au patient que sous ordonnance dite permanente. Cette dernière est établie par règlement du Conseil des médecins, dentistes et

110. *Thomassin c. Pharmacie Escompte Jean-Coutu*, [1983] C.P. 228, p.233.

111. *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*, M-9, r. 1.1.

112. *Filion c. Hôpital Ste-Justine et garde Magnan*, C.S. Montréal, no 500-05-521137-66, 28 fév. 1966; conf. C.A. Montréal, no 500-09-009371-68, 30 déc. 1968.

113. D. 1422-80 (1980) 112 G.O. II 2945 art., 1.01 d).

L.R.Q., c. S-4.2, *Supra* note 5, art. 214-216.

pharmaciens (C.M.D.P.) de l'établissement même ou l'établissement avec lequel un contrat de service est conclu et doit être approuvée par le Conseil d'administration pour être valide et applicable ¹¹³. Cette forme d'ordonnance pré-établie permet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements, sans attendre d'ordonnance médicale individuelle advenant une situation précise pour des patients de catégories déterminées ¹¹⁴.

Ces actes autorisés par ordonnance permanente ou individuelle sont encadrés par des protocoles. Chaque protocole décrit: - le but de l'intervention;

- la méthode;
- le matériel requis;
- la procédure;
- les contre-indications/limites à l'intervention;
- les réactions secondaires et conduite à tenir;
- l'information à donner au client;
- l'information à consigner au dossier

et doit être respecté par l'infirmière. C'est au C.M.D.P. en collaboration avec le chef de département clinique que revient la tâche d'établir ces protocoles et consulter le chef de service des infirmières à cet effet.

A l'extérieur de l'établissement, «c'est le médecin traitant ou, en son absence, le médecin responsable du patient qui établit le protocole dans la mesure où l'acte peut être posé hors de l'établissement »¹¹⁵.

Ces protocoles sont disponibles sur les lieux de travail de l'infirmière et sont mis à jour périodiquement. Certains établissements remettent même personnellement aux délégués une copie de ces ordonnances permanentes accompagnées de leur protocole. L'infirmière doit être familière avec le contenu de ces protocoles particulièrement parce qu'elle se trouve seule au domicile du patient et que cet outil n'est pas à sa portée au moment où survient un incident. De

114. D. 1422-80 (1980) 112 G.O. II 2945 art., 1.01 b).

115. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p. 97.

plus, un acte routinier et anodin pour l'infirmière peut prendre une tournure inattendue d'où l'importance de prendre toutes les précautions de sécurité et de protection légale particulièrement dans la rédaction des notes au dossier.

Parmi la nomenclature des actes médicaux délégués dans l'établissement figure certaines conditions prescrites dont, entre autres, la surveillance médicale qui est de trois niveaux: surveillance à distance, sur place ou immédiate.¹¹⁶ Dans le contexte du domicile, ces degrés de surveillance devraient aussi s'appliquer. Rares sont les actes délégués prodigués à domicile avec la nécessité d'une surveillance immédiate où le médecin doit être présent physiquement lors de l'exécution ou avec la nécessité d'une surveillance sur place où le médecin doit être dans le même bâtiment en vue d'une intervention de court délai. La surveillance à distance quant à elle est plus souvent exigée, où le médecin doit être disponible lors de l'exécution de l'acte en vue d'une intervention dans un délai raisonnable. Et nous citons à titre d'exemple l'installation d'un tube gastrique, administrer substances anticancérigènes par voie intraveineuse etc. Ceci impliquerait donc comme responsabilité de l'infirmière de s'assurer que le médecin est disponible avant de poser l'acte. Dans la réalité, cette règle est peu connue et par le fait même peu respectée. Est-ce que se conformer à cette règle serait réalisable dans les milieux de santé actuels? Le dernier chapitre sera exclusivement consacré à l'impact légal de l'écart entre la délégation des actes médicaux souhaité par le législateur et sa pratique dans les milieux.

Ainsi, l'interdépendance de l'exercice infirmier se trouve ici dans l'évaluation de l'usager et de l'indication de poser l'acte selon sa démarche de soins et son jugement clinique. L'infirmière à domicile jouit donc dans ce contexte d'une autonomie décisionnelle mitigée dans son intervention, qui se trouve encadrée par le corps médical via le protocole puisque cet acte relève de la compétence du médecin.

2.4.3. Facteurs qui influencent l'exercice infirmier

L'application de ces normes et critères est toutefois influencée par des éléments contextuels et organisationnels, lesquels étendent ou limitent l'exercice infirmier. Ils sont classés

116. D. 1422-80 (1980) 112 G.O. II 2945 art., 1.01 k), l), m).

sous quatre thèmes:

A) L'organisation des soins infirmiers

L'un des principaux éléments qui freine le développement maximal de l'exercice infirmier, en CLSC spécifiquement, s'avère d'ordre structurel. Cette structure fait référence ici à un ensemble de composantes déployées en vue d'optimiser les ressources infirmières et encourager une pratique de qualité telles que:

- programme d'orientation à l'embauche;
- cadre conceptuel en soins infirmiers;
- programme d'évaluation de la qualité des soins et de la compétence des infirmières;
- politiques et procédures en soins infirmiers;
- réunions professionnelles cliniques;
- description de tâches;
- programme de formation etc.

L'étude réalisée en 1993 par l'Ordre des infirmières sur la pratique des soins infirmiers en CLSC confirme ce fait. Elle démontre que la structure des soins infirmiers en CLSC accuse une faiblesse importante dans 66% des centres. Il en ressort également que l'absence d'infirmières occupant un poste cadre de responsable des soins infirmiers contribue majoritairement à ce problème.¹¹⁷ L'infirmière n'étant pas représentée là où se prennent des décisions qui ont un impact sur les soins infirmiers prodigués.

L'état de la situation révèle que 94% des centres n'ont pas de programme d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, ni d'outils, ni de méthodes à cet effet visant à améliorer la nature des interventions. De plus, leurs ressources pour créer ou adapter ces outils sont limitées; aucun CLSC n'embauche d'infirmière à titre de clinicienne spécialisée. Le maintien et le développement professionnel formels sont aussi délaissés; outre les visites d'inspection professionnelle, il ne se fait

117. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *supra* note 93, p.14.

pas non plus d'évaluation de la compétence des infirmières dans 81% des centres. Qu'en est-il du secteur privé comme les agences ou encore l'infirmière autonome? ¹¹⁸

Aussi, dans 78% des CLSC , «les politiques et les procédures de soins infirmiers en vue d'orientations communes au sein des groupes d'infirmières quant à certains aspects de leur exercice tels soins d'urgence, suivi de certains types de clientèle, gestion des médicaments et vaccins, tenue de dossiers s'avèrent une lacune importante». ¹¹⁹

L'obligation récente de chaque CLSC de nommer une infirmière comme cadre responsable des soins infirmiers est un pas important vers l'amélioration de la structure des soins infirmiers. ¹²⁰ Cependant, cette nomination est souvent en ajout à d'autres fonctions cadres déjà existantes. Par exemple, l'infirmière était déjà chef de service et elle devient en plus responsable des soins infirmiers. Nous ne sommes pas certains que ses fonctions de chef de service sont allégées ou déléguées pour faire place à celles de responsable des soins infirmiers. ¹²¹ D'accord pour les bons voeux pieux du législateur en autant que cette structure aille de pair avec un pouvoir d'action et une reconnaissance des responsabilités et des activités inhérentes. Il n'y a pas que le système de santé qui s'essouffle mais aussi les intervenants qui le composent dans un pareil contexte.

B) Le partage des responsabilités et la reconnaissance professionnelle des infirmières au sein de l'équipe multidisciplinaire

L'étude de l'OIIQ révèle une confusion et des lacunes à ce niveau. « La multidisciplinarité ne se vit pas avec le même degré de confiance, d'égalité et de respect interprofessionnels» particulièrement entre les secteurs des soins infirmiers, médicaux et sociaux ce qui crée des tensions . Entre autres, la responsabilité des infirmières d'identifier les besoins de santé des personnes conférée par le législateur n'est pas connue et reconnue par ces intervenants. Or, la description de fonctions des infirmières est élaborée et appropriée dans seulement 28% des centres.

118. *Id.*, p.14.

119. *Id.*, p.15.

120. L.R.Q., c. S-4.2, art. 206.

121. *Id.*, art. 207-208

En plus d'être un guide pour les infirmières, la description de tâches des infirmières peut aussi contribuer à faire connaître aux autres professionnelles leurs rôles et responsabilités tout en clarifiant certaines zones d'interventions et de collaboration professionnelle.¹²²

En ce qui concerne le partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières, l'étude de l'OIIQ constate que la délégation des actes médicaux et les ententes interdisciplinaires sont claires et bien constituées dans seulement 29 % des centres alors qu'elles sont faibles dans 23% des centres et mitigées dans les autres 48 %. Ce n'est pas partout où il y a ouverture à de telles ententes malgré tous les avantages qu'elles procurent.¹²³ Une telle situation explique pourquoi il subsiste tellement de difficultés dans l'application correcte des actes délégués.

C) L'évolution des services et réaménagements organisationnels requis

Un des facteurs d'influence majeure sur l'exercice infirmier et relatif à la prestation des services à la population est la priorité des clientèles à risque et l'alourdissement des clientèles. Le rapport de l'OIIQ témoigne que «les infirmières sont actuellement aux prises avec une augmentation de clientèles souffrant de toxicomanie, sida, pauvreté, difficultés d'intégration sociale, problèmes de santé mentale, violence, perte d'autonomie et absence de réseau naturel d'aide, etc.»¹²⁴ Elle vivent un accroissement de la demande et sont impliquées dans des situations biopsychosociales complexes sans augmentation d'effectifs. Par conséquent, le ratio infirmières/clients augmente ainsi que le temps d'intervention pour chacun, les soins étant devenus plus complexes.

«L'augmentation de l'achalandage et l'élargissement de la plage horaire d'accessibilité sans les réaménagements nécessaires sur le plan des ressources humaines, financières et organisationnelles occasionnent, entre autres, des problèmes de remplacement de personnel et de continuité des soins ou encore l'impossibilité de donner les soins requis aux usagers.»¹²⁵

122. *Supra* note 93, note p. 18.

123. *Ibid.*

124. *Id.*, p.21.

125. *Ibid.*

Et jusqu'à quel point délaissera-t-on la promotion et la prévention de la maladie, volets fondamentaux de l'exercice infirmier et ce au profit du curatif? Quel est l'impact du stress relié au travail constant en situation de crise, à l'isolement, au manque de mécanismes de soutien et d'encadrement professionnels. Il y a sans contredit l'épuisement professionnel mais aussi des risques énormes en terme de responsabilité civile; que dire des risques d'erreur, des obligations face au client entres autre la qualité et la disponibilité des services? Rappelons qu'il n'y a nulle part en CLSC d'infirmière embauchée à titre de clinicienne spécialisée malgré le contexte d'intensification et de complexité des soins.

Malgré les difficultés nombreuses et de taille qu'engendre ce phénomène, des aspects positifs sont aussi à souligner. En effet, cette évolution exige un ajustement dans la définition de leurs rôles et motive fortement les infirmières à se tenir à jour. Elles doivent être bien préparées pour faire face à ces problématiques complexes.

D) Le conseil des infirmières et infirmiers (C.I.I.) et la responsable des soins infirmiers (R.S.I.)

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ¹²⁶ crée l'obligation pour tout établissement de santé qui embauche cinq infirmières et plus d'instituer un tel conseil qui a pour mandat la transmission des recommandations au conseil d'administration sur

- l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement
- les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières
- la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières et l'émission d'avis au directeur général sur
- l'organisation scientifique et technique du centre
- l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières

C'est par le biais d'un comité exécutif composé d'infirmières cadres et syndiquées, du directeur général, et de la directrice des soins infirmiers ou de la responsable des soins infirmiers que le C.I.I. joue son rôle-conseil.

126. L.R.Q., c. S-4.2, art. 219 à 225.

Une autre instance exigée par la Loi depuis la réforme est la nomination d'un directeur (D.S.I.) ou d'un responsable des soins infirmiers (R.S.I.) dans les établissements de santé qui a comme mandat de surveiller et de contrôler la qualité des soins dispensés, de s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers et de veiller au bon fonctionnement du C.I.I. et de ses comités.¹²⁷

L'avènement du CII et la nomination d'une R.S.I.-D.S.I. sont des facteurs cruciaux d'influence positive sur l'exercice infirmier. Il existe même des regroupements régionaux de R.S.I.-D.S.I. et de comité exécutif (C.E.C.I.I.) créés en vue d'actualiser de façon rentable leur mandat par une mise en commun de l'expertise et le partage de certains dossiers de travail. D'après les données recueillies dans l'étude de l'O.I.I.Q., «le pouvoir-conseil de ces deux instances n'est pas reconnu également d'un centre à l'autre. Il est tantôt bien accueilli et utilisé et tantôt dénigré.»¹²⁸

127. *Id.*, art. 206 à 208.

128. *Supra* note 93, p. 27.

CHAPITRE 3

LA RESPONSABILITÉ CIVILE

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'infirmière à domicile est soumise aux principes généraux de la responsabilité civile et professionnelle. Comme tout autre professionnel de la santé, elle n'est pas visée, dans le cadre habituel de ses fonctions, par les règles d'exonération de la responsabilité telle celle du "Bon Samaritain"¹²⁹ et celle du gardien du majeur non doué de raison¹³⁰. Elle demeure donc individuellement responsable des fautes qu'elle commet¹³¹. Elle peut, en outre, engager la responsabilité tantôt de l'établissement, par le biais de la responsabilité contractuelle¹³², tantôt du médecin, lorsque ce dernier peut être considéré comme son commettant ou son mandant¹³³.

La responsabilité civile désigne l'ensemble des règles qui obligent l'auteur d'un dommage à autrui à réparer le préjudice¹³⁴. Il existe deux régimes de responsabilité civile soit celui de la responsabilité extra contractuelle et celui de la responsabilité contractuelle. La faute commise par une infirmière à domicile peut mettre en cause un de ces deux régimes. Pour le régime extra contractuel, le principe général est énoncé à l'article 1457 du Code civil du Québec :

«1457. Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer préjudice à autrui.

Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel.

129. Art. 1471 C.c.Q.

130. Art. 1461 C.c.Q.

131. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r.4, art. 3.04.01.

132. Art. 1458 C.c.Q.

133. Art. 1463 C.c.Q.

134. VINEY, G., *Traité de droit civil - Les obligations, la responsabilité, les conditions*, sous la direction de Jacques Ghestin, Paris, LGDJ, 1982, p.1.

Elle est aussi tenue, en certains cas, de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde. »

Le régime contractuel quant à lui découle de l'article 1458 du Code civil du Québec et se lit comme suit:

«1458. Toute personne a le devoir d'honorer les engagements qu'elle a contractés. Elle est, lorsqu'elle manque à ce devoir, responsable de ce préjudice corporel, moral ou matériel, qu'elle cause à son cocontractant et tenue de réparer ce préjudice; ni elle ni le cocontractant ne peuvent alors se soustraire à l'application des règles du régime contractuel de responsabilité pour opter en faveur de règles qui leur seraient plus profitables.»

Pour qu'une infirmière à domicile soit responsable civilement, il faut que la victime soit capable de faire la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux. La partie qui suit élaborera donc sur ces trois éléments clés qui conditionnent la responsabilité civile.

3.1 La faute

3.1.1. Définition

Seule une personne capable de différencier le bien du mal peut commettre une faute qui risque d'engager sa responsabilité. «D'une façon générale, la plupart des définitions données par la doctrine se regroupent autour de deux idées maîtresses: le manquement à un devoir préexistant et la violation d'une norme de conduite.»¹³⁵

La faute en responsabilité extra contractuelle se définit comme un manquement à un devoir de se conduire selon les circonstances, les usages ou la loi, causant un dommage à un individu. Quant à la faute contractuelle, elle découle du non respect des engagements contractuels.

La faute étant aussi une contravention à une norme préétablie, on en retrouve deux sources: la norme légale et la norme professionnelle.

135. BAUDOIN, J.L., *La responsabilité civile*, 5e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1998, p.97. no 125.

A) LA NORME LÉGALE

La norme légale est décrite dans la législation (Code civil, Loi sur les services de santé et les services sociaux, codes de déontologie professionnelle, lois professionnelles etc.) et concrétisée dans la jurisprudence. Ainsi, le manquement aux règles qu'exige le consentement, la confidentialité et le secret professionnel constituent des contraventions de normes légales.

B) LA NORME PROFESSIONNELLE

La norme professionnelle est très peu traduite dans la législation. C'est en fait l'ensemble des règles, procédures et principes d'interventions élaborés par un milieu scientifique donné et qui décriront la façon dont les activités professionnelles doivent être exercées. On y réfère souvent comme étant les règles de l'art. Elle se retrouve donc dans la littérature scientifique des professionnels concernés. Ces normes sont en évolution constante. D'ailleurs, tous les codes de déontologie imposent aux professionnels de se tenir à jour donc d'être à la fine pointe du développement scientifique.¹³⁶ Il serait donc fautif pour l'infirmière à domicile par exemple d'employer une méthode désuète qui n'est plus utilisée par le reste du corps professionnel.

Il y a différents types de faute en droit: la faute simple, la faute lourde, et la faute intentionnelle. La faute simple est l'écart par rapport aux normes professionnelles ou aux règles de l'art. Le Code civil décrit la faute lourde comme celle qui dénote une insouciance, une, une imprudence ou une négligence grossière.¹³⁷ La faute intentionnelle est la conduite d'une infirmière ayant l'intention de nuire et qui vise donc délibérément et volontairement à causer un préjudice.¹³⁸ Cependant, pour l'infirmière à domicile, la faute simple suffit pour engager sa responsabilité.

3.1.2. L'appréciation de la faute

L'appréciation de la faute sera détaillée sous l'angle du résultat escompté suites aux services rendus et sous l'angle de comportement de l'infirmière à domicile professionnelle de la santé.

136. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 131, art. 4.03.01.

137. Art. 1474 C.c.Q.

138. Baudoin, J.L., supra note 135, p. 107, note 145.

i) Le résultat escompté:

La personne qui invoque la faute de l'infirmière doit en faire la démonstration¹³⁹ selon le principe général de la balance des probabilités¹⁴⁰. Ce fardeau de preuve que porte le demandeur concerne aussi bien la preuve de la faute que celle du lien de cause à effet entre la faute et le préjudice. Il est lié à la nature de l'obligation de l'infirmière qui est en général une de moyens.¹⁴¹ L'infirmière à domicile s'engage à prendre les meilleurs moyens à sa disposition pour rendre l'usager le plus autonome possible. Elle ne s'engage pas à le rendre autonome. Donc le fait qu'il ne devienne pas autonome ou que son état de santé se détériore au lieu de s'améliorer ne crée pas une présomption de faute.

Cependant il existe certains aspects de la pratique nursing où l'infirmière a une obligation de résultat. Ce sera le cas lorsqu'il n'y a aucun aléa possible; par exemple, pour le décompte des instruments en salle d'opération. Le simple fait de retrouver une compresse ou un instrument dans l'abdomen d'un usager crée automatiquement la présomption de faute et c'est au personnel du bloc opératoire de renverser cette présomption.¹⁴² Le personnel pourrait être exonéré si, par exemple, une complication était survenue lors de l'opération qui menaçait la vie du patient. L'opération devant être alors arrêtée pour stabiliser le patient sur la fin de l'anesthésie, la plaie a dû être refermée sans décompte. Par analogie, l'infirmière à domicile sera tenue à une obligation de résultats lorsqu'il n'y a aucun aléa possible comme l'identification des prélèvements, le choix du site d'intervention etc.

ii) Le comportement de l'infirmière à domicile

A) LA PREUVE DIRECTE

C'est le moyen de preuve optimal, la façon la plus sûre et la plus claire d'établir la preuve de la faute. Son appréciation relève du tribunal et découle des faits et circonstances de

139. Art. 2803 C.c.Q.

140. Art. 2804 C.c.Q.

141. BAUDOIN, J.L., *supra* note 135, p. 854, no 1423.

142. *Thomassin c. Battikha et Hôpital de Chicoutimi*, [1990] R.J.Q. 2275 (C.S.); *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.).

l'événement. Les tribunaux déduiront la faute en comparant le comportement de l'infirmière impliquée à celui qu'une infirmière raisonnable, prudente et diligente aurait eu en semblables circonstances.¹⁴³ C'est ce qu'on appelle l'appréciation "in abstracto", celle du professionnel moyen. Le tribunal devra donc répondre à la question clé en cette matière: Dans ces circonstances, selon les normes légales et professionnelles, qu'est-ce qu'aurait fait un professionnel moyennement prudent, compétent, habile et diligent? Ce qui est très différent du professionnel idéalement prudent, compétent et diligent. L'humain est faillible et à droit à l'erreur.¹⁴⁴ Les tribunaux ont, dans l'appréciation de la faute, un très large pouvoir discrétionnaire¹⁴⁵ et s'appuieront sur l'opinion d'experts qui évalueront la performance de l'infirmière à domicile et qui détermineront si son comportement correspond à la norme professionnelle de ce qu'on peut s'attendre d'un professionnel moyen. Les experts s'appuient souvent sur des références tirées de la littérature scientifique. La plupart du temps, les experts choisis en cours devant le tribunal, sont aussi des professionnels qui font ce genre de pratique. Ils proviennent souvent du milieu universitaire, ce qui est susceptible de les rendre crédibles aux yeux du tribunal. De plus, le fait d'avoir publié, de faire de la recherche dans le domaine par exemple sont des atouts importants dans la sélection d'un expert. Il peut aussi y avoir d'autres témoignages que celui de l'expert. L'écrit comme le dossier médical et l'aveu constituent d'autres moyens de preuve directe.¹⁴⁶

Sont aussi considérés, les éléments externes à l'infirmière à domicile comme circonstances pertinentes à l'appréciation de la faute. Celle qui pratique en milieu urbain, à proximité de services et d'installations universitaires, se verra juger dans ce contexte, plus sévèrement que celle qui dessert une région éloignée et qui a donc moins de ressources à sa disposition immédiate.¹⁴⁷ L'intensité de l'obligation varie donc d'un milieu à l'autre. Elle sera plus élevée dans un contexte universitaire que dans un contexte non universitaire. Les ressources et l'organisation des centres ne sont pas les mêmes. La spécialisation, l'enveloppe des soins disponibles, les délais de procédures

143. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p.112,113 et 114.

144. *Id.*, p. 112, no 153.

145. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995, p.40.

146. Art. 2811 et ss. C.c.Q.

147. *Ibid.*, note 145.

sont différents et peuvent influencer le degré de responsabilité de l'établissement selon qu'il est universitaire ou non. La faute est donc appréciée en considérant cette variation de l'intensité de l'obligation. A titre d'exemple, un délai d'intervention plus ou moins long pourra être jugé fautif dans un établissement universitaire car toutes les ressources sont en place jour et nuit et il est spécialisé alors que dans un petit établissement, hors de la métropole, où le personnel est de garde à domicile et doit se déplacer pour répondre à l'urgence, le délai pourra être considéré normal et non fautif.

B) LA PRÉSOMPTION

Il n'est pas toujours possible de faire une preuve directe de la faute. C'est le cas lorsqu'il manque des éléments de faits. Le recours aux présomptions ¹⁴⁸ comme moyen de preuve peut être utile lorsqu'on ignore comment la faute a pu être commise. Elle se définit comme étant une conséquence que la loi ou le tribunal tire d'un fait connu à un fait inconnu. ¹⁴⁹ C'est ni plus ni moins, une déduction. Par exemple, si on retrouve une pince dans l'estomac d'un patient, il y a eu certainement une faute quelque part mais où? La preuve est impossible à faire à partir du dossier médical. Tout est conforme, même le décompte des instruments. La loi présume donc une faute. Par conséquent, le fardeau de la preuve se trouve alors renversé. Ce qui veut dire que ce sera au professionnel de chercher à s'exonérer. Il devra donc tenter de prouver que le dommage subi par le patient a une autre origine que son fait. La preuve de l'absence de faute n'est pas suffisante pour s'exonérer. Ce principe prend racine dans l'affaire *Cardin c. Cité de Montréal* ¹⁵⁰ tel que l'exprime le juge Taschereau:

"... comme cette Cour l'a rappelé dans Parent c. Lapointe ¹⁵¹, quand dans le cour normal des choses, un événement ne doit pas se produire, mais arrive tout de même, et cause un dommage à autrui et quand il est évident qu'il ne serait pas arrivé s'il n'y avait pas eu négligence, alors c'est à l'auteur de ce fait à démontrer qu'il y a eu une cause étrangère dont il ne peut être tenu responsable, et qui est la source de ce dommage..."

148. Art. 2811 C.c.Q.

149. Art. 2846 C.c.Q.

150. *Cardin c. Cité de Montréal*, [1961], R.C.S. 655, p. 659.

151. *Parent v. Lapointe*, [1952] R.C.S. 376.

L'infirmière à domicile doit donc prouver qu'elle s'est comportée en personne raisonnablement prudente et diligente en plus de fournir une preuve générale d'absence de faute dans les moyens utilisés ¹⁵².

3.1.3. L'erreur de jugement

L'erreur de jugement n'est pas fautive en soi. Le professionnel de la santé n'est pas infaillible et a le droit de se tromper. La décision de la Cour suprême dans *Lapointe c. Hôpital Legardeur* confirme ce principe. ¹⁵³ Il n'y aura faute que lorsque l'erreur de jugement s'accompagnera de négligence, d'incompétence ou d'imprudence.

Ce qui différencie la simple erreur de jugement de la faute professionnelle est le fait d'avoir, dans la démarche thérapeutique, dérogé ou non aux règles de l'art, à la bonne pratique professionnelle. C'est d'ailleurs ce critère qui sera analysé dans l'obligation de moyens de l'infirmière à domicile. ¹⁵⁴ En voici quelques exemples en pratique médicale mais dont les principes pourraient s'appliquer en pratique infirmière: Dans *Vigneault c. Mathieu* ¹⁵⁵, le médecin ne fut pas déclaré responsable d'avoir sectionné par erreur la veine fémorale au lieu de varices parce qu'il a utilisé tous les moyens raisonnables mis à sa disposition et qu'un médecin moyennement prudent, compétent et diligent aurait utilisé dans les mêmes circonstances. Dans *Tremblay c. Claveau* ¹⁵⁶, un médecin diagnostique chez un enfant une virémie vaccinale alors que c'était d'une méningite dont il souffrait. Voici un autre bel exemple d'erreur de jugement posé sur un diagnostic puisque les deux autres médecins qui ont examiné l'enfant dans les 24 heures qui ont suivi ont posé le même diagnostic. En le comparant ainsi à ces deux autres professionnels moyennement prudents et diligents dans les mêmes circonstances, le tribunal l'a donc exonéré de sa responsabilité et conclu qu'il n'a pas commis de faute. Aussi, dans *Dubois c. Gaul* ¹⁵⁷, un généraliste pose un diagnostic

152. *Bureau c. Sakkal*, [1994] R.R.A. 893 (C.S.).

153. *Lapointe c. Hôpital Legardeur*, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.); inf. C. suprême du Canada, n° 21697, 13 fév. 1992.

154. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p.37.

155. *Vigneault c. Mathieu*, [1991] R.J.Q., 1607 (C.A.).

156. *Tremblay c. Claveau*, [1990] R.R.A. 268 (C.A.).

157. *Dubois c. Gaul*, [1989] R.J.Q., 1260 (C.S.).

erroné d'entorse au doigt alors qu'il s'agissait d'une rupture du tendon fléchisseur. Cependant, le test qui aurait permis de faire le bon diagnostic ne fait pas partie de ceux enseignés au programme de formation universitaire en médecine générale. Le généraliste s'était conformé aux règles de l'art de la médecine générale et ne devait pas voir son comportement apprécié selon la norme d'un spécialiste. On ne peut lui reprocher également de ne pas avoir demandé une consultation en chirurgie-orthopédie puisque même le spécialiste en la matière aurait agi de la même façon que lui. Il est donc exempté, son erreur n'est pas une faute. Il existe plusieurs autres causes particulièrement au niveau des erreurs de diagnostic mais ces exemples suffisent à illustrer ces principes d'erreur de jugement simple versus erreur de jugement fautive.

3.2. Le dommage

Qu'on soit en matière de responsabilité civile contractuelle ou extra contractuelle, les tribunaux indemnisent les trois types de dommages suivants; corporel, moral et matériel. Aussi, dans les deux régimes, le dommage indemnifiable doit être une suite directe et immédiate de la faute.¹⁵⁸ Une autre condition est rajoutée pour le régime contractuel soit celle que le débiteur n'est tenu de réparer que les dommages et intérêts prévus au moment où l'obligation fut contractée à moins d'une faute qualifiée qui dans ce cas permettra l'indemnisation d'un dommage non prévisible¹⁵⁹. Le but de l'indemnisation étant de compenser la victime du préjudice réellement subi et non de punir l'auteur de la faute.¹⁶⁰

En plus d'être direct et immédiat, le dommage indemnifiable doit être certain. Le préjudice futur peut aussi être indemnisé dans la mesure où il est susceptible d'être évalué.¹⁶¹ Il doit présenter aussi une probabilité sérieuse de se produire.¹⁶²

158. Art. 1607 C.c.Q.

159. Art. 1613 C.c.Q.

160. Art. 1607 et 1611 C.c.Q.

161. Art. 1611 al. 2 C.c.Q.

162. Art. 1613 C.c.Q.

En cas d'aggravation du préjudice, la victime ou ses représentants peuvent demander une révision à la hausse de l'indemnisation et ce même après la décision du tribunal. Elle a trois ans après le jugement pour exercer ce droit lorsqu'il n'est pas possible, au moment du jugement, de déterminer avec une précision suffisante l'évolution de la condition physique de la victime. ¹⁶³

3.3. Le lien de causalité

3.3.1. La causalité adéquate

Parmi l'ensemble des éléments qui pourraient expliquer le dommage, les tribunaux chercheront à déterminer ultimement la cause la plus probable. Le patient doit prouver, selon la balance des probabilités, que le dommage ne serait pas survenu sans la faute.

3.3.2. La preuve de la causalité

Le fardeau de prouver la causalité appartient à la victime ou à son représentant. On établit entre autres la preuve de la causalité par prépondérance de preuve sur le plan de la probabilité. La preuve factuelle est aussi un moyen de prouver la causalité à partir des éléments de faits du dossier médical. Tel que susmentionné, l'expertise s'ajoute aussi à ces moyens de même que la présomption de faits tout comme c'est le cas pour l'appréciation de la faute. ^{163A}

Élaborons d'avantage sur cette présomption de faits. Les tribunaux ont émis un certain nombre de règles ou de situations où la causalité est présumée, et ce par la jurisprudence. Par exemple, quand la faute est très grave, il sera plus facile d'établir la causalité entre la faute et le dommage. Les tribunaux attacheront moins d'importance à déterminer l'authenticité du lien causal quand cette faute est en soi très grave et que le dommage peut en être une suite logique. Donc, les tribunaux présumeront la causalité simplement à partir de la preuve de la gravité de la faute et de la proximité du dommage. ¹⁶⁴

163. Art. 1615 C.c.Q.

163A. *Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541.

164. *Morin c. Blais*, [1977] 1 R.C.S. 570.

De plus, les tribunaux vont aussi présumer la causalité lorsque le professionnel de la santé aurait dû consigner certains renseignements dans le dossier médical et le fait qu'il ne les ait pas consignés empêche le patient de prouver la causalité. Donc l'approche des tribunaux en cette matière est de présumer que ce qui n'apparaît pas au dossier médical aurait permis d'établir la causalité. Il est à la charge du professionnel par la suite de prouver que l'information manquante au dossier aurait permis de conclure autre chose. A titre d'exemple, dans l'affaire *Gburek c. Cohen*¹⁶⁵, le médecin traite l'infection du patient avec de la gentamycine qui, prise sur une longue période, peut amener des problèmes de surdité. Le médecin a omis de l'informer de ce risque et il ne lui a pas fait passer les tests requis de surveillance de l'ouïe. Bien entendu, rien ne figurait au dossier médical à cet effet. Le patient a développé une surdité très importante suite à ces événements. Selon les experts, la surdité peut aussi arriver spontanément. Mais la cour prend l'approche en faveur du patient et présume donc que les tests et l'information qui auraient dû être faits et consignés au dossier empêchent le patient de faire la preuve de la causalité entre la faute et le dommage. La seule façon ici pour le médecin de s'exonérer serait d'établir que les tests qu'il aurait fait passer et l'information qu'il aurait donnée au patient n'auraient pas permis de conclure sur la causalité ce qui était impossible à faire dans les circonstances. Le médecin, par sa négligence, s'est privé d'un moyen de se défendre.

Autre exemple dans l'affaire *Houde c. Côté*¹⁶⁶ où des complications sont survenues chez un patient des suites d'une mauvaise évaluation du risque et des données anesthésiques. Malheureusement, le médecin a omis de consigner un certain nombre de résultats devant apparaître au dossier qui aurait permis de confirmer de façon évidente que le patient se trouvait dans une condition qui contre-indiquait l'anesthésie. La Cour d'appel retient encore ici le même principe à l'effet qu'il manquait de l'information au dossier qui aurait pu permettre au patient d'établir la causalité entre la faute et le dommage. Cette présomption renverse le fardeau de la preuve; c'est maintenant au médecin de prouver que l'information qu'il aurait consignée au dossier aurait permis de l'exonérer ce qui est impossible à faire.

165. *Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (CA).

166. *Houde c. Côté*, [1987] R.J.Q. 723 (CA).

D'où l'importance pour l'infirmière et tous les professionnels de la santé de tenir de bons dossiers. L'inférence que font les tribunaux civils d'un dossier mal tenu place le professionnel dans une position quasi indéfendable. Une cause plus récente, celle de *Filion c. Villeneuve*¹⁶⁷ démontre l'interprétation que font les tribunaux d'un dossier mal tenu:

« On voit mal comment il aurait, avec sa patiente, fait preuve de minutie qui est lamentablement absente dans la tenue de son dossier».

A titre de conclusion de cette première partie de la responsabilité civile, on remarque qu'il n'est pas important ici de qualifier la relation juridique qui unit les parties pour déterminer l'existence d'une faute, d'un dommage ou d'un lien de causalité.¹⁶⁸

167. *Filion c. Villeneuve*, [1999] R.R.A. 854 (C.S.)

168. *Mainville c. Cité de la Santé de Laval*, [1998] R.J.Q. 2082 (C.S.).

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Revenons au début du chapitre où nous expliquions les régimes de responsabilité civile. Le régime le plus souvent impliqué dans la prestation de soins à domicile est contractuel à moins d'une situation d'urgence où le patient ne peut exprimer sa volonté. Ainsi, dès qu'une personne fait appel aux services d'une infirmière pour se faire traiter à domicile ou dès qu'elle accepte la référence faite du centre hospitalier au service de soutien à domicile du CLSC par exemple, un contrat de soins professionnel prend naissance ¹⁶⁹.

D) La formation du contrat de soins professionnels:

Il y a quatre éléments requis à la conclusion d'un contrat:

ÉLÉMENTS REQUIS	COMMENTAIRES	SOURCES
Consentement	des parties contractantes	Art. 1385 C.c.Q.
Donné par une personne capable		Art. 1385 C.c.Q.
Cause	C'est la raison qui détermine chacune des parties à le conclure	Art. 1385 C.c.Q. Art. 1410 C.c.Q.
Objet	C'est ce que les parties recherchent comme finalité. Si l'objet est prohibé par la loi ou contraire à l'ordre public, le contrat sera nul. Ex.: Nul ne peut consentir à ce qu'on lui donne la mort. L'infirmière ne pourrait ici invoquer le consentement du patient pour sa défense, contrat nul, meurtre au 1er degré.	Art. 1413 C.c.Q. Art. 265 S.R.C.

169. Par analogie à la phrase du juge Bissonnette qui conclue que, dès qu'un patient pénètre dans le cabinet d'un médecin, un contrat de soins professionnels prend naissance dans l'affaire *X. c. Mellen* [1957] B.R. 389, p. 408.

II) Les obligations des parties contractantes

L'usager

L'accent est mis d'avantage sur ses droits ce qui nous fait oublier qu'il a aussi des obligations au nombre de deux:

a) L'obligation de divulguer:

Le malade doit divulguer son histoire médicale pertinente au traitement de son problème de santé, ses conditions médicales préexistantes, ses symptômes et l'évolution de son état de santé etc.

¹⁷⁰ Ce devoir de divulguer s'étend jusqu'à la révélation de sa séropositivité au VIH par exemple. ¹⁷¹

Si le client oublie de mentionner qu'il est allergique à la pénicilline et qu'il fait un choc anaphylactique suite à la prise d'antibiotiques à base de pénicilline, il ne pourrait pas invoquer la faute du médecin.

Autres exemples cités dans Lesage-Jarjoura, Lessard et Philips-Nootens ¹⁷² : Le patient qui cache à l'anesthésiste qu'il n'est pas à jeun avant l'opération assume les risques qui peuvent survenir. Une jurisprudence ¹⁷³ de la Colombie-Britannique illustre ce fait. Même après avoir été informé de l'importance du jeûne avant l'anesthésie générale, l'usager boit quand même du café avant l'opération et n'en informe pas l'anesthésiste. L'intubation s'avère difficile et la patient fait un laryngospasme et un bronchospasme intenses très probablement dus à une aspiration du contenu gastrique et s'ensuit un arrêt cardiaque et le décès. Les héritiers n'ont donc pas matière à poursuite. Autre exemple de la Nouvelle-Écosse ¹⁷⁴, une dame doit se faire extraire une dent sous

170. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de Droit, Université de Sherbrooke, 1980, p. 224, no 330.

171. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p.20.

172. *Ibid.*

173. [1974] 2 W.W.R. 709 (B.C.S.C.).

174. *Leadbetter c. Brand*, (1980) 37 N.S.R. (2nd) 581, p.601, no 49 (N.S.S.C.).

anesthésie générale. Tous les tests de laboratoires et les examens préopératoires sont normaux. La patiente présente une cyanose et s'ensuit un arrêt cardiaque post administration de narcotiques après l'opération immédiate. L'équipe médicale réussit à la réanimer mais des dommages cérébraux importants demeurent. La dame avait finalement dissimulé le fait qu'elle avait rendu visite à son médecin de famille peu de temps avant l'opération et que ce médecin lui avait prescrit des diurétiques. Ces derniers pourraient expliquer une baisse du taux de potassium sanguin et la complication cardiaque survenue. Le dosage du potassium n'étant pas de routine en préopératoire, l'anesthésiste n'a donc pas commis de faute et la patiente doit en assumer les conséquences.

«Il revient aussi au patient de faire preuve de bon sens et de prendre des initiatives lorsqu'il y a lieu. Si quelque chose lui semble anormal, nouveau symptôme, douleur persistante etc., il doit rappeler le médecin pour lui en faire part, ou encore demander une nouvelle consultation.»¹⁷⁵ En fait, il doit aviser son médecin ou l'infirmière à domicile s'il ne répond pas bien au traitement et ce sans délai car le temps aggrave souvent l'état de santé.¹⁷⁶ S'il manque à ce devoir d'informer le professionnel concerné de toutes complications éventuelles, il est alors susceptible de supporter une part de responsabilité.

Mais le problème, c'est que le patient n'est pas toujours à même de faire le lien entre la pertinence de ce qu'il doit divulguer et ce que le professionnel lui proposera comme traitement ou solution à son problème. D'où l'importance pour l'infirmière de faire une bonne collecte de données et de donner un portrait des informations claires sur les éléments qu'il doit porter à l'attention de l'infirmière.

Il ne revient pas en principe au médecin de rappeler lui-même pour le suivi, une fois qu'il a donné des explications claires.¹⁷⁷ Évidemment, encore faut-il que l'usager soit capable de faire les

175. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p.21.

176. *Laurent c. Hôpital Notre-Dame de L'Espérance*, [1978] 1 R.C.S. 605, 610.

Isabelle c. Beaulieu, J.E. 80-494, (C.P.).

Déziel c. Régnault, [1974] C.S. 624.

177. *Ibid* note 175.

démarches nécessaires, seul ou avec ses proches, compte tenu de son âge, de son état physique et mental etc. ¹⁷⁸

b) L'obligation de collaborer:

Le patient a aussi le devoir de collaborer. Il doit se prêter aux examens et aux traitements recommandés. Il doit suivre les directives proposées pour améliorer son état. S'il ne se conforme pas à celles-ci, il devra assumer les risques de sa décision après en avoir été informé. S'il y a faute de l'infirmière à domicile, la responsabilité pourra se voir ici partagée. ¹⁷⁹ La jurisprudence nous offre des situations où la responsabilité du professionnel a été partagée avec celle du patient. Par exemple, si le médecin demande au patient de prendre rendez-vous après son spermogramme post-vasectomie et de se protéger lors des relations sexuelles jusqu'au prochain rendez-vous et qu'il ne suit pas les recommandations, il pourra supporter une part de responsabilité du fait que sa femme redevient enceinte parce que spermogramme était positif finalement. Certes, le médecin a aussi manqué à son obligation d'informer le patient du rapport positif mais le patient aussi pour celle de revoir son médecin. ¹⁸⁰

L'établissement

La responsabilité du CLSC s'apparente de près à celle de l'hôpital. Son contenu comprend des obligations relatives à

- la surveillance des usagers,
- l'exécution des ordonnances médicales,
- la prestation de services professionnels,
- aux soins d'urgence.

Reprenons le détail de ces obligations.

178. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p. 222, no 326.

179. [1986] R.J.Q. 3048 (C.S.).

180. *Ibid* note 175.

A) La surveillance des usagers

Le droit aux services que confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹⁸¹ prévoit que l'usager est en droit de recevoir des services adéquats sur le plan scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, ce qui inclut la surveillance requise par son état de santé. Ce devoir est principalement assuré par l'infirmière. Le fait que l'infirmière n'est pas constamment en contact avec l'usager et ne se trouve pas sur place en permanence atténue l'intensité du devoir de surveillance à domicile comparé à celui de l'hôpital. Il implique l'observation, l'intervention de l'infirmière comme donner une médication PRN et/ou augmenter le niveau de surveillance selon son jugement de l'état du patient etc. et l'implication du médecin si nécessaire lorsque les besoins du patient dépassent la capacité de l'infirmière ou de ses moyens professionnels. On retrouve aussi dans la surveillance la notion de sécurité du patient. Par exemple, dans le cas où l'infirmière à domicile juge que le patient doit obtenir une évaluation médicale et se rendre à l'hôpital, si le patient refuse tout en étant dûment informé des risques, ce choix doit être respecté. La responsabilité des dommages sera alors transférée au patient. Il est primordial que le dossier soit bien documenté.

La condition actuelle du système de santé est telle que les compressions budgétaires touchent les infirmières dans leur charge de travail qui augmente. La jurisprudence n'impose aucun ratio client/infirmière mais les coupures ont des limites puisqu'il appartient à l'établissement de répondre aux besoins de surveillance des patients et ce peu importe le ratio imposé. Donc si le client requiert une surveillance plus étroite mais toujours dans le cadre de ce que peut offrir un service à domicile, l'infirmière doit se rendre plusieurs fois par jour au domicile du client.

Le contexte des soins à domicile, où le patient n'est pas sous la surveillance continue du CLSC, atténue évidemment la responsabilité de l'établissement. Le CLSC assure un niveau de surveillance plus léger que celui que recevrait le patient en milieu hospitalier. Il n'en demeure pas moins que la surveillance fait partie de l'obligation du CLSC.

181. L.R.Q., c. S-4.2, art. 5.

La surveillance est assurée par l'établissement en fonction de la condition prévisible du patient. C'est une question de jugement professionnel. Il importe que l'infirmière ait une bonne évaluation des risques. Cependant l'erreur de jugement non fautive pourra être acceptée. En poursuite, le tribunal s'interrogera sur les éléments qui suivent:

- 1) Est-ce que le risque était prévisible?
- 2) A partir de quels éléments?
- 3) Est-ce que ces éléments sont bien identifiés?
- 4) Les a-t-on gérés adéquatement?

La cause *Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante*¹⁸² illustre ce principe. Un enfant de 5 ans est opéré pour amygdalectomie, hernie inguinale etc. L'intervention se déroule bien. A la salle de réveil, l'enfant commence à éprouver des problèmes respiratoires puis cardiaques. Les infirmières interviennent avec de l'oxygène. On aura recours à l'anesthésiste que 5 minutes plus tard. L'enfant subit des séquelles neurologiques permanentes et demeure à l'état neurovégétatif pour ensuite décéder. En première instance, la Cour Supérieure avait retenue la faute conjointe de l'infirmière et de l'anesthésiste. La décision est renversée en partie en Cour d'Appel: l'anesthésiste est exonéré et la faute seule de l'infirmière est retenue puisqu'elle a attendu trop longtemps avant d'aller chercher l'anesthésiste. Les besoins du patient dépassaient manifestement la capacité de l'infirmière.

En effet, quand l'infirmière assume un besoin de surveillance qui dépasse sa capacité nursing, elle fait un acte médical et sera jugée comme un médecin. Elle a donc une responsabilité médicale sans avoir les moyens du médecin. Le fait juridique d'appeler le médecin transfère la responsabilité du risque et de la surveillance au médecin. Il importe, de plus, de consigner les faits précisément au dossier car rappelons-le, ce qui n'est pas écrit au dossier est considéré comme non vu, non fait et non dit.

Ajoutons que lorsque la prévisibilité du risque fut identifiée et que des mesures de surveillance sont mises en place, il importe de les maintenir.

182. *Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante*, [1976] C.S. 1191, [1979] C.A. 567.

Dans le contexte des soins à domicile, l'infirmière doit réévaluer constamment l'état de son patient. Si la condition de celui-ci se détériore au point où les moyens de l'infirmière ne peuvent plus répondre aux besoins du patient, elle doit alors soit transférer le cas au médecin traitant ou faire les démarches pour admettre immédiatement le patient à l'hôpital.

B) L'exécution des ordonnance médicales

Le CLSC n'a pas de discrétion pour décider d'exécuter les ordonnances médicales qui sont émises par le médecin que ce soit celui de l'hôpital, du CLSC ou d'un cabinet privé. Quand le médecin émet une ordonnance médicale, il est en droit de s'attendre à ce que le CLSC l'exécute selon sa nature précise. L'arrêt *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*¹⁸³ commente cet aspect. Le médecin avait prescrit qu'on l'avise lorsque la patiente serait en travail. La patiente arrive en travail dans la nuit du vendredi au samedi. L'infirmière n'a pas jugé bon d'avertir le médecin. Le médecin découvre par hasard le lundi matin que sa patiente était en train d'accoucher. Il y a donc eu un délai de 36 heures entre l'hospitalisation de la mère et la première intervention du médecin. Il y a donc faute claire ici de la part de l'infirmière. Dans cette affaire, la responsabilité du médecin ne peut être mise en cause à moins qu'il n'ait eu connaissance de la mauvaise ou de la non exécution de l'ordonnance.

Pour faire suite à l'exemple cité ci-haut, lorsque l'infirmière met en doute la pertinence ou le caractère adéquat d'une ordonnance, elle doit se référer préalablement au médecin traitant «dans la mesure où le temps ne représente pas un facteur critique pour l'exécution de l'ordonnance»¹⁸⁴. Dans tel cas, une évaluation médicale rapide s'impose.

La seule chose que l'infirmière à domicile peut faire lorsqu'elle ne peut exécuter une ordonnance, c'est de revenir au médecin et lui expliquer les raisons (surcharge de travail, personnel non disponible etc.) qui font qu'elle ne peut l'exécuter telle qu'elle a été émise par lui. Le fait d'écrire dans le dossier «ordonnance non exécutée faute de temps» n'exonère en rien l'infirmière à

183. *Gravel c. Hôtel Dieu d'Amos*, [1984] C.S. 792, [1989] R.J.Q. 64 (C.A.)

184. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p. 106.

domicile. Il lui faudrait aviser le médecin du contexte et obtenir son accord pour ne pas exécuter la prescription. Ce serait le meilleur moyen pour elle de ne pas être personnellement responsable de la non exécution de l'ordonnance. Si le médecin maintient son ordonnance, il faut que le CLSC s'organise pour la faire exécuter. Si le CLSC n'exécute pas l'ordonnance sans en avertir le médecin à la première occasion, il engagera dès lors sa responsabilité en cette matière, et ce peu importe que l'ordonnance émane d'un médecin du CLSC, de l'hôpital ou d'un cabinet privé.

C) La prestation de services professionnels

La mission du CLSC telle que stipulée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹⁸⁵ exige de celui-ci qu'il dispense ses services par l'entremise de professionnels de la santé. Sur le plan juridique, ces professionnels sont considérés comme des préposés de l'établissement sauf le médecin qui ne fait pas partie du personnel de l'établissement.¹⁸⁶ Allons plus loin sur ce lien de préposition ou de subordination.

Pour la doctrine contemporaine, le seul critère justifiant une relation de préposition est la subordination. Les critères de salariat et de mesures disciplinaires n'entrent donc pas en jeu. Ce lien de préposition se définit comme un pouvoir de contrôle, de surveillance et de direction du commettant (CLSC) sur le préposé (l'infirmière à domicile). Cette relation se caractérise donc par le pouvoir du premier de donner des ordres et des instructions au second dans l'exécution de ses fonctions.¹⁸⁷ Le médecin, dans l'exercice de son art, ne peut être considéré comme un préposé puisqu'au moment où il pose un acte médical, il se trouve profondément indépendant. Personne ne saurait lui dicter sa conduite.¹⁸⁸

185. L.R.Q., c. S-4.2, art. 80.

186. *Id.*, art. 236.

187. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p. 224.

188. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p. 356, no 539.

Et la jurisprudence va aussi dans le même sens: elle qualifie l'infirmière comme préposée de l'établissement¹⁸⁹ et répond de ce fait aux actes qu'elle pose¹⁹⁰. Ce statut tient davantage, quant à nous à un courant purement idéologique de la jurisprudence. Pourtant, il n'y a eu aucun débat afin de déterminer si elle était comme professionnelle une préposée ou non de l'établissement. L'infirmière qui pose un acte professionnel autonome comme une injection n'est pas plus supervisée ou sous contrôle que le médecin en salle d'opération qui fait son intervention chirurgicale. L'emballage juridique est le même. Le temps où on n'attribuait à l'infirmière qu'une fonction d'exécution est révolu. L'infirmière est une professionnelle qui a l'initiative de ses actes et à qui on ne peut ni imposer ou dire comment faire tel ou tel acte et elle est quand même considérée comme préposée de l'établissement qui répond en tout temps de la qualité des services qu'elle fournit. Le médecin n'a pas vraiment de statut distinct des autres professionnels de l'établissement. Il doit aussi se conformer aux règlements de l'établissement comme tout autre professionnel. Le CMDP n'a-t-il pas un pouvoir de contrôle et de surveillance de l'activité médicale? Finalement, la liberté professionnelle ne serait-elle pas incompatible avec le statut de préposé?

Alors en résumé, l'infirmière à domicile se retrouvera en lien de préposition dans deux situations distinctes soit avec son employeur dans l'exécution d'actes infirmiers même si cet état est, à notre avis, discutable ou lors de l'exécution d'actes médicaux délégués puisqu'il y a un contrôle quoique très mitigé de l'exercice infirmier par le médecin. La Cour d'Appel dans l'arrêt Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante¹⁹¹ reprend le préalable de la qualification des actes et de la répartition des tâches:

« Pour déterminer de qui les membres du personnel infirmier étaient les préposés, il faut se rappeler quels sont les rôles respectifs de l'établissement et du médecin et se demander quelles fonctions ils exerçaient au moment où la faute fut commise. »

Cet état de fait est important à préciser afin d'établir qui répondra des actes de l'infirmière à domicile en plus d'elle-même: l'établissement ou le médecin? Pour qu'une infirmière devienne le

189. CRÉPEAU, P.A., *La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente*, (1960)

20 R. du B. 433, p.445, note 37.

190. *Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.).

191. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 87.

préposé occasionnel du médecin, il doit se produire un transfert du pouvoir de direction qui n'a lieu que si l'infirmière effectue une tâche relevant de l'activité propre du médecin.¹⁹²

En pratique, dans le contexte des soins à domicile, il est extrêmement rare que l'infirmière agisse sous le contrôle direct d'un médecin. C'est essentiellement comme préposée du CLSC que l'infirmière exécute ses tâches, le plus souvent très loin d'un quelconque contrôle médical. Ce sera donc généralement le CLSC, à titre de commettant, qui assumera la responsabilité de la faute de l'infirmière.

Même lorsqu'elle exécute des soins prescrits par un médecin de l'hôpital, elle ne devient pas la préposée momentanée du médecin ou de l'hôpital en question sauf si, au moment de la prestation du soin, l'hôpital ou le médecin exerce un contrôle direct comme des directives téléphoniques sur une technique particulière.

D) Les services d'urgence

Loi, règlement et Charte¹⁹³ imposent au CLSC de prendre les mesures nécessaires pour que toute personne dont l'état nécessite des services d'urgence les reçoive. Selon le Code civil du Québec¹⁹⁴, deux éléments peuvent constituer une situation d'urgence: 1) Menace à la vie

2) Intégrité menacée

La Commission de Réforme du Droit du Canada¹⁹⁵ rajoute à cette notion des risques de lésions corporelles graves et permanentes en l'absence de soins professionnels immédiats.

192. *Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante*, supra note 182, 581.

193. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 47.

Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35, art. 43.

L.R.Q., c. S-4.2, art. 7.

Charte québécoise des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, art. 2.

194. Art. 13 C.c.Q.

195. COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Le traitement médical et le droit criminel*,

Document de travail 26, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1980, p.99.

L'infirmière à domicile

Les devoirs et les obligations de l'infirmière à domicile découlent de son Code de déontologie, du Code civil du Québec et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Nous verrons subséquemment qu'elle a des devoirs et des obligations envers le public, le client et la profession. Une transgression de l'un de ces devoirs pourra donner lieu à une poursuite civile dans le cas où l'usager subit un préjudice et réclame une compensation. S'il ne subit aucun préjudice, il pourra quand même porter plainte au bureau du Syndic de l'Ordre. Une poursuite devant le Comité de discipline sera alors possible et une sanction disciplinaire pourra être portée contre l'infirmière à domicile reconnue coupable. L'usager pourra également porter plainte auprès du CLSC.¹⁹⁶

Les obligations contractuelles de l'infirmière à domicile

Les recherches doctrinales et jurisprudentielles sur la responsabilité civile des médecins incitent les auteurs Bernardot et Kouri à conclure que l'infirmière est sujette à quatre obligations vis-à-vis du patient avec lequel elle a contracté: l'obligation d'administrer des soins consciencieux et modernes, l'obligation au secret professionnel, l'obligation d'informer et d'obtenir le consentement et enfin, l'obligation d'assurer la continuité des soins.¹⁹⁷

1) L'obligation de donner des soins consciencieux et modernes

Le droit aux services tel que stipulé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux les caractérise comme devant être adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée.¹⁹⁸

Afin de savoir si une infirmière a administré des soins consciencieux et modernes, les tribunaux adoptent, nous l'avons déjà vu, un critère objectif dit *in abstracto*, par lequel grâce aux témoignages d'experts, aux us et coutumes professionnels, ils arrivent à déterminer si le

196. L.R.Q., c. S-4.2, art. 27 *et ss.*

197. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p.239, no 358.

198. L.R.Q., c. S-4.2, art. 5.

comportement fut conforme ou non aux règles de l'art.¹⁹⁹

Il ne s'agit pas d'exiger de l'infirmière la perfection, mais nous sommes en droit de s'attendre à ce qu'elle prodigue des soins infirmiers selon les normes de pratiques communément admises et de se conformer aux protocoles établis. Tel qu'illustré dans l'arrêt *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*²⁰⁰, la responsabilité de l'hôpital fut retenue pour la faute de son personnel infirmier qui a agi avec imprudence et incompétence selon le juge Letarte. En fait, les infirmières ont notamment négligé de vérifier et d'inscrire avec la régularité imposée par les normes de prudence, les signes vitaux de la mère et du fœtus avant la césarienne. L'enfant est né gravement malade.

Donner des soins consciencieux et prudent implique aussi l'observation des signes et symptômes²⁰¹, la surveillance du patient, la rédaction des notes d'observation, l'information donnée au médecin sur l'évolution de l'état de santé du patient²⁰², la sécurité assurée au patient²⁰³ etc.

L'affaire *Tabah c. Liberman*²⁰⁴ illustre ce principe; Des pansements compressifs sont appliqués au niveau de la gorge du patient post chirurgie. Le patient fait une hémorragie non détectée par le personnel infirmier. Ici, le médecin fait la chirurgie mais c'est le personnel hospitalier, les résidents et les internes qui surveillent le patient en postopératoire. L'hémorragie progresse, il y a compression au niveau de la gorge, le patient fait un arrêt respiratoire, cardiaque puis décède. En première instance, la cour avait retenu le chirurgien responsable sauf que la cour d'Appel a renversé la décision en admettant qu'il y avait bel et bien eut faute au niveau de la chirurgie mais que la faute du personnel hospitalier était plus causale du dommage que la faute initiale du chirurgien. Le personnel infirmier et hospitalier (résidents et internes) aurait dû s'apercevoir que l'évolution du patient n'était pas normale et ils n'ont pas appelé le chirurgien en temps utile. Quand le patient compliqua, il était déjà trop tard pour intervenir.

199. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p. 242 no 367.

200. *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, *supra* note 183.

201. *Hôpital Général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, (1979) C.A. 567.

202. *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, *supra* note 183.

203. *Joseph Brant Memorial Hospital c. Koziol*, [1978] R.C.S. 491.

204. *Tabah c. Liberman*, [1990] R.J.Q. 1230 (CA).

Cette obligation prend aussi sa source de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui stipule que toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sur le plan scientifique.²⁰⁵

Les conditions de travail des infirmières à domicile dans un système en mouvance continue les mènent sans cesse à se dépasser et à s'adapter aux changements. Cependant, l'infirmière doit être capable de reconnaître ses limites professionnelles et d'en faire part à l'équipe. Cet aspect fait aussi partie des soins consciencieux. Son Code de déontologie est d'ailleurs très clair à ce sujet. Elle doit tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances ainsi que des moyens dont elle dispose.²⁰⁶

2) L'obligation au secret professionnel

Qu'on soit en présence d'une relation contractuelle ou extra-contractuelle, le secret professionnel fait partie intégrante de l'obligation de l'infirmière à domicile dans sa pratique quotidienne. Voici donc ses fondements, son étendue et ses limites.

a) Les fondements du secret

La protection de la vie privée, de l'intimité et de la dignité de l'individu est assurée légalement par le Code civil du Québec²⁰⁷ et la Charte Québécoise des droits et libertés de la personne²⁰⁸. On retrouve deux mécanismes de protection de la vie privée soient

- les règles relatives au secret professionnel
- les règles relatives à la confidentialité.

Au Québec, la principale source législative du secret professionnel est le Code des professions²⁰⁹. Il est doté de règles pour établir et déterminer le cadre de ce devoir imposé à ses

205. L.R.Q., c. S-4.2, art. 5.

206. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 131, art. 3.01.01.

207. Art. 35 et 36 C.c.Q.

208. *Charte Québécoise des droits et libertés*, supra note 193, art. 4 et 5.

209. *Code des professions*, supra note 56.

membres. Généralement ce sera dans le code de déontologie du professionnel qu'on retrouvera ces dispositions. En effet, l'infirmière, comme les autres professionnels, est tenue au secret professionnel.²¹⁰ Le bris du secret professionnel, en dehors des hypothèses où la loi et la jurisprudence autorisent sa transgression, est une faute civile et expose l'infirmière à un recours en dommages-intérêts pour le préjudice matériel et moral subi par son patient en plus des sanctions disciplinaires. Toutefois, les poursuites en responsabilité civile de ce fait sont, jusqu'à présent, fort rares²¹¹ contrairement aux plaintes déontologiques.²¹²

b) L'étendue du secret

Le secret professionnel protège les renseignements nominatifs. Ce sont les renseignements relatifs à l'état de santé de l'usager qui sont protégés et non pas les renseignements nominatifs qui ont un caractère notoire c'est-à-dire que n'importe qui peut percevoir.

Le secret professionnel protège aussi les renseignements qui sont divulgués en raison du statut de l'infirmière tel que stipulé à l'article 9 de la Charte Québécoise. C'est parce que l'infirmière a ce statut et qu'il y a une relation de confiance entre elle et le patient que ce dernier divulgue ces renseignements. Le patient ne divulguerait pas ces renseignements au préposé à la réception ou au concierge. Le fait qu'il y a une protection rattachée à ces renseignements permet une plus grande divulgation. Il y a donc ici un droit pour celui qui donne les informations à caractère confidentiel et une obligation pour celui qui les reçoit.

L'information divulguée appartient au patient et non à l'infirmière.²¹¹ Il n'y a pas de secret professionnel entre l'infirmière et son patient. Ce dernier a le droit de connaître les renseignements que l'infirmière recueille sur lui. Donc, le secret professionnel n'est pas limité à ce que le patient divulgue mais comprend aussi l'information que l'infirmière recueille sur lui comme les résultats de

210. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 131, art. 3.06.01.

211. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., supra note 145, p. 263 et ss.

212. *Lise Lemieux Cacchione c. O.I.I.Q.*, [1998] D.D.O.P. 264; *O.I.I.Q. c. Chantal Brunet*, [1995] D.D.O.P. 42; *Heather Mc Leod-Doucet c. O.I.I.Q.*, [1993] D.D.C.P. 231; *O.I.I.Q. c. Heather Mc Leod-Doucet*, [1992] D.D.C.P. 93 etc.

213. BAUDOIN, J.-L., supra note 135, p. 880, no 1463.

tests, les informations reçues de tiers, les constatations suite à un examen physique etc.²¹⁴ Telle est la portée du secret qui s'étend à tout ce qui vient à la connaissance de l'infirmière dans le cours de sa relation thérapeutique avec le client. L'enveloppe du secret professionnel ne doit pas être interprétée trop restrictivement. Elle doit, au contraire, être la plus large possible.²¹⁵ Aussi, l'infirmière «doit éviter des conversations indiscrètes au sujet d'un client et des services qui lui sont rendus»²¹⁶ tel dans les corridors, la cuisine, en réunion de département etc.

c) Les limites du secret

Il y a des exceptions au principe du secret professionnel. La divulgation de l'information est défendue sauf si elle est permise par l'usager ou par la Loi.²¹⁷ En voici des exemples:

i) Par l'usager a) implicitement: Une patiente se fait accompagner par son conjoint. L'information demeure nominative et confidentielle mais la patiente la partage avec quelqu'un d'autre. C'est le patient qui contrôle avec qui l'information sera divulguée.²¹⁸

La renonciation implicite doit être aussi non équivoque.

L'infirmière à domicile ne peut tout divulguer au conjoint parce que madame était en sa compagnie une fois. Cette renonciation vaudra pour ce qui sera divulgué à cette rencontre seulement.

Dans le contexte où l'usager reçoit des soins multidisciplinaires, il est considéré qu'il renonce implicitement au secret professionnel entre les membres de l'équipe traitante.²¹⁹ Il n'y a pas de secret professionnel entre les membres de l'équipe traitante mais le critère

214. BAUDOIN, J.-L., *Le secret professionnel en droit québécois et canadien*, (1974) 5, R.G.D. 7.

215. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 267.

216. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, *supra* note 131, art. 3.06.05.

217. *Id.*, art. 3.06.02;

L.R.Q., c. C-12, art. 9.

Art. 35 C.c.Q.

218. L.R.Q., c. S-4.2, art. 11.

219. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p.881, no 1462.

de la pertinence demeure primordial. Ce n'est pas toutes les informations qui sont divulguables à toute l'équipe. L'utilisateur devrait être mis au courant de ce fait dès le début de l'intervention.²²⁰

- b) explicitement: D'autres situations exigent une autorisation explicite de l'utilisateur telles l'élaboration d'un plan d'intervention (identification des besoins, objectifs, moyens, échéance)²²¹ ou lorsque l'équipe traitante doit impliquer d'autres établissements ou d'autres organismes.²²² Il faudra alors en informer l'utilisateur et obtenir son accord pour divulguer de l'information à des tiers. Il en sera de même pour toute communication d'information à des tiers lorsque la Loi ne le permet pas explicitement.

Aussi, dans tous les cas où l'intérêt public est en jeu ou que la vie ou la sécurité des personnes est en danger ou menacée, l'infirmière dans une mesure restreinte, doit communiquer certaines informations à des tiers lorsque la Loi l'autorise ainsi.²²³ Et ne pas le faire peut mettre en cause sa responsabilité civile.

Il est particulièrement important que l'infirmière à domicile soit au fait des circonstances où, lorsqu'elle constate qu'une personne majeure est inapte et a un besoin de protection, elle doit aviser ses supérieurs du CLSC afin que celle-ci fasse l'objet d'un signalement au Curateur public, tel que l'exige le code civil.^{223A}

220. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 131, art. 3.06.03.

221. L.R.Q., c. S-4.2, art. 102.

222. *Id.*, art. 103.

223. *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1, art. 39. Par exemple l'infirmière à domicile qui s'aperçoit que la mère, aux prises avec des problèmes de santé mentale, ne peut s'occuper adéquatement de son enfant et qui considère que la sécurité de ce dernier peut être compromis.

223A. Art. 270 C.c.Q. Dans le cas d'un majeur inapte qui a besoin de protection. Malheureusement, trop peu d'infirmières connaissent les mesures à prendre dans leur établissement lorsqu'elles soupçonnent un usager à domicile inapte. L'établissement doit se doter d'une procédure à cet effet et l'intégrer dans l'orientation de son personnel.

Si l'infirmière constate que l'état mental présente pour la personne elle-même ou pour autrui un danger grave et imminent, elle peut, si la personne ne veut pas aller elle-même à l'hôpital, faire appel à un agent de la paix pour la faire amener contre son gré à l'hôpital. ^{223B}

Enfin, les règles relatives à la confidentialité seront abordées dans la partie sur le dossier médical. Mentionnons que la confidentialité ne touche pas que les renseignements contenus au dossier médical. En fait, ce qui différencie le secret professionnel de la confidentialité est l'application du principe aux professionnels versus tous les employés de l'établissement. La confidentialité oblige aussi bien les professionnels que le personnel de la sécurité, de l'accueil, de l'entretien etc. à la discrétion et ce pour la vie. Par conséquent, cette obligation ne tient pas que pour le temps où l'employé est au service de l'établissement mais pour le reste de ses jours. ²²⁴

4) L'obligation d'informer et d'obtenir le consentement

Cette première obligation d'informer tient sa source entre autres du Code de déontologie des infirmières qui stipule qu' «en plus des avis et des conseils, le professionnel en soins infirmiers doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend ». ²²⁵

De plus, le droit à l'inviolabilité reconnu par la Charte de même que par le Code civil crée l'obligation pour l'infirmière d'informer l'utilisateur sur la nature des soins et traitements qu'elle lui prodigue dans le but d'obtenir un consentement libre et éclairé pour chaque soin dit non courant (le consentement aux soins de base étant obtenu à l'ouverture du dossier de l'utilisateur).

223B. *Loi sur la protection de personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui,*

L.Q., 1997, c. 79, art. 8.

224. Art. 2088 C.c.Q.

225. *Code de déontologie des infirmiers et infirmières, supra* note 131, art. 3.03.02.

Le consentement aux soins découle aussi de ce principe fondamental de l'inviolabilité conjointement avec celui de l'autonomie de la personne ²²⁶. Le principe de l'inviolabilité confère à la personne le droit d'être protégée contre toute forme d'atteinte à son intégrité qui lui provient des tiers. Celui de l'autonomie confère à la personne le droit de décider de toute atteinte qui sera faite à son corps ainsi que la disposition de ce dernier. Il est important de savoir, pour l'infirmière à domicile, que les décisions de l'usager n'ont pas à être raisonnables en toutes circonstances. La personne n'est pas tenue d'agir dans son meilleur intérêt. Elle peut prendre des décisions qui lui sont préjudiciables et même, à la limite, lui causer la mort ²²⁷. Nous verrons plus loin que l'important, c'est qu'elle soit apte à prendre des décisions. ²²⁸

La personne qui consent peut aussi fonder sa décision sur des principes religieux ou philosophiques. Ses décisions lui appartiennent et elle doit en supporter les conséquences. C'est une situation difficile pour l'infirmière à domicile qui doit composer, à la rigueur de son code de déontologie, avec des valeurs qu'elle ne partage pas ²²⁹.

Le consentement est un acte de volonté ²³⁰ d'assumer certaines obligations de la part des deux parties. Quand l'usager consent à recevoir des soins infirmiers, il exprime ainsi sa volonté à ce que l'infirmière porte atteinte à sa personne dans les limites qu'elle lui a proposées. Or, on assimile souvent le consentement à une formule alors que le consentement est véritablement un processus de discussion entre le professionnel et l'usager.

226. *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, supra note 193, art. 1.

Charte canadienne des droits et libertés de la personne, L.R.C 1985, app. II no. 44 annexe B, partie 1, art. 7.

Art. 10-11 C.c.Q.

Code criminel canadien, S.R.C., 1970, c. C-34, art. 265.

L.R.Q., c. S-4.2, art. 8-9.

227. *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, (1991) R.J.Q., 361.

Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil, (1991) R.J.Q. 712.

228. Art. 1398 C.c.Q.

229. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 131, art. 3.01.04.b).

230. Art. 1386 C.c.Q.

Ce consentement peut être exprès ou tacite ²³¹. Le consentement exprès exprime clairement et formellement la volonté du patient tandis que le consentement tacite est plutôt implicite, sous-entendu par l'attitude, le comportement de la personne. L'usager qui roule sa manche et présente son bras à l'infirmière à domicile pour un prélèvement consent tacitement au test et à son analyse. Il faut par contre être prudent dans l'interprétation des gestes qui laisse présager un consentement implicite. On doit y recourir le moins possible. Ce n'est pas parce que l'usager fait appel aux services de soutien à domicile qu'il consent à n'importe quels soins ou traitements.

Il faut comprendre que l'obtention du consentement est d'abord une démarche médicale. ²³²
Les recommandations de l'Association canadienne de protection médicale sont à cet effet:

« C'est toujours au médecin qui doit faire le traitement ou l'examen qu'il appartient de renseigner le malade. [...] Le médecin qui est responsable du traitement est également le premier responsable des renseignements au malade. » ²³³

Et dans le même ordre d'idée, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada recommande:

« Lorsqu'il y a plus d'un médecin auprès du malade, chacun doit essayer d'obtenir directement son consentement à un traitement médical. Les médecins ne doivent pas s'en référer à des étudiants en médecine, au personnel infirmier ou à d'autres médecins pour obtenir ce consentement. » ²³⁴

Alors, lorsque le médecin prescrit un soin, un traitement, une médication, une conduite etc., l'infirmière présume qu'il a au préalable obtenu le consentement libre et éclairé de ce dernier. ²³⁵

231. *Ibid.*

Art. 1398 C.c.Q.

232. BAUDOIN, J.L., *supra* note 135, p. 880, no 1463.

233. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le consentement*: Guide à l'intention des médecins du Canada, 2e édition, Ottawa, ACPM, 1991, p.15.

234. COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *Annales*, mai 1987, Tome 20, no 3, p.12.

235. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p.860 no 1436.

L'infirmière, quant à elle demeure responsable de vérifier les qualités du consentement obtenu et se doit, tel qu'expliqué ci-haut, de fournir les informations relatives au service qu'elle rend. Par exemple, le patient est-il informé relativement au médicament prescrit (indication, effets secondaires, etc.) ? Dans l'affirmative, elle doit ensuite lui expliquer les soins à prodiguer (injection dans un muscle profond, rotation des sites, effets secondaires locaux et quoi faire s'ils se présentent etc.). Lorsque le consentement n'est pas libre ou éclairé, l'infirmière doit référer le patient à son médecin et ne procède pas au soin en indiquant clairement les faits au dossier . Nous verrons plus loin les implications légales lors d'une faille dans l'obtention du consentement. Les notions qui suivent aideront l'infirmière à domicile à qualifier le consentement.

i) Les caractéristiques du consentement :

Le consentement doit être libre et éclairé ²³⁶. Le tableau suivant décrit les caractéristiques du consentement libre:

LE CONSENTEMENT LIBRE
1. Sans violence, crainte, menace, promesse, pression ni influence ²³⁷
2. Sans que les facultés soient altérées
3. Sans erreur ²³⁸
4. Sans dol ou tromperie ²³⁹

La liberté dans le consentement se retrouve lorsque le libre arbitre de la personne se manifeste. En vérité, ce libre arbitre est difficile à atteindre voir même impossible parce que la relation n'est pas toujours égalitaire entre le patient et l'infirmière à domicile. Les personnes âgées par exemple peuvent considérer facilement le monde médical comme très grand et elles en ont une confiance quasi aveugle. Le pouvoir de l'infirmière de les aider versus leur dépendance et leur vulnérabilité dans la maladie mitigent le libre arbitre nécessaire au consentement. L'infirmière doit être vigilante et s'assurer que la décision prise par le patient est bien la sienne. D'autres facteurs tels la douleur, la gravité de la maladie, l'effet des médicaments, la fièvre etc. entravent la faculté de la

236. Art. 10 et 1399 C.c.Q.

237. Art. 1399, 1402 et 1403 C.c.Q.

238. Art. 1400 et 1401 C.c.Q.

239. Art. 10 et 1401 C.c.Q.

personne de décider librement de se soumettre à des soins de santé. Cependant, il faut nuancer la règle du libre arbitre dans ce contexte. Ce n'est pas parce que les facultés intellectuelles de l'utilisateur sont diminuées par ces facteurs que l'infirmière ne peut obtenir de consentement. C'est ici une question de jugement. Si l'infirmière constate que la personne n'a pas la capacité d'apprécier et de juger de la situation en raison de la douleur, de la médication etc., elle peut avoir recours au consentement substitué si les soins doivent se prodiguer sans délai ou encore retarder les soins jusqu'à ce qu'elle puisse obtenir un consentement suffisamment libre du client.

En résumé, lorsque de tels facteurs empêchent le client de recevoir l'information sur ses soins, d'en apprécier la nature et les conséquences ou d'exprimer une volonté, son consentement n'est pas libre. Il ne l'est pas non plus lorsque le formulaire est présenté à l'utilisateur en lui demandant simplement de signer. Si l'infirmière prodigue des soins dans de pareilles circonstances, elle soigne sans consentement. Et sur le plan légal, par analogie au contexte médical, un manquement aux règles du consentement constitue une faute et ce, même si aucune faute technique n'est reprochée à l'infirmière.²⁴⁰

Poursuivons maintenant avec le consentement éclairé qui est «celui donné par l'utilisateur ou son représentant légal lorsqu'il a pris connaissance et a compris les éléments d'information nécessaire pour prendre sa décision. Son contenu varie selon qu'il s'agit de soins à finalité thérapeutique ou

240. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p.871 no. 1448.

Poulin c. Pratt, [1995] R.J.Q., 2923 (C.S.); [1997] R.J.Q. 2669 (C.A.).

Beausoleil c. Communauté des soeurs de la Charité de la Providence et Forest, (1965) B.R. 37.

241. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p.865, no 1441.

LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 160 et ss.

MÉNARD, J.P., *Le Code civil du Québec et les aspects du fonctionnement de l'établissement dans ses relations avec les usagers*, Montréal, Confédération québécoise des centres d'hébergement et de réadaptation, 1994, p.25.

non thérapeutique.»²⁴¹ Les principes et les sources sont exposés dans le tableau suivant:

PRINCIPES	SOURCES LÉGALES
Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.	Art. 10 C.c.Q.
Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.	Art. 10 C.c.Q.
On parle essentiellement ici du devoir d'information du médecin puis de l'infirmière à transmettre au patient.	Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 3.03.02 Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 8. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, art. 52.1 Charte des droits et libertés de la personne ²⁴² La responsabilité civile du professionnel ²⁴³
L'infirmière doit divulguer un certain nombre d'information par rapport aux soins que le patient doit recevoir.	

L'étendue du contenu de l'information à transmettre à l'usager varie selon la finalité des soins qu'elle soit thérapeutique ou non-thérapeutique. Les soins non-thérapeutiques sont les soins non requis par l'état de santé de l'usager. Autrement dit, ce sont les soins dont la personne n'a pas besoin pour traiter un état pathologique ou alléger ses souffrances ex.: vaccination, contraception en général, don d'organe, expérimentation etc. A l'inverse, les soins thérapeutiques sont requis pour traiter une pathologie ou un état morbide. Le devoir d'information sera donc plus grand au niveau des risques pour l'infirmière si les soins qu'elle prodigue sont à finalité non-thérapeutiques (ex.: contraception à domicile pour l'infirmière exerçant en maternité) que si elle prodiguait des soins thérapeutiques.

Le contenu du consentement éclairé obtenu par le médecin doit comprendre la nature et le but de l'intervention, les risques, ses effets, les conséquences du refus de traitement ainsi que les

242. TOTH, F., *Le droit du patient d'être informé: un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne*, (1989) 20 R.D.U.S. 161.

243. Le professionnel commet une faute s'il ne transmet pas l'information suffisante et est donc passible d'un recours en responsabilité professionnelle. Voir *Hopp c. Lepp*, (1980) 2 R.C.S. 192, p. 196. et *Reibl c. Hughes*, (1980) 2, R.C.S. 880.

traitements alternatifs reconnus par la profession. Les informations données à l'utilisateur doivent être mentionnées au dossier concernant l'intervention, non pas tout le verbatim mais les grandes lignes telles la discussion de l'intervention (son importance et les risques en cas de refus), l'information sur l'intervention même (nature, procédé, but), effets secondaires, éléments à surveiller, conduite à tenir si complication, conseils ... Une note complète au dossier peut aider le professionnel à éviter une poursuite en responsabilité basée sur une insuffisance de consentement.

Qu'en est-il des documents d'information que l'infirmière remet à l'utilisateur sur un soin, un traitement ou un médicament quelconque qui a été rédigé soit par l'établissement ou une compagnie ? Même si ce document décrit tout ce que l'infirmière doit mentionner au patient avant l'exécution du soin, il ne constitue pas pour autant une divulgation adéquate du devoir d'information. Il faut d'abord vérifier si la personne sait lire ou peut comprendre la langue dans laquelle est rédigé le texte. Ensuite, il importe que la personne puisse comprendre le jargon du texte ou s'y retrouver en cas de besoins. Certaines personnes ont des problèmes de vision ou ne prennent pas la peine de lire l'information remise. Et emporté par un vent de panique lorsqu'une complication survient, le commun des mortels prendra-t-il le temps de chercher le document et le lire pour savoir quoi faire ? Donc, pour que le document informatif écrit soit valable selon les règles légales du devoir d'information, il doit s'accompagner des gestes suivants ²⁴⁴:

POUR QU'UNE INFORMATION ÉCRITE SOIT VALABLE LÉGALEMENT
1. S'assurer que le document remis est accessible à la personne, clair, complet et concis
2. S'assurer que la personne sait lire et soit à l'aise avec le contenu du document
3. Attirer son attention sur les aspects pertinents du document (risques, effets, avantages, conséquences d'une non intervention, traitements alternatifs)
4. Permettre à la personne de poser des questions après avoir lu avec elle le document, et lui fournir des réponses précises
5. S'assurer que la personne a compris

244. MÉNARD, J.P., *supra* note 241, p.38.

On comprend maintenant pourquoi le consentement général obtenu lorsque le patient sollicite des soins de santé dans un établissement n'a aucune portée légale. Ce consentement général est requis en vertu du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements au chapitre des dossiers des bénéficiaires²⁴⁵ et n'est qu'une formalité. En fait, c'est un consentement pour les soins de santé courants tels la pesée, prise de température, de tension artérielle, prélèvements mineurs etc. Il n'autorise rien d'autre que cela puisque ce n'est pas un consentement éclairé. Il est clair que l'infirmière doit obtenir un deuxième consentement pour la prestation de soins infirmiers ou médicaux délégués. Et à chaque fois que le traitement change, un nouveau consentement est requis.

Il existe cependant des facteurs d'exonération du devoir d'information. La renonciation de l'utilisateur à son droit d'information en est un premier. Par exemple, dans le cas où le patient dit: "Faites ce que vous avez à faire, j'aime mieux en savoir le moins possible " l'infirmière doit tenter quand même d'en discuter avec lui mais s'il insiste, sa renonciation expresse dégage l'infirmière de toute responsabilité civile découlant d'une insuffisance d'information dans la mesure où elle lui rappelle son droit d'être informé et qu'elle le documente bien au dossier.

L'utilisateur déjà informé adéquatement par une autre infirmière possédant une expertise comparable à elle peut la dispenser ou du moins réduire son devoir d'information. L'infirmière à domicile vérifiera quand même la suffisance de l'information déjà fournie et ne doit jamais prendre comme acquis que l'utilisateur est suffisamment informé du seul fait qu'il a vu une autre infirmière.²⁴⁶ C'est la même chose pour l'utilisateur qui a déjà reçu ces soins par le passé. L'infirmière doit vérifier ce dont il se souvient et mettre à jour les informations si nécessaire. La situation d'un patient déjà informé peut aussi se produire dans le cas où cette personne oeuvre déjà dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les mêmes précautions s'appliquent c'est-à-dire que l'infirmière doit discuter quand même de la nature des informations dont elle dispose et doit la mettre à jour si des

245. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 56, al., 10.

246. MÉNARD, J.P., supra note 241, p. 43 et 44.

éléments ont évolué ou changé.²⁴⁷ Il est encore ici d'une importance primordiale que ces éléments soient documentés adéquatement au dossier.

En plus des informations transmises à l'usager, l'infirmière à domicile donne aussi des instructions aux proches quant au niveau d'assistance, à la surveillance et à la conduite à tenir en cas de complications, aux soins à donner etc. Ces informations doivent aussi être colligées au dossier correctement, en identifiant les proches en question.²⁴⁸ L'infirmière doit s'assurer que les proches sont capables de recevoir, de comprendre et de suivre ses instructions. C'est un facteur important dans le maintien de l'usager à domicile ainsi que sa surveillance médicale et nursing. L'arrêt *Stacey c. Plante*²⁴⁹ illustre bien cet aspect à considérer dans la transmission d'informations aux proches:

« ... le Dr Plante aurait du tenir compte du fait que le degré de sophistication et d'éducation de la famille Stacey n'était pas élevé. D'après le témoignage de Mlle Margaret Stacey et son degré de compréhension, il semblerait que la charge de surveillance et soin que lui a imposé le Dr Plante concernant sa jeune soeur était au-delà de sa capacité de s'en acquitter dans une situation qui était fertile en possibilités de complications. »

Ce dernier exemple implique un médecin mais le principe qui en découle s'applique tout aussi bien à l'infirmière. Cette remarque vaut également pour la cause *Camden-Bourgault c. Brochu et al.*²⁵⁰ qui illustre l'importance d'informer l'usager suffisamment; le défendeur Brochu a engagé sa responsabilité professionnelle en ne donnant pas à son patient les informations suffisantes pour lui permettre d'identifier quels étaient les signes d'aggravation de son état.

247. BAUDOIN, J.-L., *supra* note 135, p.860, no 1435.

LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 111.

248. MÉNARD, J.-P., "Virage ambulatoire et responsabilité médicale et hospitalière", *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, (1999), Les Editions Yvon Blais Inc., Coansville, p. 129.

249. *Stacey c. Plante*, [1979] C.S. 665.

250. *Camden-Bourgault c. Brochu et al.*, [1996] R.R.A. 809.

ii) Les formes de consentement:

En règle générale, le consentement aux soins ne requiert aucune forme particulière et se fait souvent verbalement. Plus le professionnel porte ou risque de porter atteinte à l'intégrité de la personne plus le consentement explicite est requis. Le consentement tacite peut suffire pour un simple prélèvement sanguin alors qu'un consentement écrit en bonne et due forme est requis pour l'intervention invasive et comportant de grands risques d'atteinte corporelle ou des conséquences majeures pour la personne. Précisément, un consentement exprès est exigé lorsque la loi ou les règlements exigent un écrit comme dans le cas des opérations chirurgicales, de l'anesthésie (générale ou locale),²⁵¹ de l'expérimentation, de l'aliénation d'une partie du corps ou de soins non requis par l'état de santé²⁵². Le consentement téléphonique est aussi valable dans le cas où la personne autorisée à consentir n'est pas sur place. Il doit cependant respecter les règles habituelles du consentement. On devrait retrouver au dossier à qui l'infirmière a parlé, la date, l'heure de l'appel et le numéro composé, avec une mention expliquant pourquoi elle n'y est pas. Le consentement par télécopieur est aussi valable.

iii) Le refus de traitement:

Le bénéficiaire peut en tout temps refuser des soins ou des traitements requis par son état de santé.²⁵³ L'infirmière à domicile ne peut passer outre ce refus en alléguant qu'il avait déjà accepté verbalement ou par écrit ou que le médecin a prescrit ces soins. L'opinion du juge Cory de la Cour Suprême dans *Ciarlariello c. Schacter*²⁵⁴ abonde dans ce sens:

« Le droit d'une personne de décider des actes médicaux qu'elle acceptera de subir englobe nécessairement le droit de faire interrompre un tel acte [...] Le droit du patient à l'intégrité de sa personne est le fondement du retrait du consentement à un acte médical, même quand il est en cours. »

251. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 52.1.

252. Art. 24 C.c.Q.

253. L.R.Q., c. S-4.2, art. 9 et 10.

Art. 11 C.c.Q.

254. *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119, 136

(L'analogie peut-être déduite pour tout ce qui concerne les soins de santé).

La jurisprudence penche pour le caractère quasi absolu du droit de refus.²⁵⁵ Un traitement voir même un soin de base tel l'alimentation, aussi bénéfique soit-il, administré sans consentement, violerait l'intégrité de la personne humaine.²⁵⁶

Pour être valable, le refus doit satisfaire autant que possible aux mêmes conditions qu'en matière de consentement: il doit être libre et éclairé.²⁵⁷ «Il va s'en dire que le patient qui refuse des soins devra en assumer la responsabilité advenant la manifestation de dommages.»²⁵⁸

Le dossier de l'utilisateur constitue un élément de preuve non négligeable. Dans ce cas de refus, la formule no AH-110 du ministère de la Santé et des Services sociaux est exigée. Cependant, «tout patient demeure libre dans l'état actuel du droit de signer ou pas une telle formule et la non-signature d'un refus ne doit d'aucune façon être sanctionnée, ni même interprétée de façon préjudiciable pour le patient»²⁵⁹ Ce n'est pas parce qu'une formule a été signée qu'elle décharge le médecin ou l'établissement de leur responsabilité puisqu'elle ne conduit nullement à une preuve absolue du refus informé et éclairé.²⁶⁰ Cette formule au même titre que la formule de consentement est susceptible d'avoir un effet très limité comme élément de preuve en cour. Un refus signé ne veut pas nécessairement dire qu'il est informé.²⁶¹ Ce sont la clarté et le détail concis mais significatif des notes d'évolution au dossier qui demeurent des outils de défense précieux.

iv) Les effets de l'urgence sur le consentement:

La jurisprudence et la doctrine sont unanimes sur le fait que l'urgence réduit et même fait disparaître le devoir d'information de l'infirmière à l'égard de l'utilisateur. L'urgence est un facteur

255. *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.)

256. Art. 11 C.c.Q.

LESAGE-JARJOURA, P., *La cessation du traitement: au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, les Éditions Yvon Blais, 1990, p.104 et ss.

257. MÉMETEAU, G. *Volonté du malade opposée à l'intérêt du malade: provocation à une réflexion hérétique*, (1988) 18 R.D.U.S. 265, p. 278.

258. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 146.

d'exonération dans le cas où le temps est un facteur critique et ce temps est aussi longtemps que la condition de l'usager ne lui permettra pas d'être en mesure de recevoir l'information.²⁶² C'est le cas par exemple de l'infirmière qui arrive à domicile pour faire un pansement et que l'usager est inconscient, en arrêt respiratoire. Devant les tribunaux, l'infirmière poursuivie devra, par conséquent, prouver qu'elle n'avait pas le temps de discuter avec l'usager et \ ou que sa condition ne lui permettait pas d'exercer son devoir d'information.²⁶³

L'urgence étant interprétée restrictivement devant les tribunaux²⁶⁴, puisque le droit du patient à son inviolabilité est un principe fondamental auquel on ne peut que difficilement porter atteinte, il importe de bien comprendre la notion d'urgence. Le Code civil décrit l'urgence comme étant une situation où il y a menace à la vie de la personne ou risque de lésions corporelles graves et permanentes.²⁶⁵ L'urgence dans ces situations modifie les règles du consentement quant au devoir d'information et au niveau de l'obtention du consentement. L'urgence permet aussi des écarts par rapport aux règles d'exécution des techniques de soins à cause du facteur temps. De plus l'urgence atténue l'obligation de la confidentialité.

259. *Id.*, p. 150.

260. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p. 319, no 475.

261. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 150.

262. MÉNARD, J.P., *supra* note 241, p. 41.

BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 168, p. 138, no 207.

263. *Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (CA).

264. MÉNARD, J.P., *supra* note 241, p. 42.

BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p. 129, no 191.

265. Art. 13 C.c.Q.

Avant d'entamer la partie du consentement d'un majeur inapte et du mineur, voici le résumé suivant sous forme de tableau pour le consentement du majeur apte:

LE CONSENTEMENT DU MAJEUR APTE ²⁶⁶
Lui seul peut consentir sauf si: - urgence et - impossibilité de donner un consentement en temps utile
Toutefois, un nouveau consentement est nécessaire lorsque les soins sont: - inusités - inutiles - conséquences intolérables
Les soins non requis par l'état de santé étendent le devoir d'information à la divulgation de tous les risques possibles

v) Qui peut consentir aux soins?

Au cours de nos recherches dans les milieux de soins à domicile, les infirmières ont très souvent exprimé leurs difficultés à déterminer qui peut consentir légalement aux soins. Lorsque la personne est manifestement apte à consentir et qu'elle est majeure, les règles telles que décrites précédemment sont assez simples mais se corsent lorsqu'il s'agit d'un majeur inapte ou d'un mineur.

a) Pour la personne inapte:

Même si, au préalable, le consentement a du être obtenu par le médecin, il arrive que l'état de santé du patient apte change à un point tel qu'il n'est plus en mesure de comprendre son état de santé ou d'exprimer sa volonté (confusion, sénescence etc.). A ce moment, il est du devoir de l'infirmière de signaler l'état de fait au médecin pour évaluation. ²⁶⁷

Mais avant de se questionner sur l'aptitude à consentir, il est primordial que l'infirmière soit à l'affût de quelques principes qui sous-tendent la capacité de l'usager à consentir. La démarche à savoir de qui obtenir le consentement aux soins sera ainsi plus facile pour l'infirmière à domicile.

266. Art. 10,11 et 13 C.c.Q.

267. Art.270 C.c.Q.

Quand nous parlons de l'aptitude à consentir, nous référons à l'aptitude qui se détermine de façon distincte de celle à gérer ses biens ou prendre soins de sa personne. En effet, dans l'affaire *Institut Philippe Pinel de Montréal c. Gharavy*²⁶⁸, le juge Delisle nous dit qu'une personne peut être inapte à gérer ses biens sous tutelle ou curatelle mais demeurer quand même capable de décider de ses besoins de santé. Voici des nuances que beaucoup de professionnels de la santé ignorent. Il faut aussi se rappeler que l'aptitude à consentir évolue au jour le jour. Une personne peut être apte aujourd'hui, inapte demain et apte le surlendemain. C'est le cas des patients aux prises avec la maladie d'Alzheimer.

On aura recours à deux critères particuliers pour déterminer l'aptitude à consentir chez un patient soit:

- Sa capacité d'apprécier la nature et la portée des informations sur sa santé
- ET → Sa capacité de prendre une décision et d'exprimer sa volonté²⁶⁹

En fait, il faut s'assurer que la personne comprenne les enjeux pour sa santé.

Si la personne possède ces deux capacités, elle est donc jugée apte à consentir à ses soins. Personne d'autre ne peut consentir à sa place. Aucune loi ne permet de consentir à la place d'un majeur apte car ce serait contraire aux droits de la personne et engendrerait des abus considérables²⁷⁰. Si une des deux conditions ci-dessus font défaut, elle est donc jugée inapte à consentir. Dans ce cas, on aura recours au consentement substitué.²⁷¹

Il appartiendra alors au représentant légal de consentir à ses soins. L'infirmière à domicile devra alors vérifier s'il est représenté et si c'est le cas, elle devra identifier son représentant légal. Dans le cas où la personne est déjà considérée inapte par le tribunal, elle sera représentée par une

268. *Institut Philippe Pinel de Montréal c. Gharavy*, [1994] R.J.Q 2523 (C.A.).

269. *Cité de la Santé de Laval c. Lacombe*, [1992] R.J.Q., 58 à 62.

270. (1980) D.D.C.P. Comité des médecins 1, p. 193.

Carrefour de la santé et des services sociaux de la S... c. C. (A.), [1999] R.D.F. 292.

271. Art. 11 C.c.Q.

personne des personnes suivantes qui pourra donner le consentement aux soins ²⁷²:

1. le curateur
2. le tuteur à la personne et aux biens
3. le tuteur à la personne
4. le mandataire
5. le Curateur public
6. le délégué du Curateur public
7. le gardien de la personne

Spécifions que le mandataire n'est habilité à consentir que si le mandat a été homologué en bonne et due forme et qu'il est suffisant. Le Bureau du Curateur public tient un registre public de toutes les personnes sous régime de protection ou sous mandat homologué. ²⁷³ Il peut alors indiquer à l'infirmière qui lui en fait la demande, le nom et les coordonnées de la personne à contacter qui représente l'usager.

Si la personne inapte n'est pas représentée, l'une des trois personnes suivantes pourra consentir aux soins, la première ayant préséance sur les deux autres ²⁷⁴:

QUI PEUT CONSENTIR POUR UNE PERSONNE INAPTE NON REPRÉSENTÉE?	
PERSONNES RECONNUS LÉGALEMENT	COMMENTAIRES
1e le conjoint légal	
2e un proche parent	Parent par le sang ou un allié (beau-frère ou belle-soeur)
OU une personne qui lui démontre un intérêt particulier	Ex.:conjoint de fait Cet intérêt doit être personnel, constant et stable = à documenter au dossier

Le tuteur aux biens et le conseiller au majeur n'ont pas le pouvoir de consentir aux soins puisqu'ils n'ont pas juridiction sur la personne. Le CLSC reconnaîtra une personne parmi celles ci

272. Art. 15 C.c.Q.

273. Loi sur le curateur public, L.R.Q., c. C-81, art. 54.

274. Art. 10 et 15 C.c.Q.

Loi sur le curateur public, supra note 266, art. 17.

haut mentionnées pour la question du consentement aux soins. En pratique, on reconnaît la personne la plus socialement significative pour le patient

Peu d'infirmières connaissent la procédure en vigueur dans leur établissement lorsqu'un tel cas survient. Malheureusement, ces notions et procédures fort importantes ne sont pas intégrées dans l'orientation des nouvelles infirmières aux soins à domicile puisqu'il est jugé que ces dernières n'y seront que ponctuellement pour des remplacements à court terme. L'infirmière qui remplacera à long terme ou à qui est attribué un poste dans ce service apprendra les notions ou procédures des infirmières expérimentées qu'elle consultera au moment opportun. Il est ainsi facile de passer sous silence par manque d'information un consentement non valide légalement pour un majeur inapte représenté ou non.

La détermination de l'aptitude à consentir est faite par le médecin ou l'infirmière lors de son intervention. Cette détermination n'exige aucun formalisme autre qu'un échange suffisant entre le professionnel et le patient pour s'assurer de son aptitude ou non à consentir. Dans le cas où l'enjeu est très important et que l'aptitude est très difficile à déterminer, il serait souhaitable de solliciter, en dehors d'un cas d'urgence immédiate, l'opinion d'un psychiatre.

L'aptitude requise pour des soins bénins est moins élevée que pour des soins d'importance vitale.

Aux fins de soins non requis par son état de santé, seuls le tuteur, le curateur ou le mandataire peuvent consentir dans la mesure où ces soins sont bénins ou n'entraînent pas de risques sérieux pour la santé (vaccins, contraception à domicile etc.). S'ils sont susceptibles d'entraîner des effets graves et permanents, l'autorisation du tribunal s'avère nécessaire. Et c'est le même principe qui s'appliquera au mineur de moins de 14 ans abordé plus loin.²⁷⁵ Et si le majeur inapte refuse ces soins non requis par l'état de santé, le tribunal devra respecter son refus.²⁷⁶

275. Art. 18 C.c.Q.

276. Art. 23 C.c.Q.

b) Pour la personne mineure:

A domicile , on retrouve un bon nombre d'usagers mineurs surtout en périnatalité et en soins pédiatriques. Ils ont très souvent des problématiques complexes à gérer qui se répercutent sur la famille (et parfois c'est la famille elle-même qui est le noyau de la problématique). Aujourd'hui, avec le nombre imposant de familles éclatées, ce n'est pas simple d'identifier la personne qui peut consentir légalement à leurs soins. La partie suivante résumera les principes généraux à respecter en matière de consentement du mineur soit l'enfant de 14 ans et moins.

L'infirmière à domicile peut parfois avoir à prodiguer des soins à un enfant soit pour un pansement suite à des brûlures, une chirurgie, etc., une antibiothérapie ou dans les cas de soins palliatifs pour des injections ou pour l'entretien d'un cathéter par exemple. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur de moins de 14 ans est donné par le titulaire de l'autorité parental ou le tuteur.

On entend par titulaire de l'autorité parentale , le père ou la mère de l'enfant peu importe leur statut (mariés, conjoints de faits, divorcés, séparés, etc.). Le père et la mère ont exactement les mêmes droits et les mêmes obligations envers leurs enfants. Ce n'est pas parce que le parent a la garde de l'enfant qu'il a un droit de consentir supérieur à l'autre.²⁷⁷ De plus, la loi suppose que les parents s'entendent sur les décisions prises à l'égard de leurs enfants²⁷⁸ et s'il y a désaccord, le tribunal pourra trancher à leur demande²⁷⁹. Ces derniers doivent agir dans l'intérêt de l'enfant²⁸⁰ sinon, la Cour supérieure a le pouvoir d'intervenir²⁸¹ et permettre que l'on passe outre leur refus.

La tutelle légale du père et de la mère se termine automatiquement quand l'enfant atteint 18 ans. L'infirmière à domicile qui suit par exemple un majeur de 18 ans déficient intellectuellement doit être vigilante dans l'obtention du consentement aux soins. Les parents continuent de s'occuper de leur enfant à domicile et ont l'impression de garder la même position légale parce qu'il est

277. MÉNARD, J.P. , *supra* note 241, p. 54.

278. Art. 603 C.c.Q.

279. Art. 604 C.c.Q.

280. Art. 33 C.c.Q.

281. Art. 18 al.2 C.c.Q.

déficient alors qu'ils n'ont pas le même statut que lorsqu'il était mineur. L'effet juridique de la majorité est de mettre fin à l'autorité parentale. Ce n'est plus à titre de titulaire de l'autorité parentale mais plutôt comme proche parent que la mère ou le père d'un enfant déficient intellectuellement pourront consentir aux soins de ce dernier.

vi) Les caractéristiques du consentement substitué:

Nous avons à maintes reprises parlé du consentement substitué. La loi protège autant le mineur que le majeur inapte en encadrant la personne qui consent ou refuse des soins pour lui. Cette dernière doit respecter certains principes.

En premier lieu, sa décision doit être dans le meilleur intérêt de l'usager en considérant les volontés que ce dernier a pu exprimer ²⁸². « À titre d'exemple, une testament biologique, quoique n'ayant pas force légale complète au Québec, peut être un élément sérieux dont on doit tenir compte autant que possible, car il reflète la volonté du majeur protégé. Ce n'est donc pas le critère de l'usager raisonnable qui servira de base à la décision, ni la perception du médecin quant au meilleur intérêt de l'usager.» ²⁸³

En deuxième lieu, le tiers qui prend une décision pour l'usager doit s'assurer que ces soins seront bénéfiques même s'ils engendrent des effets graves et permanents, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et enfin que les risques ne sont pas hors de proportion avec le bienfait escompté ²⁸⁴.

En fait, une autorisation judiciaire peut passer outre le refus du représentant légal dans les cas où le traitement serait efficace et améliorerait sérieusement la conditions de santé de l'usager sans engendrer trop d'effets indésirables pour lui. ²⁸⁵ Cependant, lorsque le traitement offert ne fait que prolonger son agonie ou lui impose des traitements trop difficiles sans espoir d'un pronostic

282. Art.12 C.c.Q.

Alloi-Lussier c. Centre d'hébergement Champlain, [1996] R.J.Q. 311 (C.S.)

283. MÉNARD, J.P. , *supra* note 241, p. 54.

284. Art. 12, al. 2 C.c.Q.

285. *In re: Enfant Maude Goyette et le Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain*, (1983) C.S. 429.

favorable, la Cour maintiendra le refus du représentant légal. La cause *Couture-Jacquet c. Montreal Children Hospital* entre autres ²⁸⁶ illustre bien ce principe. Les parents refusaient le quatrième traitement de chimiothérapie de douze semaines proposé par l'oncologue pour leur enfant de 3 ans atteint de cancer. Il n'y avait que 10 à 20 % de chances de guérison avec ce traitement qui aurait provoquer encore une fois des vomissements accompagnées de fortes nausées, une alopécie, atteinte fonctionnelle des reins, une perte d'acuité auditive etc. Selon la Cour d'appel, c'est à l'établissement de santé de prouver que le refus des parents n'est pas dans le meilleur intérêt de l'enfant. Pour ce faire, les effets négatifs du traitements doivent être comparés à la possibilité d'amélioration de la qualité de vie de l'usager.

Il importe que l'infirmière à domicile sache que le pouvoir de consentir aux soins octroyé au représentant légal du mineur ou du majeur inapte ne se délègue pas à moins qu'il ne s'absente ou qu'il ne puisse l'accomplir. L'article 15 du Code civil ne prévoit rien à cet effet. Le tiers appelé à consentir ou refuser des soins sera autorisé par la loi à recevoir toute l'information nécessaire dans le but de prendre un décision éclairée. Il aura également accès au dossier de l'usager dans la mesure suffisante pour qu'il consente en toute connaissance de cause ²⁸⁷. Ce droit non plus ne se délègue pas, il appartient au représentant légal. Une interprétation restrictive en la matière est de rigueur.

Pour ce qui est de la personne de 14 ans et plus, le Code civil stipule qu'elle peut consentir seule à ses soins. ²⁸⁸ Toutefois, si l'intervention n'est pas requise par son état de santé, l'autorisation de l'autorité parentale ou du tuteur est nécessaire jusqu'à 18 ans exclu, si elle présente des risques sérieux pour sa santé et peut lui causer des effets graves et permanents. ²⁸⁹

286. *Couture-Jacquet c. Montreal Children Hospital*, (1986) R.J.Q.1221, (C.A.); *T. (N.) c. N.-T.*, [1999] R.J.Q. 223 (C.S.); *Hôpital St-Charles Borromée c. G. (G.)*, [1994] R.D.F. 27. (C.S.); *Douglas Hospital Center c. T. (C.)*, [1993] R.J.Q. 1128 (C.S.); *Protection de la jeunesse 332*, (1988) R.J.Q. 1666 (C.S.).

287. L.R.Q., c. S-4.2, art. 22, al. 1.

288. Art. 14 al. 2 C.c.Q.

289. Art. 17 C.c.Q.

4) L'obligation d'assurer la continuité des soins

Le patient qui reçoit des soins à domicile requiert généralement ces soins pour une période de temps dont la durée peut être variable d'un cas à l'autre allant de quelques jours à plusieurs années. Les soins sont aussi parfois discontinués temporairement par exemple lors d'une hospitalisation, d'un séjour en réadaptation, d'une visite chez le médecin où le soins sera donné ce jour là etc. Dans ce contexte, l'infirmière à domicile joue un rôle primordial pour assurer au patient le droit à des services continue que la loi lui reconnaît. ^{289A}

En pratique, la continuité des soins à domicile sera assurée par l'établissement c'est-à-dire le CLSC, et non par une infirmière en particulier. Par conséquent, le CLSC et les intervenants doivent prendre les moyens pour assurer cette continuité. Or, l'instrument de choix pour répondre de cette obligation est sans aucun doute le dossier de l'usager. En raison de l'importance de cet outil pour l'infirmière à domicile, nous en ferons un développement plus élaboré.

Le dossier de l'usager: une obligation conjointe de l'infirmière et de l'établissement

En responsabilité civile professionnelle, le dossier médical constitue un élément de preuve très utilisé en cas de poursuite d'où l'importance de bien le rédiger. Et pour le professionnel, il est la meilleure protection légale lorsqu'il est le plus complet possible. La Cour Suprême dans l'arrêt *Arès c. Venner* ²⁹⁰ conclut que le dossier médical fait preuve de son contenu *prima facie*:

«Les dossiers d'hôpitaux, y compris les notes des infirmières, rédigés au jour le jour par quelqu'un qui en a une connaissance personnelle des faits et dont le travail consiste à faire les écritures ou rédiger les dossiers, doivent être reçus en preuve comme preuve *prima facie* des faits qu'ils relatent.»

Me Jean-Pierre Ménard souligne lors du colloque de la Société de médecine et de droit du Québec en 1993 ²⁹¹ que le dossier est souvent révélateur quant au style de pratique. Par exemple,

289A. L.R.Q., c. S-4.2, art. 5 et 101 3e al.

290. *Arès c. Venner*, [1970] R.C.S., 608.

291. LAPOINTE, D., "Les dossiers des patients et les poursuites en responsabilité médicale", *Bulletin*, 3:2, avril 1993, p.10.

un dossier mal tenu peut être le portrait d'une infirmière à domicile qui néglige sa pratique, qui travaille trop vite, qui ne tient pas ses connaissances à jour, qui ne porte pas attention à son travail et à ses patients etc. Une décision récente en fait foi, celle de *Chouinard c. Robbins*:

«Là, encore une fois, le Dr Robbins a commis le 12 janvier 1989 les erreurs qu'on lui reproche, il a été négligent. Et sa tenue de dossier selon la preuve le corrobore de façon éloquente.»²⁹²

Rares sont les professionnels poursuivis qui ont trop écrit dans le dossier. L'insuffisance ou la pauvreté des informations colligées au dossier est plutôt le premier facteur d'incrimination d'un professionnel. Me Ménard conseille lors de son allocution à ce colloque de prendre quelques minutes de plus pour consigner adéquatement les notes au dossier afin d'éviter de devoir témoigner plusieurs jours devant les tribunaux dans le but de justifier l'absence d'information au dossier.²⁹³

La doctrine et la législation seront brièvement abordées tout en apportant un regard sur les difficultés quant à l'utilisation du dossier médical dans la pratique quotidienne des soins à domicile.

4.1. L'utilisation du dossier médical aux soins à domicile

Un dossier médical est ouvert ou mis à jour aussitôt qu'une demande est faite et acceptée dans le service selon les modalités expliquées à la section 1.4.2.²⁹⁴ Le premier document déposé au dossier est soit celui de la prise de contact initial²⁹⁵, soit la demande de continuité de soins CH <-> CLSC²⁹⁶ reçue par télécopieur²⁹⁷. Ensuite vient le résumé de dossier pour les cas très pointus

292. *Chouinard c. Robbins*, [1998] C.S., 3507, par. 48.

293. *Ibid* note 291.

294. Voir la partie ci-dessus sur l'accès aux services, p.32.

295. Voir les exemples à l'annexe 6: "Instruments régionaux d'évaluation initiale", p.

Vous avez un exemple de la feuille de liaison traditionnelle utilisée en Montérégie ainsi que la liaison informatisée qui est maintenant utilisée dans plusieurs établissements via un programme uniformisé et qui fonctionne bien.

296. Voir les exemples à l'annexe 8: "Demande de continuité de soins - Centre hospitalier <-> CLSC" et " Référence inter-établissements".

297. La qualité de la télécopie s'est de beaucoup améliorée depuis quelques années. Le papier est beaucoup plus épais comme les feuilles de dossiers traditionnelles et l'encre résiste aux années et aux multiples consultations.

et complexes ou lorsque qu'il est pertinent au jugement des infirmières de liaison du CH ou du CLSC. Lui aussi est transmis par télécopieur dans les heures qui suivent la demande de service. La description du service requis est transcrite par l'infirmière de liaison du CH sous la forme d'une prescription avec le nom du médecin requérant puis elle la signe. S'il survenait une erreur dans la transcription de l'ordonnance par l'infirmière de liaison de l'hôpital ou s'il s'agissait d'une ordonnance erronée qu'elle n'a pas constatée, à qui imputerait-on la faute? Au médecin, à l'infirmière de liaison ou à l'infirmière du CLSC? Nous verrons plus loin que tous ces professionnels ont une part de responsabilité dans cette façon de faire.

La prescription originale est donnée au patient dans les cas d'ordonnance de médicaments pour ensuite être remise au pharmacien. Quelques médecins pensent parfois remettre un double de la prescription à remettre à l'exécutant ou de la télécopier. A d'autres occasions, c'est le pharmacien qui pense à l'exécutant et remet une photocopie pour ce dernier au client.

Fort utilisée aussi est la feuille de liaison CH <->CLSC ²⁹⁸ sous le principe de papier carbone pour reproduire des copies. Par exemple, lorsque le patient a un rendez-vous médical pour un suivi de plaie, l'infirmière du CLSC résume ses observations et ses interrogations sur cette feuille qu'elle remet au patient et qui la lui rapporte avec une réponse et \ ou une prescription. L'originale est gardée au dossier. La même procédure est suivie lorsque l'infirmière au domicile réfère le patient au CH suite à une complication de son état de santé. Ce mécanisme fonctionne très bien.

Les infirmières à domicile travaillent beaucoup au moyen d'ordonnances téléphoniques. Elles essaient de rendre possible l'écoute à deux infirmières ou demandent au médecin de télécopier la prescription signée par lui. Cependant, les infirmières sont quasi continuellement à la course folle et ne s'acharnent pas à rappeler le médecin qui n'a pas rempli son devoir.

Les CLSC en général appliquent à la lettre l'article 61 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements qui prohibe toute sortie du dossier de l'utilisateur à l'extérieur de

298. Voir l'exemple à l'annexe 9: "Fiche de liaison".

l'établissement sauf pour quelques exceptions. Cependant, les avis et les sanctions des établissements sont faibles voir même absents, ce qui crée des dérogations à la Loi et au règlement interne de la part de certains membres du personnel, les médecins entre autres, qui prennent sur eux la responsabilité lorsqu'ils sortent de l'établissement les dossiers de leurs patients.

La règle interne qui exige par exemple que le dossier ne sorte que placé dans une valise à serrure codée n'est pas très souvent respectée non plus. Ce qui fait qu'au quotidien, le portrait que nous avons de certains membres du personnel du service à domicile est celui de l'intervenant avec un sac de matériel dans une main et une pile de dossier dans l'autre dans le stationnement du CLSC. Les infirmières quant à elles sont un peu plus dociles. Elles n'ont donc pas le dossier avec elles lorsqu'elles se rendent à domicile mais travaillent avec ce qu'on appelle communément un "kardex" où les données principales de l'état de santé de l'usager, ses soins requis, les allergies, la date de révision du plan de soin etc. s'y trouvent consignées²⁹⁹. Il est mis à jour régulièrement et il permet à l'infirmière de l'agence ou de la liste de rappel qui ne connaît pas le client d'avoir son profil de santé et d'intervention rapidement et à la portée.

Or qu'arrive-t-il lorsque l'infirmière a besoin de consulter le dossier avant de prodiguer le soin? Son "kardex" est-il suffisant? L'infirmière à domicile qui suit le patient quotidiennement le connaît bien mais l'infirmière de la liste de rappel se trouve en plus mauvaise position. Et si une situation urgente devait être réglée sur place avec une ordonnance téléphonique du spécialiste de l'hôpital qui veut prendre une décision éclairée en posant des questions pointues sur les résultats sanguins par exemple, ses antécédents etc. Ne serait-il pas plus pratique et plus sécuritaire de l'avoir au domicile? Serait-ce réalisable dans le contexte des soins à domicile actuel où plusieurs intervenants offrent des services de diverses natures au même client et qui parfois même se croisent au domicile? L'informatisation de tous les dossiers, pour tous les services d'un même établissement, accessible à tout intervenant est en voie de s'installer certes mais d'ici là?!

Aussi, il n'est pas rare de voir les infirmières à domicile apporter chez elles une feuille de note d'évolution dans le but de les rédiger et reprendre le retard. Est-ce que le personnel est en droit

299. Voir l'exemple à l'annexe 10: "Kardex-SAD".

d'apporter le dossier médical, un résumé du dossier sous forme de "kardex", ou une partie du dossier tel les notes d'évolution avec lui dans la voiture, chez lui, au restaurant à l'heure du dîner pour le compléter ...? Qu'advierait-il de ce dossier si un accident de voiture, un vol ou un simple oubli surviendrait? Ces interrogations nous amèneront à aborder subséquemment plusieurs aspects fort importants du dossier de l'usager tels la confidentialité, l'accessibilité et la continuité des soins pour ne nommer que ceux là.

La problématique majeure aux yeux des intervenants à domicile en ce qui a trait au dossier est son accessibilité et sa disponibilité. Il y a des règles de fonctionnement interne mais comme il fut mentionné ci-dessus, ces règles ne sont pas toujours respectées à la lettre. Les besoins de santé des usagers sont de plus en plus lourds et complexes et exigent une équipe multidisciplinaire qui prodigue quotidiennement des soins. Ils ont besoin de rédiger leurs notes et apportent donc le dossier avec eux dans leur bureau pour une période de temps plus ou moins longue. Et si l'infirmière a besoin de le consulter à ce moment là pour régler une situation avec le médecin traitant ou avec un autre intervenant, elle le cherche parmi la cohue de l'après-midi.

4.2. Les objectifs visés par la tenue de dossier ³⁰⁰

- i) Aide-mémoire pour l'infirmière
- ii) Outil de communication entre les professionnels de l'équipe multidisciplinaire
- iii) Outil d'évaluation de la qualité de son exercice professionnel
- iv) Élément de protection juridique
- v) Enseignement, recherche et compilation de statistiques

300. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC., *Tenue du dossier - Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, Montréal, C.M.Q., 1996, 16 p., p.3.

4.3. L'ouverture d'un dossier

Deux termes doivent être différenciés afin de bien cerner les circonstances suivantes lesquelles le CLSC doit ouvrir un dossier: enregistrement et inscription. Une personne est enregistrée au CLSC lorsque, à la suite d'une ordonnance d'un médecin, elle y reçoit des services externes pour fins de diagnostic médical.³⁰¹ A titre d'exemple: un usager qui reçoit des services de prélèvements à domicile. Une personne est inscrite au CLSC lorsqu'elle y reçoit des services³⁰² sauf si elle fait partie d'un groupe recevant ces services³⁰³.

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements oblige tout établissement dont le CLSC à tenir un dossier sur chacun des usagers qui y reçoit des services. Deux exceptions sont prévues: les personnes qui font partie d'un groupe recevant des services et les personnes enregistrées³⁰⁴ n'auront pas de dossiers mais leur nom et la nature des services figureront dans un registre tenu à cette fin par le centre³⁰⁵.

Le tableau suivant résume les indications d'ouverture d'un dossier de même que les exceptions:

OUVERTURE D'UN DOSSIER AU CLSC

INDICATIONS	EXCEPTIONS
1. La personne qui reçoit des services	1. La personne reçoit des services externes sous ordonnance médicale aux fins d'un diagnostic. ex.: laboratoire à domicile
	2. La personne qui fait partie d'un groupe recevant des services

301. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 20.

302. Id., art. 21.

303. Id., art. 45

304. Id., art 50.

305. Id., art. 45 et 51.

4.4. Le contenu du dossier

Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements énumère également les éléments que doit contenir le dossier de l'utilisateur au CLSC.³⁰⁶ Il comprend minimalement:

- l'évaluation de l'autonomie de l'utilisateur tel CTMSP (ne se fait pas pour tous les utilisateurs et peut se faire par un autre professionnel, généralement l'intervenant pivot);
- la demande de services;
- les ordonnances;
- l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments;
- le plan d'intervention et les rapports de révision périodique;
- les notes d'évolution;
- le consentement pour des soins ou des services dispensés par l'établissement;
- un rapport sur tout accident subi par le bénéficiaire dans l'établissement;
- pièces ayant servi à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement ex.: rapport multistix sur urine.

Il appartient à l'équipe traitante de voir à ce que tous les éléments nécessaires à la constitution du dossier soient présents puisque c'est à l'établissement qu'incombe l'obligation de tenir un dossier et que cet établissement se conforme à cette obligation par l'entremise des personnes qui exercent des activités en son nom.³⁰⁷

Les éléments ci-haut mentionnés qui sont le plus négligés dans la pratique courante sont l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments, le plan d'intervention et les rapports de révision périodique, le consentement pour des services ou des soins et le rapport sur tout accident subi par le bénéficiaire. Il n'y a pas nécessairement, dans tous les établissements, une section ou un document préparé pour ces éléments comparativement aux autres éléments de la liste qui sont davantage fidèles au dossier lorsque nécessaires. Cependant, les faits se rapportant à ces éléments sont tout de même consignés dans les notes d'évolution. L'intérêt

306. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 56.

307. *Id.*, art. 56.

d'avoir des documents préparés prévient les notes laborieuses et incomplètes en plus de faciliter la consultation du dossier. Concernant le rapport accident-incident, la plupart des établissements n'ont pas de politique à cet effet ce qui crée un caractère non obligatoire ou du moins peu important de cette procédure aux yeux des intervenants.

Dans l'élaboration de ce règlement par le législateur, les soins à domicile ne furent pas prévus. Nous faisons ici référence entre autres au rapport d'accident qui peut aussi survenir à domicile lors du déplacement d'un bénéficiaire alité, lors de soins à la baignoire ou tout simplement lorsque l'usager est retrouvé par terre à notre arrivée. Aucune mention ne concerne des incidents survenus à domicile tels une erreur de médication, une agression par un patient armé etc.

De plus, le consentement exigé dans ce présent règlement pour des soins ou des services rendus par l'établissement est très général. Quelle était l'intention ici du législateur? S'il faisait mention du consentement général aux soins et services, sa portée légale se trouve très faible puisque de toute façon un consentement implicite suffit pour ces soins courants et de base. Ce consentement ne correspond pas au critère libre et éclairé d'un consentement valide puisqu'il est trop général. Plus l'intervention est invasive et risque d'engendrer des conséquences plus un consentement formel est exigé. Un consentement par écrit est exigé rappelons-le, pour l'expérimentation et les soins non requis par l'état de santé tels la vaccination ou la contraception fournis à domicile.³⁰⁸

Le dossier étant le regroupement de toutes les informations obtenues à l'égard de l'usager, même les notes d'évolution ou les rapports détachés du dossier en font partie. Les professionnels oeuvrant dans l'établissement ne doivent en aucun cas constituer leur propre dossier tel un dossier parallèle. Toutes les informations relatives au patient doivent se retrouver dans un dossier unique. Ce principe origine de l'obligation de l'établissement qui est le corollaire du droit de l'usager à recevoir des soins de qualité et avec continuité. Le dossier complet doit être disponible pour le personnel qui a besoin de le consulter à des fins de prestation de services adéquats pour l'usager. Il peut cependant exister plusieurs tomes au dossier volumineux.

308. Art. 24 C.c.Q.

La présence de documents au dossier qui ne sont pas requis par la loi ou dont la valeur légale n'est pas établie comme le testament biologique peut poser des difficultés. Toute expression de la volonté du patient pour son bénéficiaire devrait être à la vue de l'équipe de soins dans le dossier.³⁰⁹ Cela ne change en rien sa valeur juridique et ne crée aucunement d'obligation pour l'établissement ni entraîne sa responsabilité.³¹⁰ Les modèles de testaments biologiques en circulation «laissent place à de l'interprétation et à des pouvoirs discrétionnaires de sorte que seule une décision judiciaire permettrait de mieux évaluer la portée légale d'un tel document»³¹¹. En fait, ce serait un document «nécessaire» au sens de la Loi et du Code civil³¹² qui peut faire partie du dossier si disponible sans toutefois être exigé en tout temps.

Seuls les renseignements pertinents à une prise de décision au regard des soins de santé et des services sociaux doivent être versés au dossier de l'utilisateur.³¹³ Les notes d'évolution de l'infirmière à domicile doivent refléter fidèlement les changements qui surviennent dans l'état du patient et préciser les démarches faites (appel au médecin, à la famille etc.) en plus des soins et traitements prodigués sans omettre l'information importante donnée à l'utilisateur et à ses proches, en identifiant les proches en question³¹⁴. Elle doit se servir de ses cinq sens pour noter ses observations pertinentes et objectives.

Il importe aussi de bien décrire la prise en charge et la fin des soins (motif et provenance de la référence, mode, raisons de la fermeture du dossier aux soins à domicile tel déménagement, refus de soins, transfert etc.). Ces notes permettent d'évaluer entre autres les liens et transfert de l'utilisateur

309. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 288.

310. FRÉCHETTE, J.-G., *Vision juridique du dossier de santé (problèmes quotidiens)*, Association québécoise des archivistes médicales, Rock Forest, 1990, p. 45.

311. *Ibid.*

312. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, art. 64.

Art. 12 C.c.Q.

313. Art. 37 C.c.Q.

314. MÉNARD, J.-P., "Virage ambulatoire et responsabilité médicale et hospitalière", *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, (1999), Les Editions Yvon Blais Inc., Cowansville, p. 129.

d'un établissement ou d'une ressource à l'autre. Ceci fait partie de l'obligation de continuité et de complémentarité stipulée dans la Loi.³¹⁵

De plus, selon les motifs de la visite à domicile ou l'état du patient, les paramètres fondamentaux tels température, poids, taille etc. doivent apparaître au dossier. La mesure de la tension artérielle devrait aussi se retrouver dans le dossier pour les usagers de 21 ans et plus.³¹⁶

4.5. Les ordonnances

Aucune Loi, aucun règlement ne définit les termes "ordonnance" et "prescription". Seuls le Glossaire des termes médicaux-hospitaliers³¹⁷, le Larousse et le Robert différencient ces deux termes pourtant confondus dans le langage usuel des professionnels:

«**Prescription**: avis, conseil, ordre expressément formulé avec toutes les précisions utiles.»

«**Ordonnance**: feuille (ou autre support, par exemple informatique) sur laquelle figure la prescription rédigée et signée par le médecin.»

La loi sur la pharmacie, pour sa part, définit l' "ordonnance" en lui donnant un sens semblable à celui de la "prescription":

« **Ordonnance**: autorisation de fournir un médicament ou un poison donnée par une personne autorisée par une loi [...]»³¹⁸

C'est le Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales et écrites faites par un médecin³¹⁹ qui encadre principalement cet aspect de la pratique médicale. Il fut modifié puis remplacé en septembre 1998. Donc peu de médecins sont à jour dans la façon de

315. L.R.Q., c. S-4.2, art. 101 al. 3 et 4.

316. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *supra* note 300, p.5.

317. COMITÉ D'ÉTUDE DES TERMES DE MÉDECINE, *Glossaire des termes médico-hospitaliers*, Montréal, Laboratoires Ayerst, avril 1970, 39p.

318. Loi sur la pharmacie, L.R.Q., c. P-10, art. 1j)

319. *Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin*, *supra* note 107.

rédiger ou prononcer une ordonnance complète. Le Règlement sur la tenue des dossiers d'un médecin quant à lui est fort bref sur les exigences d'une ordonnance.³²⁰ Voici donc le résumé sous forme de tableau des principales normes d'une ordonnance verbale et écrite:

NORMES LÉGALES D'UNE ORDONNANCE VERBALE ET ÉCRITE

ORDONNANCE ÉCRITE	ORDONNANCE VERBALE
* Coordonnées du médecin (nom imprimé ou lettres moulées, no téléphone et de permis, signature)	* Nom du médecin, no de téléphone et de permis
* Date	
* Nom et date de naissance du patient	* Idem à l'ordonnance écrite
* Pour un médicament: - nom intégral - forme - concentration - quantité et durée - posologie - voie d'administration - nombre de renouvellement	* Idem à l'ordonnance écrite
* Nature de l'examen	* Idem à l'ordonnance écrite
* Nature du traitement et sa durée	* Idem à l'ordonnance écrite
* Période de validité	* Idem à l'ordonnance écrite
* Mentions "usage connu" ou "tel que prescrit" ne sont plus acceptées ³²¹	

De nombreuses questions surgissent quant aux ordonnances verbales ou téléphoniques auxquelles l'infirmière à domicile a fréquemment recours. Est-ce que le médecin doit contresigner cette prescription? Dans l'affirmative, quel en est le délai? Est-ce réalisable dans le contexte des soins à domicile actuel? Le télécopieur est-il une solution légale de transmission d'une prescription médicale?

320. *Règlement sur la tenue des dossiers d'un médecin*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 19, art. 2.02 e).

321. Ces termes ne sont pas assez précis et peuvent porter à confusion. L'infirmière doit alors préciser la posologie avec le médecin avant d'exécuter l'ordonnance si ce ne fut pas fait par le pharmacien comme il se doit.

i) Son renouvellement

La validité de la prescription est un élément que l'infirmière à domicile vérifie quotidiennement, surtout pour la vitamine B12 par exemple. Un petit rappel s'impose quant aux modalités de renouvellement. A défaut de la mention du nombre de renouvellement autorisé ou qu'aucun renouvellement n'est autorisé, le pharmacien la considérera non renouvelable. De plus, l'Ordre des pharmaciens du Québec ne recommande pas le renouvellement d'une ordonnance plus d'un an après la date d'émission, la condition du patient pouvant avoir considérablement évolué depuis ce temps.³²²

ii) L'ordonnance verbale (ou téléphonique)

En 1972, le législateur a pris soins de prévoir une règle relative à l'ordonnance téléphonique dans le Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.³²³ Cet article était à l'effet qu'une ordonnance pouvait être prescrite par téléphone en cas d'urgence. Elle pouvait être dictée entre autres à une infirmière qui devait indiquer le nom du médecin prescripteur, la date, l'heure et la signer. Le médecin devait contresigner cette ordonnance dans les 72 heures. Toutefois, cet article fut abrogé. Actuellement, il n'y a aucune règle qui exige que la prescription verbale ou téléphonique soit contresignée. Les seules règles relatives à l'ordonnance verbale sont énoncées au tableau ci-dessus. L'auteur Jean-Guy Fréchette, considéré comme la sommité dans le domaine juridique du dossier de santé, mentionne que l'obligation de signer l'ordonnance dans les plus brefs délais demeure et tous les intervenants doivent s'y conformer.³²⁴ Il explique que l'ordonnance doit être signée par celui qui a le pouvoir de prescrire et qui en a la responsabilité. «Si l'ordonnance relève de la compétence d'un médecin, il faut donc que celui-ci la contresigne et qu'il le fasse dans les meilleurs délais lorsqu'il s'agit d'une ordonnance téléphonique.»³²⁵ Pour se protéger légalement, l'infirmière doit verser au dossier l'ordonnance téléphonique complète sans oublier l'heure à laquelle elle fut émise. Un médecin qui ne contresigne pas cette ordonnance

322. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Ordonnances de médicaments; modalités d'émission et d'exécution pour la clientèle hors établissement*, Montréal, 1996, 16 p., 6.

323. (1972) 104, G.O.Q., 10566, (no 47, 25/11/1972) et modifications, art. 3.6.3.

324. FRÉCHETTE, J.-G., *supra* note 310, p.327.

325. *Id.*, p.339.

pourrait vouloir dire qu'il ne l'endosse pas et pourrait facilement la contester devant le tribunal en alléguant qu'il y a eu erreur de compréhension ou de transcription de la part de l'infirmière même si l'écrit du dossier pèse lourd dans la balance aux côtés d'un souvenir parfois lointain du médecin de l'histoire et des faits. Le Code civil appuie ce raisonnement:

« Lorsqu'une personne comparait comme témoin, ses déclarations antérieures sur des faits au sujet desquels elle peut légalement déposer peuvent être admises à titre de témoignage, si elle présente des garanties suffisamment sérieuses pour pouvoir s'y fier.»³²⁶

« La déclaration, consignée dans un écrit autre que celle qui l'a faite, peut être prouvée par la production de cet écrit lorsque le déclarant a reconnu qu'il reproduisait fidèlement sa déclaration.»³²⁷

Creusons davantage l'analyse de cette obligation de contresigner l'ordonnance verbale ou téléphonique. Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements exige du conseil d'administration l'adoption d'un règlement sur le délai accordé au médecin et au personnel clinique pour compléter le dossier.³²⁸ Le médecin qui a été avisé de l'état du patient et qui a, par la suite, prescrit par téléphone ou verbalement un soin, une conduite, un médicament ou un traitement doit le consigner au dossier. Si aucune mention de la part du médecin n'est faite quant à son évaluation, sa conduite et au suivi assuré, le dossier est alors considéré comme incomplet et risque de mettre en doute la qualité du service rendu par le médecin. La contresignature de l'écrit de l'infirmière quant à ces éléments suffit et évite la duplication d'information au dossier.

Aussi, le CMDP doit veiller à ce que le contenu médical des dossiers soit conforme à ce règlement.³²⁹ Généralement, les CMDP réglementent cet aspect et y prévoit que le médecin doit contresigner toutes ses prescriptions dans un délai très court habituel qui demeure de 24 à 72 heures.

326. Art. 2871 C.c.Q.

327. Art. 2873 C.c.Q.

328. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 6, al. 22.

329. *Id.*, art. 103 al. 1.

Le CII a lui aussi une part de responsabilité à faire respecter cette règle de la contresignature puisqu'il a pour fonction notamment d'apprécier la qualité des soins infirmiers.³³⁰ Rappelons que l'élément qualité comprend aussi celui de la sécurité des soins prodigués. Or, la contresignature accorde un marge de sécurité plus grande relativement aux problèmes d'interprétation des ordonnances.

iii) La transmission de l'ordonnance verbale ou téléphonique

«Il y a lieu de rappeler que l'ordonnance relève du médecin et qu'elle ne peut être confiée à un tiers que ce soit une secrétaire ou une infirmière. L'ordonnance verbale ne peut constituer un acte délégué.»³³¹ Il est fréquent de retrouver l'infirmière à domicile incapable de rejoindre le médecin et se trouvant dans l'obligation de lui laisser un message via sa secrétaire. La secrétaire ne pourrait rejoindre l'infirmière en lui dictant une prescription ou en lui autorisant un acte quelconque à la demande du médecin. C'est le médecin en personne qui doit répondre à l'infirmière et lui faire part de ses ordres. Et c'est le même principe qui s'applique pour l'ordonnance faite à la demande du patient et sa famille. Le médecin qui autorisera l'administration d'antibiotique intraveineux au lieu de la voie intramusculaire à cause de la douleur du patient devra formuler une nouvelle prescription et la faire acheminer à l'infirmière via le patient. Le médecin ne peut s'en tenir à donner la réponse au client et à la famille.

Dans le même ordre d'idées, les ordonnances permanentes ne peuvent porter sur des médicaments exigeant une ordonnance.³³² Le Tylénol, le Maalox, le Graval, le Bénédryl par exemple peuvent faire partie d'ordonnances permanentes alors que la Prednisone, l'Empracet, le Stémétil ou l'Ativan ne peuvent en faire partie. Ces derniers médicaments peuvent faire l'objet de protocole avec comme exigence l'ordonnance individuelle.

330. L.R.Q., c. S-4.2, art. 223 al. 1.

331. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *supra* note 322, p. 7.

332. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, Guide des soins et services pharmaceutiques en CLSC, O.P.Q., Montréal, 1995, 22p., p.13.

iv) La transmission par télécopieur

Dans l'impossibilité d'obtenir la contresignature du médecin prescripteur, le télécopieur devient un outil de travail fort précieux. Aucune règle non plus n'est à l'effet qu'un dossier doit être absolument composé de document original. De l'avis de l'auteur Jean-Guy Fréchette, si le législateur n'a pas décrété que le dossier doit être composé de documents originaux, c'est parce c'est l'évidence même.³³³ Il y a là un risque de falsification des documents. Il est plus facile de falsifier un document photocopie qu'un document original. Bien entendu, l'idéal serait de constituer un dossier le plus intégral possible avec des documents originaux mais à l'impossible nul n'est tenu. Le médecin qui prescrit une injection de médicament par exemple devrait prévoir une prescription pour la pharmacie et une autre pour le professionnel qui exécutera l'ordonnance. Malheureusement, cette précaution n'est que rarement suivie.

L'Ordre des pharmaciens a émis certaines normes à respecter dans la transmission des ordonnances dans les établissements de santé en considérant les dispositions légales, la sécurité des renseignements personnels et la prévention des fraudes.³³⁴ En voici le détail pertinent à la pratique des soins infirmiers à domicile:

1. Seul l'original de l'ordonnance peut être transmis par télécopieur
2. L'ordonnance ne peut être télécopiée plus d'une fois
3. L'ordonnance à télécopier est une ordonnance signée de la main même du prescripteur (donc la photocopie de l'étiquette ne suffit pas)
4. L'ordonnance à télécopier porte une indication précisant à qui elle est télécopiée suivi du numéro du télécopieur

333. FRÉCHETTE, J.-G, *supra* note 310, p. 252.

334. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, "Norme 93.02: Utilisation du télécopieur dans la transmission des ordonnances en établissement de santé", *Informations professionnelles*, no 49, juin 1993, 4p, p. 3.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *supra* note 322, p. 9.

5. L'ordonnance ne comporte pas de stupéfiant (y compris une ordonnance verbale), ni de drogue contrôlée ou de produits susceptibles d'abus aux yeux du pharmacien ³³⁵

Et enfin, le règlement sur les ordonnances médicales stipule que le médecin doit rédiger la prescription lisiblement. L'arrêt Pépin c. Hôpital du Haut-Richelieu ³³⁶ trace la conduite du médecin et de son exécutant dans ces circonstances. Il relate l'histoire d'un jeune homme de 17 ans qui, à la suite d'une chute, s'inflige une fracture de l'annuaire droit. Le médecin de l'urgence lui prescrit donc une radiographie de ce doigt. La technicienne en radiologie interprète mal l'écriture du médecin et fait une radiographie de l'auriculaire droit laquelle ne révèle bien entendu aucune fracture. Lorsque le médecin de l'urgence reçoit le rapport du radiologiste une heure à une heure et demi plus tard qui confirme bel et bien qu'il n'y a aucune fracture à ce doigt, il ne constate pas la bétise de la technicienne. Il s'ensuit des dommages permanents pour ce jeune homme. La responsabilité de l'hôpital fut retenue pour la faute de sa préposée la technicienne uniquement puisque Dr Brault ayant commis une faute n'est pas un préposé de l'hôpital. La morale de cette cause est à l'effet que lorsque l'exécutant de l'ordonnance telle l'infirmière possède un doute quant à l'interprétation illisible de l'ordonnance, elle se doit de ne pas la remplir et de revenir au médecin pour la faire préciser.

4.6. Le dossier médical et la demande de service

Toujours dans la but d'assurer la continuité des soins exigée en vertu de la Loi ³³⁷, il importe que l'établissement ou le professionnel qui prend en charge l'utilisateur soit bien renseigné sur son état. C'est la raison pour laquelle le législateur a prévu certaines modalités de transfert. Deux situations

335. La réglementation sur les stupéfiants et les drogues contrôlées ne reconnaît pas l'emploi du télécopieur pour la transmission des ordonnances de stupéfiants (y compris les stupéfiants d'ordonnance verbale) et de drogue contrôlée.

336. *Pépin c. Hôpital du Haut-Richelieu*, [1983] C.A. 292.

337. L.R.Q., c. S-4.2, art. 5 et 101 al. 3

ici sont envisagées:

A) Le transfert entre établissement:

Le transfert peut se faire du CH vers le CLSC ou l'inverse. Dans les deux cas, il y a obligation en vertu du Règlement à ce que l'établissement qui transfère l'utilisateur fasse parvenir à l'établissement qui prendra en charge l'utilisateur un sommaire des données pertinentes de son dossier dans les 72 heures suivant le transfert.³³⁸ C'est aussi un droit de l'utilisateur en vertu de la Loi d'obtenir qu'un établissement fasse parvenir à un autre établissement ou à un professionnel qu'il désigne une copie, un extrait ou un résumé de son dossier.³³⁹ Des documents de liaison existent lors du transfert afin de simplifier et accélérer la communication des renseignements pertinents à la demande.³⁴⁰ Ces documents transmis font alors partie intégrante du dossier médical de l'établissement receveur et le patient y aurait accès. L'établissement d'origine n'est pas ici considéré comme un tiers au sens de l'article 18 al. 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

B) La demande faite par l'utilisateur lui-même à la suggestion de son médecin

Il n'y a pas ici de transfert au sens de l'article 60 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements puisque l'utilisateur agit sur simple recommandation du médecin traitant. Dans ce cas, une autorisation doit être obtenue, écrite ou verbale.³⁴¹ Aussi, une mention spécifique doit figurer au dossier sur ce à quoi l'utilisateur consent, dans quel contexte et pour combien de temps. Il n'y aurait pas d'objection à ce que l'utilisateur signe cette autorisation dès le début de l'épisode de soins afin d'éviter de l'oublier et de simplifier les démarches à cet égard. Il existe un formulaire du Ministère de la Santé et des Services Sociaux sur cette autorisation à communiquer des renseignements contenus dans le dossier médical. Il mentionne un délai de validité de 90 jours. Cependant, l'autorisation constitue un élément contractuel et celle-ci vaut tant et aussi longtemps que l'utilisateur ne l'a pas révoquée.³⁴² Rien n'empêche l'auteur de ce consentement

338. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 60.

339. L.R.Q., c. S-4.2, art. 24.

340. Voir annexe 8 pour obtenir des exemples.

341. MÉNARD, J.-P., supra note 314, p. 134.

342. *Boivin c. Mutuelle d'Omaha et Hôpital de Chicoutimi*, [1990] no 155-05-000065-897.

à modifier le délai pour un période plus ou moins longue.³⁴³

4.7. Les erreurs à éviter

a) Les notes illisibles:

Un dossier dont les notes sont illisibles peut-être considéré comme un dossier mal tenu. Il y a là un grand danger d'erreurs puisque le dossier sert aussi d'outil à la communication entre les professionnels. Selon Me Ménard, les tribunaux accueillent défavorablement ces dossiers et peut influencer la détermination de la responsabilité en certains cas³⁴⁴. L'archiviste est en droit d'exiger un retranscription lisible du dossier puisque la qualité et la sécurité des soins et services risque d'être compromises.

b) Le dossier incomplet:

Le dossier incomplet est un autre élément reçu négativement par l'appareil judiciaire. En voici un exemple récent dans *Filion c. Villeneuve*³⁴⁵:

« Le témoignage du Dr Villeneuve est peu convaincant par ses inconsistances et ses imprécisions. On voit mal comment il aurait, avec sa patiente, fait preuve d'une minutie qui est lamentablement absente dans la tenue de son dossier.»

Il peut s'agir aussi d'informations vagues, d'un manque de précision sur l'heure et les soins donnés, sur la description de l'état du patient etc. De plus, ce qui n'est pas consigné au dossier est considéré comme non vu, non fait, non dit³⁴⁶. Il est ainsi difficile de qualifier la surveillance et le suivi qui fut accordé. La Cour présume alors que l'information manquante est celle qui aurait permis au patient de prouver que les soins n'ont pas été effectués correctement. Le lourd fardeau de la preuve appartient donc au professionnel. Il doit en prouver le contraire.³⁴⁷

343. FRÉCHETTE, J.-G., *supra* note 310, p. 93.

344. LAPOINTE, D., *supra* note 291, p. 10.

345. *Filion c. Villeneuve*, *supra* note 167.

346. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 294.

347. Ce principe fut étudié dans le chapitre 3 sur la responsabilité civile section 3.3., p. 66.

c) Les informations contradictoires:

Les notes d'évolution des infirmières peuvent parfois contredire celles du médecin. Il est faux de croire que le médecin a plus de crédibilité au yeux du juge que les infirmières. Ce qui sera retenu comme vraisemblable, rappelons-le, est davantage la qualité de l'information, sa précision, sa rigueur peu importe le professionnel qui l'a rédigée.

d) Les notes tardives:

Nous pouvons considérer que l'infirmière à domicile rédige en tout temps des notes tardives puisqu'elle n'a pas le dossier avec elle lors de l'exécution du soin. Souvent, elle fait sa route le matin et l'après-midi, elle rédige sa note. Si le soin est prodigué le soir, la nuit ou la fin de semaine, il se peut que l'infirmière ne rédige sa note que le lendemain. L'infirmière rédige donc de mémoire les faits ce qui peut engendrer des erreurs et des imprécisions.

Des notes inscrites plusieurs mois après les faits sont aussi assez mal accueillies par la jurisprudence. Il n'y a pas de délai établi par la loi pour compléter le dossier. Cependant, le CLSC est tenu, via son conseil d'administration, en vertu du Règlement sur l'administration et l'organisation des établissements ³⁴⁸, d'adopter un règlement interne sur le délai accordé au personnel clinique pour rédiger leur note après le dernier service fourni. L'idéal souhaité est le plus tôt possible après le soin, le traitement ou les faits.

e) Minimiser l'importance des notes d'évolution dans la pratique

Beaucoup de professionnels minimisent l'importance des notes d'évolution. Le discours entendu par ces derniers est à l'effet qu'aucun médecin n'a le temps et l'énergie de lire ou déchiffrer les notes d'évolution des infirmières. La tournée des patients ne finirait jamais alors le médecin se fie beaucoup à ce qu'il soit appelé ou avisée en personne lors d'anormalités. Un patient peut présenter une anormalité mineure sans que l'infirmière juge que le médecin doive être contacté. Il n'y a pas toujours de détérioration de l'état de santé lors d'un symptôme, d'une réaction ou lorsque les paramètres vitaux se situent en dehors des limites de la normale. Or, le but des notes d'évolution

348 *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, supra note 56, art. 6 al. 22.

est, entre autres, d'assurer un suivi rigoureux et il sert de moyen de communication entre le personnel sur le déroulement de l'épisode de soins. La jurisprudence accorde une place déterminante aux notes d'évolution des infirmières. La Cour dans l'arrêt *Bissonnette et al. c. Succession Lejeune* constate que:

« Le Dr Lejeune ne saurait être déchargé de l'obligation qu'il avait de prendre connaissance des observations des infirmières.

La Cour ne comprend pas comment un chirurgien pourrait suivre l'évolution de son patient sans prendre connaissance attentivement des observations des infirmières pour constater de quelle façon réagit son patient suite aux prescription et aux traitements qu'il ordonne et qui doivent être exécutées suivant ses ordres.»³⁴⁹

Si le médecin doit répondre de cette obligation, encore faut-il lui en donner les moyens. La non disponibilité des notes d'évolution à plusieurs égards constitue un danger important pour l'usager qui doit obtenir des soins dans un bref délai ou pour celui qui sera victime d'un diagnostic erroné ou d'un défaut de suivi médical et /ou de surveillance.

4.8. Les modifications au dossier

L'infirmière qui fait une erreur dans le dossier doit rayer l'erreur d'un trait et y apposer ses initiales et la date afin d'éviter de semer le doute.³⁵⁰ Elle doit s'abstenir d'utiliser du liquide correcteur, sauf s'il s'agit de corrections mineures et sans conséquence.³⁵¹

4.9. La propriété du dossier:

Dans la décision *Mc Inerney c. Mac Donald*, la Cour suprême convient que «le médecin, l'établissement ou la clinique qui constitue le dossier médical est propriétaire du dossier en tant que support»³⁵², toutefois, le patient a un «droit vital sur l'information contenue dans ses dossiers

349. *Bissonnette et al. c. Succession Lejeune*, C.S. St-François, no 32, 681, le 11 janvier 1982, j. Gervais.

350. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p. 307, no 464.

FRÉCHETTE, J.-G., *supra* note 310, p. 15.

351. LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS., *supra* note 145, p. 289.

352. *Mc Inerney c. Mac Donald*, [1992] R.C.S. 138, p.146.

médicaux»³⁵³. Donc le médecin ou l'établissement en ont la garde physique tout en permettant à l'usager d'y avoir accès. Vient ensuite l'article 61 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements qui prohibe la sortie du dossier en dehors de l'établissement sauf sous certaines conditions bien précises. Or, l'application que font les CLSC de cet article est trop rigide. Le sens de cet article veut qu'aucun dossier ne sorte du contrôle juridique du CLSC, sauf dans les cas prévus par la loi ou le règlement. Il y a ici une mauvaise compréhension du milieu quant à cette disposition: il croit que l'établissement signifie les quatre murs physiques alors que la Loi définit un établissement comme toute personne ou société qui exerce des activités propres à sa mission³⁵⁴.

Donc l'établissement, c'est aussi le personnel qui y travaille et qui a aussi la garde physique du dossier médical. Ce qui signifie, en principe, que le dossier peut sortir physiquement du CLSC pourvu qu'il demeure sous le contrôle juridique de l'établissement. Par conséquent, l'infirmière à domicile pourrait apporter avec elle le dossier ou une partie de celui-ci.

Toutefois, il serait essentiel que les CLSC exercent un contrôle très rigoureux de la circulation des dossiers pour en éviter la perte ou l'accès non autorisé.

Quant à la jurisprudence, elle n'a pas encore statué à ce sujet.

4.10. La confidentialité du dossier

Nul ne peut avoir accès au dossier de l'usager si ce n'est avec l'autorisation de ce dernier ou de la personne pouvant donner l'autorisation en son nom. Tel est le principe de la confidentialité énoncé dans les lois³⁵⁵, le Code civil³⁵⁶, et la Charte³⁵⁷.

353. *Ibid.*

354. L.R.Q., c. S-4.2, art. 94.

355. *Id.*, art. 19.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, supra note 312, art. 53.

356. Art. 3, 35 et 37 C.c.Q.

357. *Charte québécoise des droits et libertés de la personne, supra note 193, art. 4, 5 et 9.*

Ce droit à la confidentialité porte sur «les informations et opinions sur le patient que possèdent les professionnels et celles qu'ils inscrivent à leurs dossiers, que ce soit en cabinet ou en établissement»³⁵⁸.

Lorsqu'un médecin, qui ne fait pas partie de l'établissement, prescrit un soin ou un traitement à l'infirmière à domicile du CLSC pour un patient qu'il suit, il en résulte que le CLSC agit pour le compte de ce médecin. L'infirmière est donc implicitement autorisée à transmettre les informations relatives à l'exécution de son mandat soit une description des soins prodigués et les résultats obtenus. Toutefois, si le dossier du CLSC contient d'autres informations non liées à la prescription, l'infirmière ne doit pas les divulguer à qui que ce soit sans l'autorisation de son patient.³⁵⁹

L'établissement doit se doter de règles très strictes à l'égard de la gestion des dossiers, qui doivent être respectées par les professionnels sous peine d'avis et de sanctions. Il devrait y avoir une politique de transport des dossiers, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement (par exemple, tout dossier à être transporté dans un lieu autre que pour la rédaction immédiate doit l'être dans une valise barrée disponible aux archives etc.).

Le droit à la confidentialité du dossier médical n'a cependant pas un caractère absolu. Il y a plusieurs exceptions mais nous n'en reprendrons point le détail. Il appartient au responsable de l'accès au dossier au CLSC de décider si l'accès à certains documents sera autorisé. .

358. AUBY, J.M., LAJOIE, A. et MOLINARI, P.A., *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981, p.255, no 416.

Hôpital St-François d'Assise c. Roy-Goulet, J.E. 82-715 (C.A.).

359. FRÉCHETTE, J.-G., *supra* note 310, p. 61.

4.11. L'accès au dossier

4.11.1. Cadre juridique:

C'est la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels qui régit, en général, l'accès aux documents des établissements de santé.³⁶⁰ Cependant, en matière d'accès au dossier des usagers, ce seront les dispositions de la L.S.S.S.S qui auront prépondérance sur les dispositions de la Loi d'accès.³⁶¹

4.11.2. Principe général:

En vertu des dispositions législatives actuelles³⁶², le patient de 14 ans et plus a le droit d'avoir accès à son dossier médical et d'en obtenir copie sauf si cet accès est susceptible de lui causer un préjudice grave ou, encore, si les informations le concernant fournies par un tiers permettrait d'identifier ce dernier. Il est à noter que le "tiers" n'inclut pas un professionnel ou un employé dans l'exercice de ses fonctions.³⁶³

En plus de l'utilisateur, peuvent avoir accès au dossier son représentant légal, son tuteur, son curateur ou son mandataire. La personne autorisée à consentir aux soins a également le droit d'accès au dossier dans la mesure où cette communication est nécessaire pour donner un consentement.^{363A}

Aussi, le titulaire de l'autorité parentale a un droit d'accès au dossier du mineur sauf si ce dernier est sous la protection de la jeunesse ou s'il a 14 ans et plus et refuse l'accès à ses parents.^{363B}

360. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels*, supra note 312, art. 168 et 169.

361. L.R.Q., c. S-4.2, art. 28.

362. *Id.*, art. 17 et 18.

Art. 39 C.c.Q.

363. L.R.Q., c. S-4.2, art. 18 al. 2.

363A. *Id.*, art. 22.

363B. *Id.*, art. 21.

Le Code de déontologie de l'infirmière lui exige aussi de respecter ce droit d'accès.³⁶⁴

4.11.3. Étendue du droit d'accès au personnel de l'établissement:

Ce n'est pas n'importe quelle infirmière qui a droit à n'importe quel dossier. Le principe à retenir en matière d'accès au dossier de l'utilisateur est celui de la pertinence et de la finalité. La Loi permet l'accès à des renseignements du dossier à certaines catégories du personnel de l'établissement sans le consentement de l'utilisateur lorsque ces renseignements personnels sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.³⁶⁵ De plus, l'accès doit être restreint aux renseignements pertinents à l'exercice de leur fonctions. Ce sont donc les règles de base à respecter quant à l'étendue du droit d'accès au personnel clinique. Il est considéré que le patient qui requière des soins de santé et des services d'un établissement donne implicitement accès à son dossier à ces catégories de personnel pour avoir les meilleurs soins et des services personnalisés avec continuité.

Il est important de savoir que tout établissement doit déclarer à la Commission d'accès à l'information le type de renseignements versés au dossier de l'utilisateur, l'usage projeté de ces renseignements, la provenance de ces renseignements, les catégories du personnel que y auront accès, les mesures prises pour en assurer la confidentialité ainsi que les modalités d'accès.³⁶⁶

Le CMDP doit donner son avis sur ce sujet au directeur général de l'établissement. Donc pour savoir si certains membres de l'équipe de soins tel un préposé ou une auxiliaire familiale a accès au dossier, il revient au CMDP de l'établissement d'en formuler son avis.

4.11.4. Procédures et modalités d'accès:

Généralement, l'accès au dossier ou sa transmission se fait par impression sur papier. Si l'infirmière à domicile reçoit une demande d'accès, qu'elle soit écrite ou verbale, elle devrait consigner une note au dossier à cet effet avec les précisions qui s'y imposent, à savoir l'identité de

364. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, supra note 131, art. 3.07.01.

365. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels*, supra note 312, art. 62.

366. *Id.*, art. 76.

la personne qui en fait la demande, son lien légal avec l'utilisateur si ce n'est l'utilisateur lui-même, les motifs et le détail de sa demande. Elle pourrait servir d'aide mémoire et de preuve lors d'une éventuelle poursuite surtout si elle est faite verbalement.³⁶⁷

La procédure et les modalités d'accès au dossier sont assez bien encadrées par la Loi³⁶⁸. L'auteur n'en reprend pas ici le détail puisque la demande d'accès au dossier est rarement traitée sur le champ. Il n'y a pas d'accès au dossier automatiquement. La Loi autorise à l'établissement un bref délai mais qui est non immédiat.³⁶⁹ Elle est acheminée vers le responsable de l'accès désigné par l'établissement. Cette personne peut être l'archiviste, le médecin etc. et elle a des obligations bien précises à remplir envers l'utilisateur telles l'assistance, l'information, délai de réponse, motivation en cas de refus, conservation document etc. Elle doit être familière avec la procédure légale d'accès. La prudence s'impose.

4.11.5. Les recours liés au refus d'accès:

L'utilisateur ou la personne à laquelle la loi reconnaît un droit d'accès au dossier à qui un établissement a refusé l'accès peut s'adresser à un juge de la Cour supérieure ou de la Cour du Québec, la Commission d'accès à l'information ou la Commission des affaires sociales pour faire réviser la décision de l'établissement.³⁷⁰

4.12. Les sanctions

En plus des poursuites au civil lors d'une faute causale du dommage, l'infirmière peut se voir aussi sanctionnée pour un manquement aux obligations relatives à la tenue de dossier et à sa confidentialité. Le Comité de discipline de la Corporation professionnelle des infirmières et

367. BÉLANGER, P., BENOÎT, S., ZAOR, J. pour A.H.Q., *Le dossier de l'utilisateur*, Collection Code civil du Québec, Montréal, 1993, 24 p., p. 20.

368. Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, *supra* note 312, art. 42 à 52.1.

369. L.R.Q., c. S-4.2, art. 26.

370. *Id.*, art. 27.

infirmiers a effectivement rendu des décisions à ce sujet.³⁷¹ Réprimandes, radiation temporaire, suspension, amende, stage et cours de perfectionnement, supervision par une autre infirmière etc. sont les condamnations soumises suite à de tel comportement.

En guise de conclusion à cette partie, nous pouvons dire que le dossier médical doit contenir les éléments nécessaires pour témoigner de la conformité aux normes de la bonne pratique et satisfaire aux exigences légales.³⁷² Il est l'instrument par excellence pour assurer la continuité des soins.

371. Voir à ce sujet les jugements suivants: *Ordre professionnel des infirmiers et infirmières c. Claudine Roussy*, [1995] D.D.O.P. 38 et 39; *Ordre professionnel des infirmiers et infirmières c. Francine Brouillard*, [1995] D.D.O.P. 28; *Ordre professionnel des infirmiers et infirmières c. Diane Dupont*, [1996] D.D.O.P. 69 à 76.

372. BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *supra* note 170, p.306, no 463.

CHAPITRE 4

LA DÉLÉGATION DES ACTES

La délégation des actes médicaux ne date pas d'hier. Au début du XX^e siècle, certains grands hôpitaux confiaient, à l'occasion, les tâches de l'anesthésie aux infirmières. Elle se faisait d'une façon informelle sur les lieux de travail. Le médecin, en fonction de la formation et de l'expérience de l'infirmière, l'autorisait à prodiguer certains actes médicaux sans danger pour le patient.³⁷³ Cette pratique se fait encore aujourd'hui dans certains hôpitaux par exemple en néonatalogie ou à l'urgence. Les médecins donnent de la formation et de la pratique supervisée aux infirmières pour ensuite leur laisser prodiguer des actes médicaux sous protocole strict avec une disponibilité médicale appropriée et sécuritaire.

Il a donc été d'usage commun au cours de ce dernier siècle, de confier aux infirmières, sans règles précises, de nouveaux actes médicaux au fur et à mesure que les interventions en soins de santé se multipliaient.³⁷⁴ Malheureusement, en 1966, une infirmière fut condamnée pour avoir posé un acte médical qui relevait du champ exclusif de la médecine et ce, même si elle avait l'habitude de faire l'acte.³⁷⁵ C'est alors que les infirmières ont fait des pressions pour que leur champ d'exercice soit défini légalement dans la Loi.³⁷⁶

S'ajoutent à cela les exigences nouvelles des soins de santé qui ont initié le développement d'une pratique de la médecine globale axée sur des services professionnels moins fragmentés, complets et continus. L'Office des professions (OPQ) a donc choisi une procédure réglementaire comme mécanisme de partage des actes professionnels qui fut adopté par le législateur dans le but de favoriser la collaboration entre les professions. La politique qui en découla voulait que des

373. GOULET, D., *Histoire du Collège des médecins du Québec 1847-1997*, Collège des médecins du Québec, Montréal, 1997, 263 p., p. 208.

374. *Ibid.*

375. *Filion c. Hôpital Ste-Justine*, C.S. Montréal, no 500-05-521137-66, 28 fév. 1966; conf. C.A. Montréal, no 500-09-009371-68, 30. déc. 1968.

376. GOULET, D., *supra* note 373, p.208.

règles précises soient élaborées par la Corporation déléguante afin d'en venir à une interprétation commune des acteurs impliqués.³⁷⁷ Nous verrons que l'application de cette politique de délégation n'a pas eu l'effet escompté par le législateur en plus de s'avérer un exercice douloureux pour les corporations professionnelles.

4.1 Historique de la délégation

La délégation des actes fut conçue dans le cadre de la Politique de réforme des services sociaux-sanitaires du début des années 1970 et avait pour but d'assouplir les frontières entre les champs d'exercice professionnels et de favoriser la collaboration entre les professionnels concernés afin de tendre vers des soins de santé globaux.³⁷⁸

L'octroi à certains professionnels tels les médecins de privilèges d'exercice exclusif par le Code des professions cloisonnait leur champ de pratique. La délégation des actes fut alors prescrite par ce même Code en 1974 comme mesure permettant d'éviter précisément que l'octroi de ces privilèges d'exercice ne fasse obstacle à la collaboration interprofessionnelle.³⁷⁹

Dès lors, des négociations entre la Corporation professionnelle des médecins (CPMQ), des infirmières, l'Office des professions et le Ministère responsable de l'application du Code des professions ont débuté et ont duré 6 ans. C'est un décret ministériel qui a dû sanctionner ce règlement de la délégation des actes médicaux en juin 1980.³⁸⁰

Au début, il va s'en dire que les médecins ne croyaient pas à la pertinence de ce mécanisme. Ils disaient déjà pratiquer une délégation assez libérale. L'OIIQ, elle, voyait dans la délégation une protection légale pour ses membres en cas de poursuites pour exercice illégal comme ce fut le

377. DUSSAULT, G., "La politique de la délégation des actes professionnels au Québec", *Analyse de Politiques*, 1985, 11:2, p. 218 à 226, p.218.

378. *Ibid.*

379. *Id.*, p.219.

380. *Ibid.*

cas pour garde Magnan en plus de préciser les frontières entre les deux champs professionnels.³⁸¹

En 1976, la Corporation médicale dépose un projet de règlement auquel l'OIIQ s'oppose vivement en affirmant entre autre que les médecins leur délèguent des actes qui relèvent déjà de leur pratique (ex.: l'administration de médicament per os).³⁸² Les médecins ont alors révisé leur projet en réduisant de 72 à 42 le nombre d'actes. Après de nombreux efforts de conciliation infructueux, l'Office des professions reconnut finalement en 1978 qu'il serait impossible d'établir un consensus entre les deux corporations. Au printemps 1979, une commission parlementaire fut tenue permettant aux parties de se faire entendre. Il n'en résulta que des modifications mineures et un décret allant plutôt dans le sens de la position des médecins fut adopté en 1980.³⁸³ De là, le règlement actuel qui fut modifié à quelques reprises depuis les 20 dernières années.

Ce processus explique pourquoi nous retrouvons, dans le règlement actuel, une partie des actes délégués qui ne devraient pas s'y trouver puisqu'étant des actes que les infirmières peuvent légalement poser en vertu de leurs habilitations.³⁸⁴

En 1983, une étude démontre que 25 à 30% des établissements de santé seulement appliquent ce décret.³⁸⁵ Il demeure aujourd'hui encore peu appliqué du fait de sa désuétude.

4.2. Les conséquences de cette délégation réglementaire

Le problème du partage des actes fut d'abord traité sous l'angle du juridisme plutôt que sous l'angle relationnel entre professionnels de la santé. L'OPQ a donc imposé aux différents acteurs un processus de discussions et de négociations malgré eux. En effet, la CPMQ croit qu'«il vaudrait mieux [en l'absence d'une entente] ne pas avoir de règlement et laisser évoluer la situation , plutôt

381. *Ibid.*

382. *Ibid.*

383. *Id.*, p.220.

384. Voir *infra* p. 135.

385. DUSSAULT, G., *supra* note 377, p.220.

que de créer le chaos dans le milieu de la santé». ³⁸⁶ Les enjeux ne sont pas si importants pour les médecins puisqu'ils délèguent déjà depuis longtemps plusieurs actes médicaux sans cadre formel.

Ils ne souhaitent que légaliser leur pratique courante. ³⁸⁷ Selon Dussault, la délégation juridique n'a fait qu'offrir aux professions l'occasion de raffermir les frontières de ce qu'elle considéraient comme leur territoire légitime. ³⁸⁸ Une situation d'affrontement fut donc créée alors que l'objectif était plutôt de susciter la collaboration professionnelle. Les corporations se voyaient défendre leur propres intérêts sans égard à l'esprit initial de la délégation pour finalement se voir imposer une réglementation par décret faute d'entente.

Le lecteur comprendra alors pourquoi il est toujours aussi difficile d'appliquer le règlement à la lettre et que les processus de modifications à y être apportés sont laborieux et suscitent de nombreuses discussions. Abordons maintenant le détails du règlement et ses applications.

4.3. Le règlement

L'origine légale de la délégation des actes vient de la loi médicale. En effet, elle stipule que nul ne peut poser l'un des actes décrits à l'article 31 s'il n'est pas médecin à l'exception d'une personne faisant partie d'une classe de personnes visée dans le règlement des actes médicaux délégués pourvu qu'elle les pose suivant les conditions qui y sont prescrites ³⁸⁹. Et c'est cette même loi qui oblige l'ordre professionnel des médecins via son Bureau à établir ce règlement afin de permettre à d'autres classes de personnes telles les infirmières de poser des actes réservés à ses membres ³⁹⁰.

386. CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le Bulletin*, 19:4, avril 1979, p.1.

387. GOULET, D., *supra* note 373, p. 210.

388. DUSSAULT, G., *supra* note 377, p. 224.

389. *Loi médicale*, *supra* note 96, art. 43.

390. *Id.*, art. 19 b).

Ce règlement des actes médicaux délégués permet donc à l'infirmière, entre autres, de poser certains actes énumérés aux annexes du règlement et qui relèvent normalement de la compétence du médecin. Bien entendu, ce règlement encadre l'exercice de ces actes en déterminant les situations et les conditions dans lesquelles elle pourra les pratiquer.

4.4. Définitions

Commençons d'abord par définir certains termes dans le but de faciliter l'analyse du règlement qui suivra.

4.4.1. Procédé de soins:

Le procédé de soins est une description écrite des différentes procédures, méthodes et limites, propres au milieu, qui doit être observé par quiconque lorsqu'un acte autorisé est posé ...³⁹¹, consigné dans un cahier et disponible dans les différents services. Ces procédés de soins sont établis par le directeur des soins infirmiers en tenant compte de l'organisation clinique du milieu.³⁹²

4.4.2. Technique de soins:

Une technique de soins est une activité qui est effectuée à la suite d'une prescription de médicaments ou de traitements pour un patient en particulier.³⁹³ Rappelons que toute activité de soins prescrite est partie intégrante de l'exercice infirmier et se rattache au fait de "prodiguer des soins selon une ordonnance médicale"³⁹⁴. Son exécution relève de la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Cette activité de soins est effectuée en respectant les normes d'exécution inhérentes

391. *Règlement concernant les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers*, R.R.Q., c. I-8, r.1, art. 1.01 h).

392. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Règlement des actes infirmiers, règlement des actes médicaux*, Montréal, octobre 1980, 45 p., p. 6.

393. *Id.*, p. 16.

394. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, *supra* note 81, art. 36.

à l'exercice de la profession d'infirmière.

L'ordonnance médicale individuelle est l'unique condition ou exigence requise pour que l'infirmière prodigue ces soins. Ainsi, tous les soins énumérés ci-dessous ³⁹⁵ et qui font partie de l'annexe A du règlement doivent être exécutés par l'infirmière à domicile lorsque le médecin les prescrit pour un patient et ce selon le procédé de soins établi dans son milieu par le directeur des soins infirmiers (DSI) :

- A-1.01 Changer le tube de gastrsostomie.
- A-1.02 Enlever les tubes à cystostomie.
- A-1.03 Faire un lavage vésical avec ou sans médication.
- A-1.04 Injecter du sérum physiologique dans la trachée d'un trachéotomisé pour fluidifier les sécrétions bronchiques.
- A-1.05 Faire l'irrigation de l'oeil.
- A-1.06 Administrer des vaccins ou des sérums.
- A-1.11 Installer un tube gastrique.
- A-1.13 Faire un lavage d'oreilles.
- A-1.14 Administrer et décrire les résultats des tests diagnostiques.
- A-1.15 Administrer et décrire les résultats des tests d'allergie.
- A-1.16 Administrer des vaccins de désensibilisation.
- A-1.17 Administrer toute médication ou substance par voie intraveineuse sauf dans la veine fémorale et la veine jugulaire.
- A-1.18 Administrer un médicament *per os*.
- A-1.30 Appliquer le garrot pneumatique.
- A-1.38 Procéder au lavage vésical chez un greffé rénal.

Dans le cas de ces actes prescrits, l'infirmière n'est pas soumise au règlement d'autorisation des actes médicaux même si cet acte fait partie de la liste des actes médicaux délégués dans l'annexe A. Il s'agit ici d'actes infirmiers devant être posés sous ordonnance médicale. En fait, ces

395. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *supra* note 392, p. 17.

actes sont indiqués à l'annexe A et soumis à certaines modalités dans l'éventualité d'une ordonnance permanente soit la délégation de la décision de poser l'acte.

4.4.3. Ordonnance permanente:

L'ordonnance permanente permet à toute infirmière ayant les connaissances et la préparation suffisantes, de prendre la décision et de poser un acte prévu à l'annexe A du Règlement.³⁹⁶ Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) détermine d'abord les actes, parmi ceux énumérés à l'annexe A du règlement, que l'infirmière sera autorisée à poser dans son établissement. Ensuite, il fixe les conditions relatives à la prise de décision et à l'exécution de ces actes par protocole. Ce protocole servira de guide clinique pour poser certains actes ou pour procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre l'ordonnance individuelle, chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance.³⁹⁷ En d'autres termes, elle indique comment en arriver à poser un acte déterminé sans qu'un médecin l'ait prescrit individuellement. Pour être valable et applicable dans le milieu, elle doit être approuvée par le conseil d'administration (CA) de l'établissement. Lorsqu'elle prend l'initiative de poser un tel acte dans une situation prédéterminée, elle se doit aussi de le faire selon les étapes indiquées au procédé de soins.

4.4.4. Protocole:

Le protocole est la même chose que le procédé de soins sauf qu'il se trouve établi par le CMDP de l'établissement ou par le chef de département clinique après consultation du DSI.³⁹⁸ Finalement, c'est un instrument qui guide l'action de l'infirmière à domicile étape par étape en lui indiquant la démarche à suivre lorsqu'elle prend l'initiative d'intervenir. «Il peut également contenir

396. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (en collaboration avec l'OIIQ, la Fédération des CLSC du Québec et l'AHQ), *Interprétation commune de la responsabilité de différents acteurs dans les soins à la personne malade*, Montréal, mars 1997, p. 2. (Sp.).

397. *Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, supra note 3, art. 1.01 h).

398. *Id.*, art. 1.01 j).

des données cliniques spécifiques en regard de certaines situations relevant du domaine de la médecine. »³⁹⁹

Par exemple, l'infirmière pourrait être habilitée par règlement, à administrer à domicile un médicament "x" en présence de signes et symptômes présentés par le patient et identifiés dans un protocole particulier dans son milieu tout en respectant l'encadrement clinique requis dans ce protocole.

L'administration d'un médicament est un acte infirmier requérant une ordonnance individuelle ou permanente mais un protocole peut aussi être élaboré pour diriger l'exécution d'un acte qui relève des connaissances et des habiletés d'un médecin

En résumé, voici les termes sous forme de tableau qui permettra de les distinguer:

Caractéristiques \Termes	Procédé de soins	Technique de soins	Ordonnance permanente	Protocole
Description écrite des procédures, méthodes, limites	V	V	V	V
Activité de soins suite à une ordonnance individuelle		V		
Conduite à tenir			V	V
Situation prédéterminée			V	
Établi(e) par DSI	V	V		DSI consultée
Établi(e) par CMDP			V	V
Approuvé(e) par CA			V	

399. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *supra* note 392, p.18.

L'énumération des actes médicaux délégués couvre trois annexes: l'annexe A, l'annexe B et l'annexe C. Les infirmières peuvent poser les actes de l'annexe A.⁴⁰⁰ Concernant les annexes B et C du Règlement, certains de ces actes font déjà partie de l'exercice infirmier⁴⁰¹. L'infirmière ne tient donc pas contre de l'encadrement de ce règlement lorsqu'elle exécute ces actes puisque rien dans ce règlement ne doit restreindre le droit que confère déjà une loi (dont celle des infirmières) de poser l'acte.⁴⁰²

4.5. Comment doit se faire la délégation des actes dans les milieux de santé?⁴⁰³

C'est le CA de l'établissement via son CMDP qui

1. désigne, parmi les actes énumérés à l'annexe A du règlement, ceux qui pourront être posés par les infirmières
2. permet qu'un ou plusieurs des actes qui doivent être posés sur ordonnance médicale, soient posés sous l'autorité d'une ordonnance permanente⁴⁰⁴

Ex.: Installer un soluté D 5% dans l'eau afin d'injecter rapidement une médication et ce dans les cas d'inconscience, d'allergie grave, d'asthme sévère, d'arrêt respiratoire ou cardiaque ou de convulsions.

3. détermine, s'il y a lieu, les conditions locales requises pour poser l'acte.

Exemples de conditions locales: - ordonnance permanente

- secteur d'activités visé
- surveillance à distance, sur place ou immédiate
- selon protocole

400. Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, *supra* note 3, art. 5.01.

401. Loi sur les infirmières et les infirmiers, *supra* note 81, art. 36.

402. Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale [...], *supra* note 3, art. 6.01 b).

403. *Id.*, art. 3.03.

404. *Id.*, art. 3.02.

Les trois points cités ci-haut se font donc par règlement adopté par le CMDP et approuvé par le CA de l'établissement.

4.6. Les conditions d'exécution

Deux types de conditions sont essentielles à la délégation de l'acte pour être conforme au Règlement soient les conditions rattachées à la personne et les conditions rattachées à l'acte lui-même. Décrivons brièvement ces exigences:

4.6.1. Conditions rattachées à la personne

La personne habilitée doit d'abord détenir un des titres de compétence énumérés au Règlement.⁴⁰⁵ De plus, elle doit posséder les connaissances et la préparation suffisantes pour exécuter l'acte.⁴⁰⁶

4.6.2. Conditions rattachées à l'acte

Plusieurs modalités liées à l'exécution sont indispensables pour que l'acte soit délégué. Il s'agit entre autres de la présence de l'ordonnance médicale, d'un protocole et la surveillance appropriée lorsque requis. L'ordonnance médicale peut être délivrée soit sur une base individuelle soit sur une base permanente.⁴⁰⁷ Le protocole, pour sa part, doit être établi par le C.M.D.P. ou par le chef de département clinique (après consultation au D.S.I.). Lorsque l'acte à poser peut être fait hors établissement, c'est le médecin traitant ou, en son absence, le médecin responsable de l'utilisateur qui l'établi.⁴⁰⁸ Enfin, trois degrés de surveillance peuvent être exigés pour poser l'acte: surveillance

405. *Id.*, art. 5.01.

406. *Id.*, art. 2.02

407. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p. 96.

Voir la définition de l'ordonnance permanente p. 134.

408. *Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale [...], supra* note 3, art. 1.01.j)

immédiate, sur place ou immédiate. Le Règlement a pris soins de les définir comme suit:

- A) Surveillance immédiate: exige la présence physique d'un médecin auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte. ⁴⁰⁹
- B) Surveillance sur place: exige la disponibilité d'un médecin présent dans l'immeuble dans lequel est exécuté un acte permettant ainsi une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai si cela s'avérait nécessaire. ⁴¹⁰
- C) Surveillance à distance: consiste à s'assurer de la disponibilité d'un médecin lors de l'exécution d'un acte afin de permettre une intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable. ⁴¹¹

Il n'y a pas plus de précision dans le Règlement concernant les délais d'intervention du médecin en cas d'urgence ou de complications. «Chaque situation est donc appréciée selon les standards déterminés par les règles de l'art.[...] Le médecin disponible doit être suffisamment familier avec l'acte posé pour être en mesure d'intervenir efficacement.» ⁴¹²

4.7. La responsabilité de l'établissement

La responsabilité de l'établissement quant à lui se trouve au niveau du développement de mécanismes qui assureront le respect des exigences de surveillance médicale nécessaire prévues au règlement. De plus, il doit veiller à ce que l'infirmière qui pose un acte délégué le fasse selon les conditions qu'il a lui-même déterminées au règlement ⁴¹³. En fait, l'établissement a le devoir de retirer le droit qu'a une infirmière de poser l'acte autorisé si elle n'est pas suffisamment préparée et connaissante, si elle ne respecte pas les conditions exigées au règlement ou si elle ne respecte pas

409. *Id.*, art. 1.01 k).

410. *Id.*, art. 1.01 l).

411. *Id.*, art. 1.01 m).

412. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p. 97.

413. *Id.*, art. 4.01.

les conditions locales.⁴¹⁴ Selon le règlement l'infirmière serait elle-même fautive d'agir ainsi⁴¹⁵ mais on signifie ici que l'établissement aussi à sa part de responsabilité et se doit d'intervenir dans de pareils cas. Le jugement *Filion c. Hôpital Ste-Justine*⁴¹⁶ illustre bien ce fait. La Cour a retenu la responsabilité de Garde Magnan pour avoir posé un acte réservé au médecin (la véni-puncture) sans suivre la technique reconnue. Cette faute entraîna une thrombose de la jambe de l'enfant et ensuite l'amputation. Et l'établissement fut aussi reconnu coupable pour avoir toléré que ses infirmières posent des actes médicaux sans contrôle, dans un cadre différent de celui prévu par la loi et le Règlement.

Les mêmes règles s'appliquent à l'établissement qui fait appel à une infirmière provenant d'une agence pour prodiguer des soins dans son établissement pour un quart de travail donné. Il doit s'assurer que cette dernière a la compétence, la formation et la préparation requise pour exécuter les soins faute de quoi il engage sa propre responsabilité de même que celle de l'infirmière. Cette infirmière doit elle aussi s'assurer qu'elle est en mesure d'exécuter les soins en vertu des lois et de son Code de déontologie.

4.8. La responsabilité civile de l'infirmière à domicile dans l'exercice des actes délégués

Il s'avère important de mentionner que lorsqu'un établissement détermine qu'un acte sera délégué à l'infirmière, il fait partie de la responsabilité découlant du poste que l'infirmière occupe. A titre d'exemple, si l'irrigation de l'oeil a été désigné par l'établissement et qu'il a spécifié dans ses conditions locales " au maintien à domicile" , toutes les infirmières à domicile doivent posséder les connaissances et la préparation nécessaires pour poser l'acte. Si une des infirmières ne les a pas, elle est tenue de refuser de poser l'acte et d'en avertir son supérieur immédiat. Des mécanismes devront être mis à sa disposition afin d'être en mesure de poser l'acte le plus tôt possible. La

414. *Id.*, art. 4.03.

415. *Id.*, art. 2.02 et 2.03.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, supra note 131, art. 3.01.01.

416. *Filion c. Hôpital Ste-Justine, supra* note 375.

première étape à franchir pour évaluer la responsabilité civile de l'infirmière impliquée est de déterminer si l'acte en était un médical et dans l'affirmative, s'il a été légalement délégué dans l'établissement. Sinon, l'infirmière sera jugée comme un médecin moyennement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Et si l'acte a été délégué adéquatement, la Cour cherchera à savoir s'il fut légalement posé. Ainsi, l'infirmière à domicile avait-elle les connaissances et la préparation nécessaires à son accomplissement? Fut-il prodigué selon les conditions exigées au Règlement à savoir le protocole, l'ordonnance médicale, la surveillance. ⁴¹⁷

4.9. Le contrôle des actes délégués

Le Règlement exige que tout établissement, ou s'il ne s'agit pas d'un établissement, tout médecin traitant ou, en son absence, tout médecin responsable du patient s'assure que les conditions exigées sont remplies par l'infirmière habilitée. ⁴¹⁸ De plus, tout médecin responsable du patient se doit, s'il le juge nécessaire et eu égard à la nature et à l'importance de l'acte, contrôler son exécution. ⁴¹⁹

Toutefois, ce Règlement est en vigueur depuis juin 1980. Tous les intéressés par ce dernier s'entendent pour dire qu'il est dépassé. La réforme du système de santé, la transformation du système professionnel, les progrès scientifiques, technologiques et pharmacologiques, les nouveaux besoins en plus d'être accrus chez une population vieillissante rendent l'expertise infirmière plus importante que jamais. D'ailleurs, le comité de révision des actes, créé par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, révisé actuellement ce Règlement. Il reçoit et étudie les demandes de modifications à y apporter en plus de son mandat de surveillance de son application. ⁴²⁰

417. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p.100.

418. *Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, *supra* note 3, art. 4.01.

419. *Id.*, art. 4.02.

420. *Id.*, art. 4.04.

4.10. L'impact des ententes inter-établissements dans la délégation des actes

Avec le retour hâtif des usagers à domicile, la pratique actuelle des milieux tend de plus en plus vers les ententes inter-établissements ⁴²¹. Elles sont aussi appelées ententes cadres ou protocoles d'ententes. Ces dernières ont pour but de faciliter le retour ou le maintien sécuritaire à domicile des usagers par une organisation de services assurant la continuité des soins et un soutien aux usagers et aux intervenants. Elles visent le développement coordonné d'alternatives à l'hospitalisation. Y sont précisés la nature des services qui seront offert à domicile ou en CLSC, les objectifs poursuivis, les clientèles visées, les critères d'admissibilité et d'exclusion, les modalités de référence (accessibilité aux services), le partage des responsabilités des différents acteurs, les services à mettre en place par chacun des partenaires, formation du personnel etc. Ces ententes cadres sont l'objet d'un contrat signé par les directeurs généraux des CH et CLSC impliqués et déposées à la régie régionale ⁴²².

Dans un deuxième temps, des ententes plus spécifiques sont conclues entre les établissements en considérant les mêmes éléments à préciser. ⁴²³ Par exemple, il y aurait un protocole d'entente pour chacun des services suivants: antibiothérapie, soins postopératoires, chimiothérapie, soins palliatifs, diabétothérapie, anticoagulothérapie, pré et post accouchement etc. Des comités de travail sont mis sur pied pour élaborer ces ententes en les adaptant au contexte actuel du système de santé et les mettre à jour régulièrement. Ils sont formés d'un représentant du CMDP de plusieurs établissements, des infirmières de liaison, des infirmières cliniciennes, des médecins spécialistes, des chefs de services, des directeurs de programme, divers autres professionnels etc.

421. Voir annexe 11 pour exemples.

422. L.R.Q., c. S-4.2, art. 108 al .4.

423. Voir annexe 12 pour exemple.

Cependant, ces protocoles d'entente ne sont pas toujours complets, connus des intervenants et respectés. Pourtant, ils sont exigés par la loi qui stipule que tout établissement doit

« veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements ... et que l'organisation de ces services tiennent compte des besoins de la population à desservir ». ⁴²⁴

Ils font partie du plan d'organisation des services qui doivent identifier entre autres la contribution de l'établissement dans l'atteinte des objectifs formulés dans la politique ou le programme. ⁴²⁵

L'impact de ces ententes a comme effet légal de dispenser le CLSC de déléguer des actes complexes et spécialisés du champ d'expertise du CH. En droit, une loi est plus forte qu'un règlement. Il est clairement indiqué dans ces ententes que le médecin traitant de l'utilisateur n'est pas le médecin de famille mais plutôt le médecin spécialiste qui le suit pour cette épisode de soins et qui le réfère au CLSC pour obtenir des services spécialisés à domicile. L'article 4.02 du Règlement appuie cet énoncé en mentionnant que c'est effectivement le médecin responsable du bénéficiaire qui doit contrôler l'exécution de l'acte et s'assurer qu'il y a indication d'y procéder et non un médecin du CLSC. Par conséquent, le CLSC n'a donc pas via, son CMDP, à adopter des protocoles de soins qui ne sont pas les siens. La couverture de l'acte au niveau de la supervision médicale, de la formation visant l'acquisition des habiletés de l'infirmière à domicile etc. est ainsi assurée par le CH.

En raison des imprécisions et des difficultés d'interprétation du Règlement, la meilleure démarche que l'infirmière peut faire avant de poser un acte est de partir de sa propre habilitation légale.

424. L.R.Q., c. S-4.2, art. 101 al. 4.

425. *Id.*, art. 347.

4.11. Cadre juridique de l'exercice infirmier

Avant de poser un acte, l'infirmière doit se poser quatre questions qui lui permettront de délimiter son champ d'exercice:

A) L'acte fait-il partie de l'exercice infirmier décrit aux articles 36-37 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers?

« ... acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes diagnostiques, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.»

« ... renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.»

Il faut aussi tenir compte des actes implicites que la loi permet. Par exemple, le médecin prescrit une formule sanguine complète pour un patient. L'acte implicite est ici le prélèvement sanguin qui est autorisé aux infirmières de par le fait de contribuer aux méthodes diagnostiques et d'intervenir selon une prescription médicale.

La définition très vague de l'exercice infirmier peut semer un doute ou une difficulté d'interprétation chez toute infirmière. Par déduction, nous pouvons conclure que la liste des actes énumérés aux annexes A et B du Règlement sur les actes infirmiers délégués⁴²⁵ font partie de l'exercice infirmier. Plus précise que la définition de l'exercice infirmier, quoique loin d'être exhaustive, elle pourra répondre dans une certaine mesure à l'interrogation de l'infirmière.

425. Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers, *supra* note 391.

B) 1. L'acte fait-il partie de l'exercice de la médecine décrit aux articles 31 et 32 de la Loi médicale?

« ... acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain.

... comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. »

« ... donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé. »

2. Dans l'affirmative, l'acte concerné fait-il partie des actes de l'annexe A du Règlement qui peuvent être délégués? Et est-ce que l'établissement m'autorise à le poser ?

Rappelons ici qu'un établissement ne peut ajouter d'autres actes médicaux à la liste de l'annexe A. Il doit absolument s'en tenir à cette liste. Seul le Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec est autorisé, par règlement, à ajouter des actes à cette liste.⁴²⁶

C) Est-ce que je possède les connaissances et les habiletés requises⁴²⁷ pour poser l'acte? Ai-je reçu une formation académique ou en cours d'emploi m'habilitant à le poser?

Si l'une ou l'autre des deux premières questions est affirmative et que la dernière l'est aussi, cela signifie que l'infirmière a le droit légalement de le poser.

4.12. Le champ d'exercice perçu par les milieux

Nos recherches nous ont permis de se rendre à l'évidence quant à la perception de la Loi par les milieux de santé et les corporations professionnelles. En résumé, les frontières entre les professions de santé ont tendances à devenir de plus en plus floues. Les lois professionnelles et

⁴²⁶. Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, *supra* note 3, art. 3.03.

⁴²⁷. *Id.*, art. 2.02.

les règlements ne sont tellement plus adaptés à la pratique actuelle en constante évolution que l'esprit de ces textes législatifs a disparu. Chaque milieu les interprète à leur façon et leur donne sa propre couleur. Un comité de travail sur les actes autorisés fut formé et composé de membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers, du Collège des médecins, de l'Association des hôpitaux et de la Fédération des CLSC. Il en est venu à une interprétation commune de la responsabilité de différents acteurs dans les soins à la personne malade, titre du document de référence.⁴²⁸ Deux éléments ont particulièrement attiré notre attention dans ce texte. Partant de la prémisse que le but de la délégation des actes est de permettre la prise de décision et l'initiative par l'infirmière à domicile de poser l'acte, ce comité, lorsqu'il parle communément d'actes délégués, fait référence aux actes autorisés par ordonnances permanentes. Donc, lorsque le Règlement exige une ordonnance médicale, c'est ici une ordonnance permanente à laquelle on fait allusion. Si l'acte était prescrit pour un patient en particulier, cet acte ne constituerait pas en soi un acte délégué au sens du règlement.⁴²⁹ Les auteurs Ménard et Martin ne sont pas de cet avis puisqu'ils affirment que l'ordonnance, pour réaliser l'acte délégué, peut être délivrée soit sur une base individuelle soit sur une base permanente.⁴³⁰ Le Règlement donne raison à ces derniers en stipulant que

«Tout établissement peut permettre qu'un ou plusieurs des actes qui, selon les annexes, doivent être posés sur ordonnance médicale, soient posés sous l'autorité d'une ordonnance permanente.»⁴³¹

La discrétion serait donc laissée à l'établissement de décider si les actes délégués qui requièrent une prescription médicale dans le Règlement seront posés suite à une ordonnance permanente ou individuelle. D'une interprétation à l'autre, la tangente diffère considérablement. L'allégation qui écarte tout acte prescrit individuellement du processus de délégation n'est alors plus valide.

428. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *supra* note 390.

429. *Id.*, p.3.

430. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p. 96.

431. *Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, *supra* note 3, art. 3.02.

Dans un deuxième temps, le texte de ce comité de travail fait la différence entre le protocole en application dans l'établissement qui emploie l'infirmière à domicile au sens du Règlement et le protocole de soins qui suit l'infirmière et qui provient du CH. Ce dernier étant une description des procédures et des soins dans le cadre d'une épisode de soins prescrit individuellement et accepté par un service clinique spécialisé (ex.: oncologie).⁴³² Ce protocole n'étant pas un protocole au sens du Règlement, le CMDP de l'établissement n'a donc pas à l'entériner. Nous sommes d'accord avec le comité qu'il serait tout à fait surprenant que le CLSC prenne la responsabilité d'un protocole de chimiothérapie par exemple qui serait exclusivement celui d'un CH à moins d'aller chercher l'expertise d'un médecin spécialiste tel l'oncologue.⁴³³ En effet la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule qu'un établissement doit lui-même dispenser les services de santé ou les faire dispenser par un autre établissement⁴³⁴ via une entente pour la prestation ou l'échange de services professionnels et \ ou de services de santé.⁴³⁵ Alors, cette entente couvrirait entre autre tout ce qui se rapporte à l'encadrement médical spécialisé requis pour poser l'acte. Le fait que cette entente ne serait pas valide si le médecin retenu pour assurer ces services professionnels exerce dans un établissement pour lequel aucun CMDP n'est institué (rarissime)⁴³⁶ signifie que la volonté du législateur traduit dans cette article était sans nul doute que l'entente et les conditions qui s'y rattachent doivent être entérinées par le CMDP et le CA puis déposées à la régie régionale⁴³⁷. Le CMDP et du CLSC transfère donc son obligation de surveillance et de contrôle de ces actes délégués spécialisés à l'hôpital. Ce qui implique aussi qu'il y aurait une disponibilité en tout temps du personnel hospitalier y compris le médecin spécialiste lors d'une complication ou d'une simple ambiguïté puisque le service à domicile est offert en tout temps et qu'il s'avère très difficile de prévoir tout ce qui peut survenir comme complication dans un protocole de cette envergure.

432. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *supra* note 396, p. 6.

433. *Id.*, p.7.

434. L.R.Q., c. S-4.2, art. 101 al. 2.

435. *Id.*, art. 108.

436. *Id.*, art. 109, al. 4.

437. *Id.*, art. 108, al. 4.

Toutefois, la nuance est mince entre les deux protocoles mentionnés au début du paragraphe précédant. Leur contenu est similaire, les conditions d'application aussi si on adhère à la théorie que l'acte peut être posé soit sous l'autorité d'une ordonnance permanente ou individuelle. Pour ce qui est de leur acceptation, il est normal à nos yeux qu'un protocole pour un acte complexe et spécialisé soit adopté au préalable par une spécialité alors que pour un acte plus général, le statut quo dans la procédure d'adoption demeure. La seule procédure légale qui permet de déléguer un acte, rappelons-le, est l'adoption d'un Règlement par le Bureau de la Corporation professionnelle des médecins après avoir consulté l'Office des professions et les corporations professionnelles visées.⁴³⁸

Soulignons cependant que les Corporations professionnelles demeurent actives dans le dossier en vue de faire évoluer la législation. Par exemple, l'OIIQ a entrepris «une révision du champ d'exercice et à réaliser un étude descriptive de la pratique infirmière avancée. Plusieurs étapes sont prévues:

- 1) un examen du contenu des lois américaines et canadiennes qui définissent les champs d'exercice infirmier ainsi que leurs normes de la pratique professionnelle;
- 2) une revue de la littérature scientifique en sciences infirmières;
- 3) des groupes de discussion sur ce que doit être la profession de demain.

Une fois ces étapes franchies, l'OIIQ compte déposer un mémoire à l'Office des professions du Québec. Ce mémoire contiendra notamment des recommandations pour la modification des articles 36 et 37 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, afin qu'il reflète davantage la complexité et la diversité de la pratique infirmière »⁴³⁹.

Mais d'ici là, le besoin d'élargir le champ d'exercice est criant et se fait sentir au quotidien. Il faut être patient avant que la Loi et les règlements soient modifiés et entrent en vigueur. Le

438. MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *supra* note 108, p. 94.

439. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, "Les infirmières devront préciser leur place dans le système de santé", *Le Journal*, 7:3, janvier \ février 2000, p.2.

problème majeur, c'est que la jurisprudence interprète restrictivement⁴⁴⁰ le libellé de l'article 36 et 37 de la Loi alors que les milieux l'interprètent très largement. Il est étonnant de constater que, pour sa part, l'exercice de la médecine est interprété largement par les tribunaux. C'est ce que démontre l'arrêt *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Larivière*⁴⁴¹ où la dissidence de Mme le juge l'Heureux-Dubé fut retenue. Pour elle, c'est l'intention derrière l'acte qui est à considérer et la valeur thérapeutique des traitements ou moyens utilisés ne sont pas pertinents. Aussi, dans *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, l'analyse qui en est faite affirme que la jurisprudence est unanime à reconnaître aux médecins un champ d'exercice vaste en ce qui concerne les soins de santé.⁴⁴² Plus récemment, la Cour du Québec dans *Collège des médecins du Québec c. Demers*⁴⁴³ abonde dans ce sens en disant qu'il fallait donner à l'exercice de la médecine toute sa valeur. Il y a lieu de constater que les tribunaux hiérarchisent la profession médicale par rapport à celle infirmière.

Illustrons maintenant l'interprétation des milieux par des exemples concrets. Leur principe est tel qu'aussitôt qu'un médecin prescrit, l'infirmière à domicile exécute l'acte requis dans la mesure où elle est habilitée à le faire. L'infirmière exerce ainsi dans le cadre légal de l'exercice de sa profession puisqu'elle prodigue des soins selon une ordonnance médicale. L'infirmière a une prescription, un protocole bien détaillé, les connaissances et la préparation afin de poser l'acte: elle a donc tout ce qui est requis pour l'exécuter. Les Corporations professionnelles n'ont aucun mécanisme écrit, commun que sert de guide à l'interprétation du Règlement. Elles répondent que si l'acte ne fait pas partie des 41 actes délégués aux infirmières, si l'acte est prescrit, l'infirmière l'exécute. À titre d'exemple, nous examinerons un acte en particulier: retirer un cathéter périphérique qui se rend jusque dans la veine cave (Groshong), suite à une chimiothérapie. Dans le règlement, rien n'est mentionné à cet effet. A l'annexe A-1.17 a) du Règlement, il est stipulé que l'infirmière à domicile peut administrer toute médication ou substance par voie intraveineuse sauf dans la veine jugulaire

440. *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, (C.S.), Montréal, no 500-36-001077-976, 1er déc. 1997.

441. *Corporation professionnelle des médecins c. Larivière*, [1984] C.A. 365.

442. *Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, *supra* note 427.

Marcel Durant c. Corporation professionnelle des médecins, [1988], C.S., No. 500-36-000094-840.

443. *Collège des médecins du Québec c. Demers*, [1999] C.S., Montréal, No. AZ-50067939.

et dans la veine fémorale, y compris les substances anticancérigènes. Doit-on conclure que de retirer un tel cathéter intraveineux ferait partie d'un acte implicite? Et si on l'interprète de cette façon, est-ce que ça veut dire que l'infirmière pourrait aussi l'installer? Nous en doutons fort puisqu'il est installé en radiologie par des médecins spécialistes. Et si on s'attarde à l'article A-1.36 du Règlement qui autorise la délégation du retrait d'un cathéter artériel selon certaines conditions, pourrait-on interpréter que l'infirmière à domicile a aussi le droit de retirer le Groshong? Les deux Corporations penchent pour l'affirmative, non pas pour ces motifs mais plutôt pour qu'il y ait prescription individuelle avec un protocole rigoureux rédigé par le service clinique spécialisé (oncologie) et formation des infirmières à domicile.

Le retrait de ce cathéter présente des similitudes à celui du retrait du cathéter épidural en ce qui a trait à la complexité, à l'intensité des risques et aux précautions à observer. Pourtant le retrait du cathéter épidural est considéré comme un acte médical qui est délégué sous certaines conditions.

Le Règlement des actes infirmiers délégués mentionne que l'acte de retirer un cathéter intraveineux de moins de 5 pouces fait partie des actes infirmiers qui peuvent être délégués aux infirmières auxiliaires par exemple. S'il peut être délégué par l'Ordre des infirmières et infirmiers, on en conclut donc que c'est un acte infirmier. Mais que fait-on avec le cathéter de plus de 5 pouces comme c'est le cas du Groshong? A-t-on limité la longueur de cathéter parce qu'il y avait délégation aux auxiliaires ou l'infirmière n'a-t-elle réellement le droit de ne retirer qu'un cathéter de moins de 5 pouces?

Une autre question relativement pertinente est celle de l'installation d'un combitube en situation d'urgence. Ce serait considéré comme un acte infirmier qu'elle peut faire de son propre chef. Mais qu'est-ce qui nous amène à conclure à ce fait sur le plan juridique? Nous pourrions comprendre que les milieux auraient pu interpréter l'article A-1.20 à l'effet que l'acte qu'est de maintenir les voies aériennes libres peut être délégué aux infirmières. Selon le règlement, ce serait un acte médical qui peut être délégué par l'établissement à condition d'avoir une prescription et une surveillance immédiate du médecin. Ajoutons aussi qu'en droit, l'urgence atténue la rigueur des règles d'exécution et permet certains écarts justifiés par le danger à la vie du patient. Donc si le

patient est en arrêt respiratoire et que l'infirmière sait comment installer le combitube, elle procède.⁴⁴⁴

Mais qui peut trancher ces questions véritablement? Faut-il attendre une poursuite en ce sens pour faire avancer la législation? Si la Corporation donne le feu vert à ses membres, et crée par le fait même une pratique courante, c'est qu'elle a les arguments et le pouvoir de les défendre et les justifier. Mais est-ce que les tribunaux sont enclins à prendre en considération les us et coutumes des milieux aussi sécuritaires soient-ils? Si la Corporation tolère ces pratiques de ses membres, est-ce que ce fait pèse dans la balance du tribunal. Certes pas tout autant que la loi en elle-même ou le Règlement.

4.13. Les us et coutumes

Il est bien établi en droit que les médecins sont tenus de se conformer au moins à la norme professionnelle suivie par leurs pairs⁴⁴⁵. Ce principe doit s'appliquer aussi aux infirmières. Toute conduite non conforme à la norme juridique admise, qu'est celle du professionnel moyen placé dans les mêmes circonstances, constitue de la négligence. Si la conformité à la pratique courante exonère généralement le professionnel de la santé telle l'infirmière à domicile de toute responsabilité pour négligence, il arrive parfois que cette pratique constitue en soi de la négligence. Toutefois, ce ne sera que dans les cas où la pratique comporte de «nombreux risques évidents» aux yeux d'un profane⁴⁴⁶. Dans l'affaire *G. v. C. et de Coster*⁴⁴⁷, le médecin oublie une pince hémostatique dans l'abdomen de son patient. Le médecin tente de se disculper en cour en affirmant que dans son hôpital, à cette époque, on ne comptait pas les instruments chirurgicaux avant et après l'intervention. Selon la cour, c'est un usage et une coutume dangereuse. Il se doit de prendre

444. *Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, supra note 3, art. 6.01 e).*

445. *Neuzen c. Korn*, [1993] 81 B.C.L.R. (2d) 39, p.61.

446. *Neuzen c. Korn*, [1995] 3 R.C.S., 674, par. 41.

447. *G. v. C. et de Coster*, [1960] B.R. 161.

toutes les précautions à sa portée ⁴⁴⁸. En effet:

« Le simple bon sens commande que , lorsque des méthodes simples pour éviter un danger ont été conçues, sont connues et sont accessibles, celui qui ne les emploie pas et provoque ainsi un résultat fatal ne peut pas prétexter que d'autres suivent la même pratique imprudente...» ⁴⁴⁹

Même si un pair est venu témoigner de l'usage ou de la pratique générale et que ce témoignage doit être considéré, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas décisif. ⁴⁵⁰ Le tribunal se garde donc le droit de juger des pratiques dangereuses et n'est donc pas lié par ces règles de l'art douteuses.

D'où l'importance pour les milieux professionnels et les établissements de santé de s'auto-réguler et de revoir constamment leurs procédures, leurs techniques et leurs approches afin de s'assurer qu'en aucune circonstance, elles constituent des pratiques dangereuses. On parle ici de la gestion des risques (ex.: investigation des rapports d'accident), de l'évaluation de la qualité des soins etc.

4.14. La problématique de la délégation des actes prodigués à domicile

Le quotidien dans le tourbillon des demandes de services, des soins intenses dispensés directement à l'usager et à sa famille et tout ce qui entourent la gestion des cas (réunions multidisciplinaires pour un patient en particulier, rédaction du dossier, appels téléphoniques, démarches pour l'usager, matériel, liaison etc.), ne reflète pas tout à fait les volontés du législateur. En banlieue métropolitaine, les demandes proviennent des hôpitaux de Montréal et aussi des hôpitaux du territoire. Donc avec la demande, est télécopiée le protocole de soins particulier de l'établissement référent. La formation n'est pas toujours d'emblée ni la mise à jour des nouveautés. Très souvent, l'infirmière à domicile a très peu de temps entre la demande et la visite à domicile

448. *Boudreau-Gingras c. Gilbert*, J.E. 82-446 (C.S.)

449. *Neuzen c. Korn*, *supra* note 445, par. 49.

450. *Id.*, par. 56.

pour étudier le protocole s'il n'est pas clair et faire les démarches au département spécialisé de l'hôpital concerné. Elle apprend par la manipulation, par son expérience et celle des collègues. Ce sont davantage les infirmières à domicile elles-mêmes qui font la demande à leur supérieur d'une formation sur un soin spécifique et complexe avec lequel elles ne se sentent pas bien outillées pour l'exécuter. Pour l'heure, la formation pour les soins reliés à la chimiothérapie est bien planifiée et structurée en plus d'être mise à jour régulièrement par l'hôpital référant. Ce sont des soins nouveaux avec des substances cytotoxiques à manipuler avec lesquels peu d'infirmières sont familières.

Cependant ces actes délégués et ces protocoles doivent suivre les règles prévues au Règlement. Même si ce dernier est désuet, non adapté à la réalité d'aujourd'hui et en révision, il demeure toujours en vigueur. Pour être conformes juridiquement, ils doivent être autorisés par le CMDP de l'établissement et approuvé par le CA. S'il y a délégation de certains actes à faire, elle doit être faite en bonne et due forme comme expliquée plus tôt.

Rappelons qu'en responsabilité civile, l'infirmière qui pose un acte qui relève du médecin sans qu'il ne lui ait été délégué s'expose à un jugement de la part du tribunal comme si elle était un médecin moyennement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances tout à fait comme garde Magnan dans *Filion c. Hôpital Ste-Justine*⁴⁵¹.

Voilà, une nouvelle vague de soins est créée mais a-t-on considéré l'environnement de l'infirmière à domicile? Les protocoles des hôpitaux sont élaborés en fonction du milieu où les ressources sont à la portée de l'infirmière. On ne peut donc les appliquer tel quel en CLSC surtout à domicile puisque les conditions d'application ne sont pas toutes réunies. Nous faisons référence ici à la pharmacie sur place pour l'antidote par exemple, au bloc opératoire, la longueur des délais pour l'intervention d'urgence (ambulance) etc. Le contexte est tel que c'est le patient qui se déplace vers les ressources et non l'inverse comme c'est le cas en milieu hospitalier. On en est venu à prodiguer des soins très "protocolisés" mais qui laissent plus souvent qu'autrement l'infirmière à domicile dans son éternelle solitude professionnelle.

451. *Filion c. Hôpital Ste-Justine*, supra note 375.

L'infirmière à domicile qui éprouve une difficulté à effectuer une technique, a des incertitudes ou fait face à une complication doit communiquer soit avec le médecin responsable du patient ou, en son absence, avec le spécialiste de garde. Il y a aussi l'infirmière experte sur les départements à l'hôpital. Allons plus loin: l'article 4.02 du Règlement mentionne que le médecin responsable du patient doit, s'il le juge nécessaire et eu égard à la nature et à l'importance de l'acte, contrôler l'exécution de l'acte. Et pour pouvoir contrôler un acte, ce serait la moindre des choses que le médecin soit au courant que l'acte se pose! Dans le contexte du domicile, il est très difficile pour un médecin quel qu'il soit de contrôler l'acte en cours.

Pouvons-nous penser que le tribunal serait un peu plus clément envers l'infirmière qui exerce à domicile de par le fait qu'elle se trouve seule avec elle-même. Elle n'a pas les collègues près d'elle qu'elle peut consulter à sa guise. Elle doit faire des démarches téléphoniques pour obtenir un simple avis et ne rejoint pas toujours les personnes capables de lui répondre au moment opportun. Et lorsqu'un pépin survient, elle n'a pas toujours son protocole avec elle qui lui indique la conduite à tenir (sauf ceux des soins très spécialisés et complexes qu'elle apporte à domicile sans faute) à moins qu'il soit prévisible. Elle doit le maîtriser parfaitement. Elle n'a pas de matériel non plus à sa disposition à part son stéthoscope, son appareil à tension, quelques pansements et de l'adrénaline au besoin. En cas d'urgence, elle appelle l'ambulance. Il n'y a pas de médecin dans son équipe qui peut lui venir en aide en cas de besoin. Les médecins de service de maintien à domicile sont souvent eux aussi sur la route et difficiles à rejoindre. Ils ne prennent en charge que leurs patients ou les patients des collègues lorsqu'en service de garde pour les patients suivis dans l'établissement. Sur le plan de la supervision médicale, cette pratique professionnelle ne s'avérerait-elle pas défectueuse même si elle est courante? La Cour a eu l'occasion d'étudier cette question dans l'arrêt *Roberge c. Bolduc*⁴⁵² dans le contexte de la responsabilité civile du notaire nous permettant ainsi d'affirmer que même si un professionnel se conforme à la pratique courante, il s'expose à une action en responsabilité s'il s'avère que cette pratique présente des défauts.⁴⁵³

452. *Roberge c. Bolduc*, [1991] 1 R.C.S. 374

453. *Neuzen c. Korn*, *supra* note 445, par. 42.

En guise de conclusion à ce chapitre, nous pouvons affirmer que la structure du système de la santé, ses modes d'organisation et de distribution des soins ainsi que ses assises juridiques constituent un obstacle voir même un frein à l'adaptation aux réalités actuelles et en constante mutation de la pratique infirmière à domicile. ⁴⁵⁴ Un vide est ainsi créé au chapitre de l'accessibilité et de la supervision médicale dans les actes médicaux délégués.

454. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *supra* note 396, p. 2.

CONCLUSION

Tout comme le dit Mme Desrosiers, "La transformation accélérée du réseau de la santé et le virage ambulatoire ont bousculé les schèmes de références et généré un contexte de travail décloisonné où l'encadrement n'est plus ce qu'il était. Par ailleurs, les changements démographiques et le vieillissement de la population rendent les situations de soins de plus en plus intenses et complexes, exigeant des infirmières une capacité d'adaptation accrue et un champ de connaissance élargi." ⁴⁵⁵ Sa responsabilité civile et professionnelle s'intensifie par le fait même.

Dans le premier chapitre, nous avons pu remarquer à quel point les soins à domicile sont en voie de devenir très pointus. Les programmes de formation des futures infirmières sont actuellement en révision pour les adapter à ces réalités nouvelles du milieu de la santé. La formation à domicile devra avoir aussi sa place spécifique dans ces programmes puisque l'infirmière sera de plus en plus appelée à pratiquer dans ce milieu qu'elle soit employée de l'hôpital, du CLSC ou du secteur privé.

Fort heureusement, il n'a pas eu jusqu'à maintenant au Québec des poursuites en responsabilité civile contre une infirmière à domicile. Cependant, ce service est de plus en plus sollicité. Les infirmières y travaillent d'une façon consciencieuse dans un souci continu d'assurer la sécurité de l'usager et la qualité des services prodigués. Elles voient donc à acquérir mise à jour, formation, habiletés, connaissances etc. et demeurer au fait de tout ce qui peut servir pour venir en aide aux clients et susceptible de leur être demandé comme nouveaux services.

Ces services ne sont pas toujours introduits dans le système des soins à domicile selon les normes et les bonnes procédures. Les pressions viennent de toutes part et la bousculade à la prise de contact des soins à domicile arrive régulièrement. La priorisation que l'infirmière doit faire est parfois impossible car ce sont toutes de lourdes demandes avec des soins complexes et urgents. On veut sauver du temps, des ententes ont été conclues à la table des gestionnaires mais ce ne sont pas

455. DESROSIERS, G. note 4, p.6.

toutes les éventualités qui furent envisagées et résolues. Et c'est dans ce contexte de tensions et de particularités techniques, d'exception avec des ressources insuffisantes et non qualifiées que les erreurs surviennent et peuvent devenir fautives.

La délégation des actes imposés aux professionnels il y a vingt ans ne fut pas pensé pour les soins à domicile. Comment arriver à déléguer des actes médicaux à domicile très spécialisés à des infirmières d'un autre établissement où un CMDP est déjà constitué? La surveillance médicale de ces actes est impossible. Le CMDP de l'établissement où sont prodigués ces actes se voit mal, et avec raison, surveiller des actes qu'il n'a pas délégué à ces infirmières et qui elles-mêmes et avec lesquels elles ne sont pas familières puisque ce sont des actes spécialisés.

Nous sommes forcés d'admettre qu'une déréglementation voir même une dépolitisation de ce mécanisme doit être envisagé. Il est d'ailleurs peu utilisé selon les règles. Chaque instance professionnelle l'adapte à ses besoins et tente de le contourner par divers moyens croyant être ainsi protégée légalement. Il y a là une fausse sécurité créé par cette délégation réglementaire en plus de cloisonner le champ de pratique des professionnels et entraver leur évolution alors que le législateur voulait l'inverse. Il est très laborieux d'en modifier le contenu et même la forme puisqu'il s'agit là d'une corde sensible dans le système juridique des professionnels de la santé. On assiste à des guerres de clocher et de pouvoir interminable. La délégation des actes se faisait bien avant la politique de délégation mais informellement et au sein de relation plus harmonieuse entre les professionnels. Est-ce qu'un retour en arrière serait utopique?

La formulation d'un guide d'interprétation du champ d'exercice du médecin et de l'infirmière suggéré par exemple dans le texte de Dussault ⁴⁵⁶ serait peut-être une avenue intéressante tout en étant plus souple et moins contraignant qu'un règlement. Il pourrait être testé d'une façon expérimentale au début. Sa mise à jour serait faite régulièrement pour s'assurer de sa conformité avec la pratique courante. Une autre avenue analysée est celle du remplacement du mécanisme de délégation d'actes par un mécanismes d'autorisation d'activités. Le champ exercice exclusif serait suppléé par un champ réservé. Des activités partagées, autorisées et exclusives seraient

456. DUSSAULT, G., *supra* note 377, p.225.

identifiées à l'intérieur de ce champ réservé.⁴⁵⁷

Bref, plusieurs solutions sont envisagées par le Conseil interprofessionnel du Québec où plusieurs ordres professionnels dont celle des infirmières sièges. Toutefois, l'absence de concertation entre le CIQ et l'OPQ constitue un obstacle important à la naissance de ce projet de refonte.

L'infirmière à domicile exerce dans un contexte particulièrement difficile où la législation est peu adaptée aux particularités de son travail. Face à l'ampleur croissante que prennent les soins à domicile qui, selon nous, constitue une évolution irréversible du système de santé, il nous apparaît souhaitable et même indispensable de former et d'informer les infirmières à domicile relativement à l'étendue et aux limites de leur responsabilité professionnelle.

457. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, "Réserve et partage d'actes professionnels - Mémoire sur l'approche présentée par l'Office des professions", *Le Collège*, 36:2, juillet 1996, p.20..

ANNEXE 1

Les principales interventions de l'infirmière au sein du programme de ventilation assistée à domicile de l'Institut thoracique de Montréal

- ☞ Ouverture et gestion des dossiers
- ☞ Collecte complète de données, y compris un génogramme
- ☞ Formulation des attentes et des craintes liée à la nouvelle réalité et description des stratégies d'adaptation utilisées par le passé
- ☞ Planification des essais cliniques
- ☞ Coordination des interventions de l'équipe interdisciplinaire, de l'admission à l'hôpital jusqu'au retour à domicile
- ☞ Élaboration de programmes d'enseignement ciblés et applicables à domicile
- ☞ Enseignement à la famille et aux principaux intervenants
- ☞ Distribution à domicile d'une documentation personnalisée sous forme de dossiers
- ☞ Liaison continue et collaboration avec les professionnels de la santé déjà associés au maintien à domicile
- ☞ Soutien à la famille en situation de crise
- ☞ Soutien en période de rechute
- ☞ Accompagnement en fin de vie
- ☞ Suivi des personnes en deuil

ANNEXE 2

Le rôle de l'infirmière au sein du programme des soins palliatifs pédiatriques à domicile de l'Hôpital de Montréal pour enfants

- Rassembler le matériel indispensable au bien-être de l'enfant malade à la maison tel bonbonne d'oxygène, médicaments spécifiques, injections sous-cutanées etc.
- Agit comme personne-ressource au sein du programme
- Responsable de la qualité des soins en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire
- Aider les parents à évaluer et à maîtriser la douleur de l'enfant en utilisant les médicaments prescrits ou d'autres techniques non pharmaceutiques telles les méthodes complémentaires de soins (massage etc.)
- Soutenir et encourager les proches de l'enfant dans leur processus de deuil anticipé
- Coordonner les ressources du milieu et les institutions pour répondre aux besoins de la famille et leur faire de l'enseignement selon les besoins
- Offrir aux familles un service de consultation téléphonique en tout temps (rotation de la garde pour toutes les infirmières du Service qui connaît l'histoire de l'enfant)
- Offrir aux parents le soutien nécessaire et les guider dans les diverses démarches qu'ils doivent effectuer au moment du décès de l'enfant, tels les arrangements funéraires
- Effectuer un suivi approprié après le décès de l'enfant

ANNEXE 3

Le rôle de l'infirmière au service prénatal de maintien à domicile

- Évaluation et supervision de l'état de santé de la femme et du fœtus (surveillance électronique du cœur fœtal et de l'activité utérine, test de réactivité fœtal, prélèvement de sang et d'urine...) et du bien-être psychologique de toute la famille
- Enseignement
- Coordonner l'organisation de test et des traitements
- Coordonner l'intervention des autres professionnels tel médecins, travailleurs sociaux, psychologues, diététistes etc.
- Agente de liaison entre le domicile, l'hôpital et les organismes communautaires
- Personne-ressource pour la clientèle
- Agente d'information à l'hôpital pour faire connaître le service

ANNEXE 4

Protocole de suivi en soins infirmiers post-endocholecystectomie

Chirurgie d'un jour Suivi en trois étapes	Hôpital de l'Enfant-Jésus/ CLSC
1. Inscription au programme régional d'accessibilité continue 24 h/ 7 jours	- un numéro de téléphone est remis au client par l'infirmière de liaison en chirurgie d'un jour
Visite de l'infirmière de soirée	- signes vitaux - surveillance de la plaie - miction - condition générale (douleur, nausée, etc.) - administration d'une substance analgésique (I.M. ou S.C.) si douleur non soulagée par le per os N. B. Si le service régional est utilisé, vous devez envoyer par télécopieur la fiche de référence au Programme de maintien à domicile en plus du formulaire d'inscription au service régional de soirée.
Visite de l'infirmière du CLSC le lendemain matin	- signes vitaux - surveillance de la plaie - miction - condition générale - enseignement prn - fermeture du dossier selon évaluation N.B. 1. Rejoindre en cas d'urgence _____ 2. Le client aura sa médication en sa possession. 3. Détruire l'ampoule analgésique à domicile si non administrée.

ANNEXE 5

Interventions des infirmières assurant la surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile

- Observer les signes cliniques de l'ictère (conjonctives jaunes, urines foncées, etc.)
- Poursuivre l'enseignement auprès des parents
- Mesure du taux de bilirubine transcutanée à l'aide du bilirubinomètre et, au-delà d'un certain résultat, prélèvement sanguin en vue d'une mesure de la bilirubine sérique en laboratoire
- Faire connaître les services du CLSC et les ressources du milieu

ANNEXE 6

INSTRUMENTS RÉGIONAUX D'ÉVALUATION INITIALE



Date: ____/____/____ No. dossier: _____ Profil: _____ No. demande: _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom à la naissance: _____

Prénom: _____ Nom usuel: _____

Adresse permanente: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Adresse temporaire: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Date de naissance: ____/____/____ Âge: _____ Sexe: M F

État civil: C M V S D autre: _____

Ass.-maladie: ____/____/____ Exp.: ____/____/____ Ass.-sociale: ____/____/____

Langue de communication: F A autre: _____

Communauté culturelle: _____ Lieu de naissance: _____

Nom du/de la conjoint(e): _____ Âge: _____

Nom du père: _____ Nom de la mère: _____

Personne contact: _____

Lien: _____ Tél.: résidence: _____ bureau: _____

Personne contact: _____

Lien: _____ Tél.: résidence: _____ bureau: _____

LIEU DE RÉSIDENCE:

maison log./app. HLM

ress. privée: { chambre et pension
résidence

service(s) inscrit(s) dans le bail ou le contrat:

ress. publique de type familial

autre: _____

MILIEU DE VIE:

seul au travail: temps plein temps partiel

couple à la recherche d'un emploi

parent aux études: temps plein temps partiel

enfants à la maison retraité

autre: _____ autre: _____

OCCUPATION:

PROVENANCE DE LA DEMANDE

DEMANDÉ PAR:

Usager Proche Communauté

Intervenant du réseau Autre

Est-ce une première demande: oui non ne sait pas

Services(s) déjà reçu(s): _____

Raisons: _____ En quelle année: _____

L'usager est-il au courant de la demande: oui non Préciser: _____

SERVICES OU DÉMARCHES ANTÉRIEURS ET RÉFÉRENCES EN COURS:

RESSOURCES ACTUELLES (aide, services disponibles, ressources financières):

Famille, entourage (implication actuelle ou potentielle) _____

Services communautaires, publics et privés: _____

Régime de protection, assurances personnelles, programme gouvernemental (CSST, SAAQ, anciens combattants):

oui non Si oui, préciser: _____

REMARQUES ET AUTRES INFORMATIONS:

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES

Incapacités concernant:

- | | | | |
|---|--------------------------|---------|--------------------------|
| la mobilité | <input type="checkbox"/> | les AVQ | <input type="checkbox"/> |
| la communication | <input type="checkbox"/> | les AVD | <input type="checkbox"/> |
| le comportement et les fonctions mentales | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Problèmes de santé:

- | | |
|---|--------------------------|
| aggravant les incapacités ou la situation | <input type="checkbox"/> |
| requérant des soins court terme | <input type="checkbox"/> |

Problématiques associées:

- | | | | |
|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| surmédication | <input type="checkbox"/> | alcoolisme | <input type="checkbox"/> |
| toxicomanie | <input type="checkbox"/> | autre: | _____ |

Situation de vulnérabilité ou de danger:

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| âge avancé | <input type="checkbox"/> | violence | <input type="checkbox"/> |
| exploitation | <input type="checkbox"/> | abus | <input type="checkbox"/> |
| deuil / perte | <input type="checkbox"/> | | |
| risque de suicide | <input type="checkbox"/> | | |

autre: _____

Conditions du milieu social:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| isolement, insécurité | <input type="checkbox"/> |
| absence ress. comm./publiques | <input type="checkbox"/> |
| support naturel peu ou pas existant | <input type="checkbox"/> |
| aidant tendu, fatigué, épuisé | <input type="checkbox"/> |
| faibles conditions socio-économiques | <input type="checkbox"/> |

autre: _____

DÉCISION

4

- Demande non admissible
sans orientation orientation vers une autre ressource ou un autre programme,
préciser: _____
- Demande admissible
- Demande non priorisée par manque de ressources: _____
sans orientation orientation vers une autre ressource
préciser où et pourquoi: _____
_____ Relance
- Demande retenue pour évaluation par:
infirmière intervenant psychosocial médecin ergothérapeute
physiothérapeute /thérapeute en réadaptation autre: _____

PRIORITÉ D'ÉVALUATION

- Priorité 1** situation de crise
immédiat danger imminent pour la santé et la sécurité de l'utilisateur ou des proches
risque d'hospitalisation ou d'hébergement imminent si pas de service
- Priorité 2** situation de crise potentielle
moins de danger potentiel pour la sécurité de l'utilisateur ou des proches
48 heures risque de détérioration (bio-psychosociale) à très court terme
risque d'hospitalisation ou d'hébergement à très court terme si pas de service
besoin d'une intervention nursing à très court terme
- Priorité 3** pas de crise ou de danger appréhendé
moins d'une pas de risque de détérioration (bio-psychosociale) à court terme
semaine peu de risque d'hospitalisation ou d'hébergement prématuré
milieu en voie d'épuisement
besoin d'une intervention nursing à court terme
- Priorité 4** usager en sécurité
moins de faible risque de détérioration prévisible
2 semaines milieu peut compenser temporairement

Date limite d'évaluation: ___/___/___

Démarches entreprises lors de la prise de contact et recommandations: _____

Date: ___/___/___ Signature: _____

Suivi: _____



Adresse		Habituelle <input checked="" type="checkbox"/>	Corresp. <input checked="" type="checkbox"/>
Ville	Province	Pays	
INCONNUE OU AUTRE PROVINCE	Autre/inco	Canada	
Code postal	Tél. domicile	Conf. <input type="checkbox"/>	Tél. travail
XXX 0X0			

Nom	Prénom	Sexe	No dossier
XXX	YYY	F	T00000243
Nom usuel		Statut de l'utilisateur	
XXX			
Date de naissance	No d'ass.-maladie	Exp.	Date d'ouverture
1919/10/10 (80 ans)			2000/08/04

CRITÈRES

Demande de service	<input type="checkbox"/>	Individuelle	<input checked="" type="checkbox"/>	Couple	<input type="checkbox"/>	Famille	<input type="checkbox"/>
Demande de service normalisée	<input checked="" type="checkbox"/>	Groupe	<input type="checkbox"/>	Communautaire	<input type="checkbox"/>		
Demande d'information	<input type="checkbox"/>						

DÉTAIL DE LA DEMANDE

Date de réception	Référé par	Usager non avisé <input type="checkbox"/>	Intervenant	JETTE LISE
2000/08/04	Aucune référence formelle		Sous-programme	101 Soins infirmiers SAD
Nom du référant	Tél. du référant	Poste	Installation	CLSC SAINT-HUBERT

Objet Soins à domicile
Nature

DÉCISION

Décision	Priorisation	Intervenant	Date
Acceptée		JETTE LISE	2000/08/04
Précision			

ANALYSE

Type	Date	Intervenant	Sous-programme	Complétée <input checked="" type="checkbox"/>
analyse soins infirmiers	2000/08/04	JETTE LISE	101 Soins infirmiers	

Thème Commentaires

1 ière demande ? (Oui ou Non)

Personne contact (+ tel.)
FACTEUR DECLANCHANT LA DEMANDE

ANTECEDANT
HOSPITALISATION
a.date d'hospitalisation
b. établissement
c.raison d'hospitalisation

DIAGNOSTIC MEDICAL
MEDECIN REFERANT
a.nom du médecin
b.téléphone
c.prochain rendez-vous

MEDECIN DE FAMILLE
a.nom du médecin
b.téléphone du médecin
c.prochain rendez-vous
d.suivi à domicile (oui,non)

MEDICAMENT

ALLERGIE

PRONOSTIC

DEMARCHE + REFERENCE en cours

FACTEURS DE RISQUE

INCAPACITE:

a.mobilité

b.communication

AVQ:

a.se nourrir,laver,s'habiller

b. entretien de sa personne

c.utilise toilette(contenance)

AVD:

a.préparer repas

b.faire les courses+lessives

c.entretien de la maison

d.utiliser transport

e.prise de médicament

f.gérer le budget

COMPORTEMENT-FONCTION MENTALE

SITUATION VULNERABLE, (DANGER)

a.âge avancé, exploitation

b.deuil, perte

c.risque de suicide

d.violence et abus

PROBLEMATIQUES ASSOCIEES

a.milieu vie(isolé-insécurité)

b.famille,support,épuiement

c.serv.communaut,public,privé

d.revenu et assurance

e.surmédication, toxico,alcool

REMARQUES (AUTRES INFO.)

PHARMACIE

ANNEXE 7

COMPOSITION DU COMITÉ-CONSEIL

Outre l'OIIQ, le Comité-conseil comprend les organismes suivants:

- ~ la Conférence des recteurs et principaux des universités québécoises;
- ~ la Fédération des cégeps;
- ~ le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- ~ la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec;
- ~ l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec;
- ~ l'Association des établissements privés conventionnés du Québec;
- ~ l'Association des hôpitaux du Québec;
- ~ la Direction des programmes de formation professionnelles et technique, ministère de l'Éducation;
- ~ la Direction de l'enseignement et des recherches universitaires, ministère de l'Éducation.

ANNEXE 8

DEMANDE DE CONTINUITÉ DE SOINS CENTRE HOSPITALIER-CLSC

ET

RÉFÉRENCE INTER-ÉTABLISSEMENTS



IDENTIFICATION

HOSPITALISATION DU: _____ AU _____

SERVICE: _____ DU CH _____

DU CLSC _____

DIRIGÉ VERS: _____

SEXE: F M

LANGUE DE COMMUNICATION _____

PERSONNE RESSOURCE: _____

LIEN: _____ TÉL. DOM. _____

BUR. _____

HABITE: SEUL COUPLE AVEC PARENT AVEC ENFANT AUTRE _____

OCCUPATION: TRAVAIL ETUDES MAISON AUTRE _____

MÉDECIN DE FAMILLE _____ TÉL. _____

DEMANDE

DESCRIPTION DU SERVICE REQUIS

- AIDE À DOMICILE
- ERGOTHÉRAPIE
- INHALOTHÉRAPIE
- NUTRITION CLINIQUE
- PHYSIOTHÉRAPIE
- PRÉLÈVEMENT
- SERVICE SOCIAL
- SOINS INFIRMIERS
- AUTRE

DATE _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR _____ FONCTION _____ TÉLÉPHONE/POSTE _____

MÉDECIN / SPÉCIALITÉ _____

CONDITIONS DE SANTÉ

DIAGNOSTIC ET CONDITIONS ASSOCIÉES:

INTERVENTION CHIRURGICALE ET DATE

PRONOSTIC MÉDICAL CONNU DU BÉNÉFICIAIRE

OUI NON BON RÉSERVÉ

MOBILITÉ OUI NON AVEC AIDE

ALLERGIE _____

ENSEIGNEMENT: COMPLÉTÉ EN COURS

PROCHAIN R.V.:

DATE _____ LIEU _____

MÉDICATION AU CONGÉ (posologie - voie d'adm. - nom) PHARMACIE _____ no. de tél.: _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

DATE _____ SIGNATURE DE L'INFIRMIER(IÈRE) OU AUTRE INTERVENANT(E) _____ TÉLÉPHONE/POSTE _____

RÉFÉRENCE INTER-ÉTABLISSEMENTS

Référence à : _____
 Demandé par : _____
 Fonction : _____ Tél. : _____
 Établissement : _____
 Pré-hosp. Date prévue : ____/____/____
 Urg. Cl. ext. Méd. 1 jr Chir. 1 jr
 Post-hosp Date adm. : ____/____/____
 Service / Programme : _____
 Congé prévu : ____/____/____ Heure : _____

Nom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Né le : _____ Âge : _____
 Sexe : M F
 No ass.-maladie : _____ Date expiration : _____
 Nom du père : _____

Milieu de vie :
 Maison Logement/app. HLM
 Ress. privée : ch. & pension Résidence
 Ress. publique de type familial
 Seul Couple Parent Enfants
Occupation :
 Travail À la maison Études Retraite
 Autre : _____

Nom de la mère : _____
 Nom du conjoint : _____
 État civil : C M V S D Autre : _____
 Langue communication : F A Autre : _____
 Lieu de naissance : _____
 Adresse temporaire : _____
 Code postal : _____ Tél. : _____
 Personne contact : _____
 Lien : _____ Tél. : _____ Tél. : _____

Usager avisé de la demande : Oui Non

Motif de la demande / Ordonnance médicale : _____

Nom du médecin	Signature	Tél.	Date
Suivi médical assuré par : _____	Prochain r.vous		Nom / Spécialité
Tél. : _____ Médecin avisé le : _____	____/____/____		_____
Domicile <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/>	____/____/____		_____
Fournitures médicales remises : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	____/____/____		_____
Médecin de famille : _____	Adresse : _____		Tél. : _____

Diagnostic, conditions associées et services reçus : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Médication : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	---

Pronostic : _____ Allergie : _____
 Y-a-t-il des particularités, problèmes ou facteurs de risque concernant : la situation psychosociale Oui Non
 la capacité fonctionnelle Oui Non l'environnement Oui Non Si oui, précisez sur l'annexe 1.
 P.J. : Protocole de soins Résumé d'hosp. Plan d'intervention
 Progr. d'enseignement Autres _____
 Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

RÉFÉRENCE INTER-ÉTABLISSEMENTS

ANNEXE 1

Nom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Téléphone : _____
 Né le : _____ Âge : _____
 Sexe : M F
 No ass.-maladie : _____ Date expiration : _____

Situation psychosociale et problématique associées (Cochez si pertinent)

Appréhension face au retour à domicile <input type="checkbox"/>	Isolement / Insécurité <input type="checkbox"/>	Violence <input type="checkbox"/>
Soutien naturel peu ou pas existant <input type="checkbox"/>	Aidant tendu, fatigué, épuisé <input type="checkbox"/>	Abus / Exploitation <input type="checkbox"/>
Faibles conditions socio-économiques <input type="checkbox"/>	Risque de suicide <input type="checkbox"/>	Alcoolisme / Toxicomanie <input type="checkbox"/>
Immigration récente <input type="checkbox"/>	Deuil / Perte <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

Précisions : _____

Professionnels impliqués : Nom _____ Tél. : _____

Capacité fonctionnelle et environnement (Cochez si pertinent)

Incapacités concernant : AVQ Mobilité Le comportement et les fonctions mentales
 AVD Communication

Précisions : _____

Habite au _____ étage Ascenseur Escalier int. Escalier ext.
 Transport assumé par : Usager Famille Autre _____

Professionnels impliqués : Nom _____ Tél. : _____

Informations complémentaires : _____

Services ou référence en cours : _____

Clientèle cible du guichet unique : Oui Non Nom du gestionnaire de cas : _____

Signature : _____ Date : _____



ANNEXE 9

FICHE DE LIAISON

Fiche de liaison

Nom:	Prénom:	N° de dossier:
Adresse:	Téléphone:	Né(e):
Nom de l'hôpital:	Nom de la clinique:	
Nom du médecin:	Date:	Heure:

Observations de l'infirmière du secteur:

Traitements et médicaments actuels:

Date:

_____ Infirmière du secteur

Observations et ordonnances du médecin traitant:

Changement de traitement:

Médicaments:

Prochain rendez-vous:

Date:

_____ Signature du médecin traitant

Note de l'infirmière de liaison:

Date:

_____ Infirmière de liaison

ANNEXE 10

KARDEX-SAD

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____	No. dossier _____ P _____
Intervenant pivot _____	
Intervenants associés T.S. _____ Physio _____ Ergo _____ Inhalo _____ Médecin _____ Auxiliaire _____	
Ressources <ul style="list-style-type: none"> • Centre 24/7 Inscription ___ / ___ / ___ • Bouton d'appel <input type="checkbox"/> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ 	Prêts d'équipement ___ / ___ / ___ date ___ / ___ / ___ date ___ / ___ / ___ date Mouvement de cas ___ / ___ / ___ Grille multi ___ / ___ / ___ Réévaluation grille multi ___ / ___ / ___
Génogramme	Écocarte
Légende	Légende

ANNEXE 11

ENTENTES INTER-ÉTABLISSEMENTS

PROTOCOLE D'ENTENTE

entre

**Le Centre Hospitalier Pierre-Boucher
L'Hôpital Charles-Lemoyne**

et

**Le CLSC Longueuil Est
Le CLSC Longueuil Ouest
Le CLSC St-Hubert
Le CLSC Samuel de Champlain
Le CLSC des Seigneuries**

Juin 1996

TABLES DES MATIÈRES

	Page
1- Introduction	1
2- Objectifs et valeurs	2
3- Objet de l'entente	3
4- Clientèles visées	4
5- Partage des responsabilités	5
6- Accessibilité aux services	9
7- Formation du personnel	11
8- Indicateurs d'évaluation des résultats	12
9- ANNEXES - Demande de continuité de soins	
- Rapport du comité de travail pour la clientèle post-opératoire	
- Rapport du comité de travail pour la clientèle des soins palliatifs	
- Rapport du comité de travail pour la clientèle avec antibiothérapie	
10- Durée de l'entente et dépôt	13

1- INTRODUCTION

Le présent protocole d'entente entre les Centres hospitaliers et les CLSC de la sous-région de Longueuil a pour but de coordonner le développement d'alternatives à l'hospitalisation pour la clientèle de cette sous-région entre les différents Centres locaux de services communautaires et les Centres hospitaliers de courte durée de la sous-région de Longueuil.

Le partenariat ainsi développé entre les Centres hospitaliers de courte durée et les Centres locaux de services communautaires permet l'utilisation des compétences respectives des établissements concernés et favorise des alternatives à l'hospitalisation tout en assurant à la clientèle desservie des services de qualité au meilleur coût possible.

Le modèle organisationnel de continuum de soins et de services proposé dans ce protocole d'entente respecte les principes directeurs et les valeurs convenus par les sept établissements de la sous-région de Longueuil.

2- LES OBJECTIFS POURSUIVIS ET LES VALEURS QUI LES SOUS-TENDENT

- Une collaboration entre les CLSC et les CHCD de la sous-région de Longueuil
- Un continuum de soins de sorte que la référence d'un usager d'un établissement à un autre se fasse en tenant compte de ses besoins
- La mise en oeuvre d'un véritable réseau de santé dans la sous-région de Longueuil, c'est-à-dire des manières de fonctionner et de travailler qui reposent sur les pré-requis suivants:
 - * *Éviter l'hospitalisation*
 - * *Diminuer la durée de séjour hospitalier*
 - * *Améliorer la qualité de vie de l'usager en stimulant un retour rapide dans son milieu de vie*
 - * *favoriser la prise en charge de l'usager et de sa famille en regard de sa santé*
 - * *assurer une continuité et une qualité des soins et services à moindre coût.*
- une collaboration entre les deux types d'établissements qui se situe dans une perspective à long terme où la continuité de l'exercice permet d'évoluer et de s'adapter.

3- OBJET DE L'ENTENTE

L'entente est axée principalement sur certains programmes de soins communs aux différents établissements lesquels programmes se trouvent en annexe.

Volet 1

Les programmes suivants ont été travaillés et approuvés en 1995-96. Ils sont en opération.

- les soins post-chirurgicaux
- les soins palliatifs
- l'antibiothérapie intra-veineuse

Volet 2

Les programmes sous-mentionnés devraient faire l'objet d'entente d'ici septembre 1996.

- les soins en période post-natale et post-partum
- les soins respiratoires à domicile (MPOC)

Volet 3

Les programmes sous-mentionnés devraient faire l'objet d'entente d'ici un an soit en 1996-97.

- les soins en gériatrie
- l'alimentation entérale continue ou intermittente et l'alimentation parentérale
- les soins et services en santé mentale
- les soins aux diabétiques

4- CLIENTÈLES VISÉES PAR CE PROTOCOLE D'ENTENTE

- 1- L'utilisateur présente un état de santé physique et psycho-social stable et dont la poursuite du traitement amorcé en Centre hospitalier de courte durée ne nécessite pas l'environnement hospitalier.
- 2- L'utilisateur accepte de poursuivre son traitement aux programmes de services courants ou du maintien à domicile du CLSC de concert avec sa famille et ses proches
- 3- L'utilisateur est référé par son médecin traitant
- 4- L'utilisateur répond aux critères d'admission établis dans le protocole de soins le concernant
- 5- L'utilisateur demeure dans un milieu accessible, salubre, sécuritaire et propice à sa guérison.

5- PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Responsabilités du CLSC

- ◆ Accueille l'utilisateur en tenant compte des critères et délais convenus entre partenaires
- ◆ Complète l'évaluation en tenant compte des besoins identifiés par l'infirmière de liaison
- ◆ Dispense les services requis (multidisciplinaires si nécessaire) pour l'utilisateur et sa famille
- ◆ Assure le suivi de l'enseignement auprès de l'utilisateur et de sa famille
- ◆ Assure les prêts d'équipements spécialisés au besoin.
- ◆ Inscrit l'utilisateur au service 24\7 lorsque requis
- ◆ Assure la liaison avec le médecin traitant pour le suivi de l'utilisateur
- ◆ Assure la liaison avec le centre hospitalier, 7 jours sur 7
- ◆ Assure la liaison avec les ressources communautaires ou autres
- ◆ Collabore avec le centre hospitalier dans l'élaboration des protocoles cliniques pour tenir compte du contexte de pratique à domicile

Responsabilités du CH

- ◆ Assure un dépistage pro-actif des usagers pouvant bénéficier d'un retour à domicile précoce
- ◆ Informe l'usager et sa famille du programme de soins à domicile et obtient son consentement éclairé
- ◆ Débute l'enseignement à l'usager et à sa famille avant la sortie du centre hospitalier
- ◆ Référence au CLSC à partir de l'outil de continuité de soins en fonction des critères d'admission et délais convenus 7 jours sur 7
- ◆ Transfert des informations pertinentes à l'équipe de soins du CLSC
- ◆ Fourniture des médicaments pour l'usager selon les normes établies
- ◆ Approvisionnement en fournitures jusqu'à la première visite du CLSC ou au CLSC
- ◆ Priorité de réadmission de l'usager en cas de détérioration de son état de santé (complication ou autres) selon les protocoles établis
- ◆ Mécanisme de liaison avec les CLSC 7 jours sur 7
- ◆ Formation du personnel soignant du CLSC, si nécessaire (protocoles et méthodes de soins)

Responsabilités conjointes

- ◆ Réévaluation des programmes en cours
- ◆ Prévision d'un mécanisme de liaison entre le centre hospitalier et le CLSC (infirmière de liaison)
- ◆ Promotion des services de maintien à domicile
- ◆ Établissement de protocoles selon les besoins
- ◆ Émission de statistiques périodiques et bilan annuel
- ◆ Évaluation des résultats

Responsabilités médicales

- ◆ Le médecin du CHCD planifie le retour à domicile de sa clientèle.
- ◆ Le médecin du CHCD demeure le médecin traitant durant tout l'épisode de soins, sauf s'il y a transfert au médecin de famille de l'utilisateur
- ◆ Le médecin traitant et le centre hospitalier s'assurent que les renseignements médicaux requis, soient disponibles et acheminés rapidement à l'équipe professionnelle du CLSC.

- ◆ Les médecins de famille des CLSC assurent, pour leur clientèle transférée,
 - la poursuite du traitement
 - la liaison avec l'équipe médicale du centre hospitalier
 - le service de garde pour leur clientèle en soins palliatifs
 - des visites à domicile pour leur clientèle dont l'état de santé le requiert
 - les démarches pour une réadmission éventuelle au centre hospitalier lorsque requis

et travaillent de concert avec les membres de l'équipe multidisciplinaire du CLSC.

NOTE: Les établissements signataires de cette entente feront de plus les démarches requises afin d'inciter les médecins de famille des cliniques privées du territoire à partager ces mêmes responsabilités et à adhérer au principe de cette entente.

6- ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Accueil en CLSC

La communication et l'accessibilité au CLSC sont favorisées via la prise de contact centralisée.

Ainsi l'infirmière de liaison du Centre hospitalier pourra entre 08:00 et 16:00 hrs. du lundi au vendredi rejoindre l'infirmière du CLSC. Après ces heures, le centre 24/7 assure la relève favorisant ainsi une accessibilité 24 heures sur 24, 7 jours\semaine.

Référence du CHCD

Le centre hospitalier s'assure de la continuité des soins via le personnel de liaison. L'utilisation de l'outil de continuité de soins, joint en annexe, est le moyen privilégié. À cette fin, l'information est transmise en respectant les règles de la confidentialité.

Délai de prise en charge pour la clientèle référée au CLSC

TYPE DE CLIENTÈLE	RÉFÉRENCE DU CHCD	INTERVENTION DU CLSC
Clientèle post-opératoire	24 heures avant le congé de l'utilisateur	Une visite est assurée par l'infirmière dans les 24 heures suivant son congé.
Clientèle des soins palliatifs	48 heures avant le départ de l'utilisateur	Une visite est assurée par un intervenant dans les 24 heures suivant son congé.
Clientèle avec antibiothérapie	48 heures avant le départ de l'utilisateur	Une visite est assurée par l'infirmière dans les 24 heures suivant son congé.

Horaire des services en CLSC

Maintien à domicile:	08.00-20:00 heures du lundi au vendredi inclusivement. 08.00-16:00 heures le samedi et le dimanche. En tout autre temps, une infirmière assure la garde.
Info-Santé:	24 heures\24 7 jours\7
Clinique de soins infirmiers (soins courants)	08:30-16:30 heures du lundi au vendredi inclusivement.

7-FORMATION DU PERSONNEL

- ◆ La formation du personnel des CLSC est ajustée selon les types de traitement et les problématiques traitées

- ◆ La responsabilité de la formation continue appartient aux CLSC; ceux-ci identifient leurs besoins spécifiques de formation pour assumer les programmes du 1er volet de la présente entente dans un premier temps et ceux des volets 2 et 3 par la suite. Les activités de formations sont organisées en collaboration avec les CHCD selon l'expertise et les ressources disponibles.

8-INDICATEURS D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Les résultats seront évalués à l'aide des indicateurs suivants; l'année 95-96 devenant l'année de référence.

1. **Évaluation de la satisfaction de l'utilisateur**
2. **Nombre d'utilisateurs non hospitalisés et pris en charge par les CLSC**
3. **Nombre d'utilisateurs référés par les Centres hospitaliers au programme Maintien à domicile**
Nombre d'interventions effectuées auprès de ces utilisateurs par le CLSC
4. **Nombre d'utilisateurs référés par les Centres hospitaliers aux autres services du CLSC.**
Nombre d'interventions effectuées auprès de ces utilisateurs par le CLSC
5. **Évaluation de la satisfaction des intervenants**
6. **Évaluation des mécanismes de partenariat CHCD-CLSC**
7. **Réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier pour la clientèle référée au CLSC.**

ENTENTE**DURÉE DE L'ENTENTE**

La présente entente entrera en vigueur à partir de la date de la signature et aura une durée d'un an. Elle se renouvellera automatiquement par la suite d'année en année à moins d'avis contraire formulé par écrit par l'une des parties, au moins 60 jours avant la date d'expiration ou de son renouvellement.

DÉPÔT DE L'ENTENTE

- ▶ Pour être valide, la présente entente doit être déposée à la Régie régionale conformément aux articles 108, 347, 350 et 352 de la Loi des Services de santé et Services sociaux.
- ▶ Toute modification à la présente entente, pour être valide, doit être faite par écrit conjointement par les directeurs généraux des établissements et déposée à la Régie régionale.

En foi de quoi, les parties ont signé le ____^ejour du mois de _____ 1996.

M. Gilles Dufault
Directeur général du Centre hospitalier Pierre-Boucher

M. Jean-Pierre Montpetit
Directeur général de l'hôpital Charles-Lemoyne

Mme Lise Latreille-Zaman
Directrice générale du CLSC Longueuil- Est

M. Luc Genest
Directeur général du CLSC Longueuil- Ouest

Mme Michèle Laverdure
Directrice générale du CLSC St-Hubert

M. Michel Lapointe
Directeur général du CLSC Samuel de Champlain

M. André Foisy
Directeur général du CLSC des Seigneuries

**ENTENTE CADRE
ENTRE
LE CHRDL
ET LES CLSC DE LA RÉGION LANAUDIÈRE-NORD**

**CETTE ENTENTE EST ÉLABORÉE DANS LE CADRE
DU VIRAGE AMBULATOIRE**

NOVEMBRE 1995

© Copyright CHRDL-CLSC de la région Lanaudière-Nord - 1995 - Tous droits réservés
Toute reproduction de cette documentation est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.



TABLE DES MATIÈRES

Entente cadre entre le CHRDL et les CLSC de la région Lanaudière-Nord

Ententes spécifiques

Intraveinothérapie	1
Administration des médicaments cytotoxiques	2
Soins des usagers porteurs de plaies de longue durée	3

PRÉAMBULE

Attendu la reconnaissance par l'ensemble des partenaires de l'importance d'assurer aux personnes des services de qualité en continuité et en quantité suffisante;

Attendu les différentes expériences de collaboration qui ont déjà été élaborées entre le CHRDL et les CLSC de Lanaudière-Nord;

Attendu le contexte général des compressions budgétaires;

Attendu la nécessaire reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux qui en découle;

Attendu l'importance pour les partenaires de la région Lanaudière d'être proactifs dans la réorganisation des services;

Il a été convenu que les CLSC de Lanaudière-Nord et le CHRDL développent des alternatives à l'hospitalisation que les partenaires de la région Lanaudière-Nord entendent mettre de l'avant pour réaliser leur vision du virage ambulatoire.

ENTENTE

Entre les CLSC d'Autray, de Joliette, Montcalm, Matawinie et le Centre hospitalier régional De Lanaudière afin de dispenser à domicile ou en CLSC des services sans lesquels l'hospitalisation serait requise ou dont la durée serait prolongée.

OBJET DE L'ENTENTE

La présente entente a pour but de faciliter le retour ou le maintien sécuritaire à domicile des usagers par une organisation de services assurant la continuité des soins et un soutien aux usagers et aux intervenants.

Cette entente précise la nature des services qui seront offerts à domicile ou en CLSC, les objectifs poursuivis, les clientèles visées, les critères d'admissibilité, les modalités de référence, les services à mettre en place par chacun des partenaires ainsi que les coûts relatifs à cette nouvelle organisation.

Des ententes spécifiques concernant les traitements ainsi que le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires devront être développées en complémentarité à la présente entente cadre.

Un processus d'évaluation qualitative, quantitative et budgétaire devra être prévu par les partenaires afin d'assurer l'efficacité et la rentabilité de ce programme.

DÉFINITION DES SERVICES LIÉS AU VIRAGE AMBULATOIRE

Ensemble de services de soins infirmiers, d'aide à la personne, de soutien aux activités de la vie quotidienne et domestique, de soutien psychosocial, d'adaptation et de réadaptation offerts à domicile ou au CLSC dans le cadre de la présente entente. Ces services donnés en CLSC ou à domicile peuvent être plus intenses et plus fréquents que ceux donnés actuellement ou s'adresser à un plus grand nombre d'usagers qu'auparavant.

OBJECTIFS

- 1° Éviter l'hospitalisation ou en réduire la durée de séjour;
- 2° Permettre à des usagers de réintégrer leur milieu de vie le plus rapidement possible après une hospitalisation;
- 3° Favoriser la prise en charge de l'usager et de sa famille en regard de sa santé;
- 4° Donner des traitements à tous les usagers qui peuvent les recevoir à l'extérieur des centres hospitaliers;
- 5° Assurer une continuité et une qualité de services à moindre coût.

CLIENTÈLE

Tout usager résidant sur le territoire desservi par les CLSC de Lanaudière-Nord, répondant aux critères d'admissibilité de ce programme, et qui requiert des services tels que définis dans la présente entente, à domicile ou en CLSC.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Répondre aux critères généraux des CLSC :
 - habiter à domicile ou dans un milieu substitut desservi par le CLSC,
 - accepter d'être évalué,
 - requérir et accepter les services qui sont disponibles au sein du programme,
 - collaborer à son traitement.

- Être référé par le service de liaison du CHRDL;
- Bénéficier d'un environnement permettant une organisation adéquate et de qualité des services ;
- Avoir accès dans un délai raisonnable à des services médicaux si des complications surviennent.

MODALITÉS DE RÉFÉRENCES

- Les usagers sont référés aux CLSC de Lanaudière-Nord, 7 jours par semaine, 24 heures par jour par le Service de liaison du CHRDL tel que défini dans l'algorithme de référence du virage ambulatoire (annexe I).
- Le Service de liaison du CHRDL évalue les besoins de l'utilisateur et de son environnement ainsi que la faisabilité de poursuivre le traitement à domicile.
- Le Service de liaison du CHRDL transmet au CLSC l'ensemble de l'information nécessaire au traitement, par téléphone ou télécopieur dans le respect des règles de la confidentialité.
- À son départ de l'hôpital, l'utilisateur aura en sa possession une lettre de référence médicale, le numéro de téléphone du Service 24/7 (programme spécial du virage ambulatoire) (annexe II), les modalités de suivi du traitement, les documents d'enseignement ainsi que le matériel nécessaire selon les modalités spécifiques à son traitement à domicile.
- Tous les usagers qui retournent à domicile dans le cadre des traitements de la présente entente seront inscrits au Service 24/7 (programme spécial du virage ambulatoire) par le CHRDL, qu'ils reçoivent ou non des services du CLSC, afin d'obtenir une réponse en cas d'inquiétudes et de problématiques particulières.

NATURE DES SERVICES OFFERTS

Les nouveaux services dans le cadre du virage ambulatoire seront offerts selon un plan de déploiement en trois phases:

phase 1 : octobre 1995

phase 2 : janvier 1996

phase 3 : juin 1996.

1. INTRAVEINOTHÉRAPIE (phase 1)

ANTIBIOTHÉRAPIE I.V. DE COURTE DURÉE

► **Description :**

Administration intermittente d'antibiotiques I.V. par cathéter central ou périphérique. Ces antibiotiques sont généralement administrés à l'aide d'un système à administration contrôlée (bouteille Intermate ou pompe CADD-PLUS).

► **Durée :**

Jusqu'à 2 semaines.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est initié par le microbiologiste et le suivi est assuré par le médecin traitant.

Soins infirmiers :

Pour les usagers autonomes, l'enseignement est complété et l'ensemble des objectifs d'apprentissage sont atteints avant le départ du CHRDL. L'infirmière à domicile exécute en tout temps les soins qui ne peuvent être assurés que par elle (changement de cathéter).

Pour les usagers semi-autonomes, l'enseignement est initié avant le départ du CHRDL et quelques objectifs d'apprentissage peuvent être atteints. La continuité en soins infirmiers est assurée par les CLSC qui poursuivent l'enseignement tout en assurant la partie du traitement qui ne peut être assurée par l'usager/famille ou qui assurent complètement le traitement s'il est impossible pour l'usager/famille de réaliser les apprentissages nécessaires. Aussi, l'infirmière exécute en tout temps les soins qui ne peuvent être assurés que par elle-même (changement de cathéter périphérique, de pansement de cathéter, etc.).

Autre service : aide à domicile.

Une aide aux activités de la vie quotidienne peut être également offerte selon les besoins.

ANTIBIOTHÉRAPIE I.V. DE LONGUE DURÉE

▶ **Description :**

Administration intermittente d'antibiotiques I.V. par cathéter central ou périphérique. Ces antibiotiques sont généralement administrés à l'aide d'un système à administration contrôlée (pompe CADD-PLUS ou bouteille Intermate).

▶ **Durée :**

Plus de 2 semaines.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical: le programme est assuré par le microbiologiste et le médecin traitant s'il y a lieu.

Soins infirmiers :

Pour les usagers autonomes, l'enseignement est complété et l'ensemble des objectifs d'apprentissage sont atteints avant de quitter le CHRDL. Le CLSC assure la continuité en terme de surveillance de l'administration, d'exécution des soins qui ne peuvent être assurés que par l'infirmière (changement de cathéter, de pansement de cathéter, de tubulure, etc.).

Pour les usagers semi-autonomes, l'enseignement est initié et quelques objectifs d'apprentissage peuvent être atteints avant le départ du CHRDL. La continuité en soins infirmiers est assurée par les CLSC qui poursuivent l'enseignement tout en assurant la partie du traitement qui ne peut être assurée par l'utilisateur/famille, ou qui assurent complètement le traitement s'il est impossible pour l'utilisateur/famille de réaliser des apprentissages nécessaires et en exécutant les traitements qui ne peuvent être exécutés que par l'infirmière (changement de cathéter, de pansement de cathéter, de tubulure, installation, etc.).

Autres services : une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins.

CORTICOTHÉRAPIE IV AVEC OU SANS SOLUTÉ**► Description :**

Administration intermittente ou continue de corticoïdes I.V. par cathéter central ou périphérique. Ces corticoïdes sont généralement administrés à l'aide d'un système à administration contrôlée (pompe CADD-PLUS ou bouteille Intermate).

Le traitement peut comprendre l'administration continue de solutés. Ces solutés sont généralement administrés par gravité.

► **Durée :**

Une à 2 semaines.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par le gastro-entérologue et le médecin traitant, s'il y a lieu.

Soins infirmiers :

Pour les usagers autonomes: l'enseignement est complété et l'ensemble des objectifs d'apprentissage sont atteints avant de quitter le CHRDL. Le CLSC assure la continuité en terme de surveillance de l'administration, d'exécution des soins qui ne peuvent être assurés que par l'infirmière (changement de cathéter, de pansement de cathéter, etc.).

Pour les usagers semi-autonomes, l'enseignement est initié et quelques objectifs d'apprentissage peuvent être atteints avant le départ du CHRDL. La continuité en soins infirmiers est assurée par les CLSC qui poursuivent l'enseignement tout en assurant la partie du traitement qui ne peut être assurée par l'utilisateur/famille, ou qui assurent complètement le traitement s'il est impossible pour l'utilisateur/famille de réaliser des apprentissages nécessaires, et en exécutant les soins qui ne peuvent être assurés que par l'infirmière (changement de cathéter, de pansement de cathéter, de tubulure, installation et retrait de solutés, etc.).

Autres services : une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

ADMINISTRATION D'ALBUMINE

► **Description :**

Administration continue d'albumine I.V. sur une période d'environ 30 à 60 minutes, et ce, généralement par cathéter périphérique par gravité.

► **Durée :**

Une administration ou plus par semaine ou par mois.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est sous la responsabilité du gastro-entérologue/autre spécialiste et le suivi est également assuré par ce dernier et le médecin traitant, s'il y a lieu.

Soins infirmiers :

Pour tous les usagers, l'infirmière du CLSC assure l'administration complète de l'albumine I.V. (installation d'un cathéter périphérique ou vérification d'un cathéter déjà en place, administration de l'albumine, retrait ou irrigation du cathéter, s'il y a lieu. Aussi, elle assure l'enseignement à l'usager/famille quant à la surveillance de l'administration et des actions à poser si un problème survient quand elle ne peut demeurer disponible tout le temps du traitement.

Autres services : pour les usagers semi-autonomes, une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

ALIMENTATION PARENTÉRALE

▶ **Description :**

Administration continue des solutions d'alimentation parentérale sur pompe volumétrique par cathéter périphérique ou central.

▶ **Durée :**

Jusqu'à 2 semaines.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est sous la responsabilité du gastro-entérologue/chirurgien/ autre spécialiste et le suivi est également assuré par ce dernier et le médecin traitant, s'il y a lieu.

Soins infirmiers :

Pour les usagers autonomes, l'enseignement est complété et l'ensemble des objectifs d'apprentissage sont atteints avant de quitter le CHRDL. Le CLSC assure la continuité en terme de surveillance de l'administration, d'exécution des soins qui ne peuvent être assurés que par l'infirmière (changement de solutions d'alimentation parentérale, de tubulures, de cathéter si périphérique, de pansement de cathéter, etc.).

Pour les usagers semi-autonomes, l'enseignement est initié et quelques objectifs d'apprentissage peuvent être atteints avant le départ du CHRDL. La continuité en soins infirmiers est assurée par les CLSC qui poursuivent l'enseignement tout en assurant la partie du traitement qui ne peut être assurée par l'utilisateur/famille, ou qui assurent complètement le traitement s'il est impossible pour l'utilisateur/famille de réaliser des apprentissages nécessaires, et en exécutant les soins qui ne peuvent être assurés que par l'infirmière (changement de solutions d'alimentation parentérale, changement de cathéter si périphérique, de pansement de cathéter, de tubulures, etc.).

Autres services : pour tous les usagers, une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

ADMINISTRATION D'IMMUNOGLOBULINE

► **Description :**

Administration continue d'immunoglobuline I.V. sur une période d'environ 2 à 4 heures, et ce, généralement par cathéter périphérique par gravité à l'aide d'un buretrol ou d'une pompe volumétrique (le premier traitement est toujours initié en Centre hospitalier).

**** L'administration d'immunoglobuline se fait en clinique santé seulement puisqu'il y a toujours des risques potentiels de choc anaphylactique.**

► **Durée :**

Une administration ou plus par semaine, par mois ou selon toute autre séquence.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est sous la responsabilité du néphrologue/hématologiste/autre spécialiste et le suivi est également assuré par ce dernier et le médecin traitant, s'il y a lieu.

Soins infirmiers :

Pour tous les usagers, l'infirmière du CLSC assure l'administration complète de l'immunoglobuline soit l'installation d'un cathéter périphérique, la vérification d'un cathéter déjà en place, l'utilisation d'un accès vasculaire sous-cutané, l'installation de

l'immoglobuline qui est déjà préparée dans un contenant de soluté, le retrait ou l'irrigation du cathéter, s'il y a lieu, la surveillance des signes vitaux. Elle se conforme au protocole dans l'éventualité d'un choc anaphylactique.

Autres services : aucun.

ADMINISTRATION DE TOUT AUTRE MÉDICAMENT I.V. SAUF POUR LES MÉDICAMENTS CYTOTOXIQUES (AUTRE PROTOCOLE)

▶ **Description :**

Administration continue d'un médicament I.V. sur une période de quelques minutes à quelques heures, et ce, généralement par cathéter périphérique par gravité.

▶ **Durée :**

Une administration ou plus par semaine ou par mois.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical: le programme est sous la responsabilité du spécialiste/médecin traitant et le suivi est également assuré par ce dernier.

Soins infirmiers :

Pour tous les usagers, l'infirmière du CLSC assure l'administration complète du médicament (installation d'un cathéter périphérique ou vérification d'un cathéter déjà en place, administration du médicament, retrait ou irrigation du cathéter, s'il y a lieu). Aussi, elle assure l'enseignement à l'utilisateur/famille quant à la surveillance de l'administration et des actions à poser si un problème survenait et qu'elle ne peut demeurer disponible tout le temps du traitement.

► **Spécificités par médicament :**

1. Aredia (régulateur du métabolisme osseux).
2. À venir.

► **Indication :**

1. Maladie de Paget.

► **Durée :**

1. Une fois/semaine X 6 semaines ou 2 fois/semaine X 3 semaines.

► **Description :**

1. Administration I.V. sur une période d'environ 2 à 4 heures par gravité (aucun effet secondaire de type anaphylactique souligné).

2. ADMINISTRATION D'AGENTS CYTOTOXIQUES (phase 1)

► **Description :**

Administration d'agents antimétabolites (méthotrexate) par voie I.M., d'antineoplasiques non vésicants par voie I.V. (par pompe CADD-PLUS/autre système contrôlé ou par gravité) et d'agents antiviraux par pompe CADD-PLUS.

Les agents cytotoxiques doivent être administrés en respectant les normes spécifiques de préparation, d'administration et de suivi identifiées dans le protocole d'entente spécifique.

La préparation se fait en pharmacie, l'administration peut être faite à domicile ou en CLSC pour les I.M. et les I.V. (administration unique) et uniquement à domicile pour les I.V. à administration continue ou intermittente par pompe CADD-PLUS ou autre système d'administration contrôlée.

► **Durée :**

Intramusculaire : une fois/semaine, par deux semaines ou par mois.

- **I.V. (administration unique) :** 2 à 4 heures quelques fois/semaine ou 1 fois/semaine pendant quelques semaines.

I.V. (administration continue ou intermittente) : pour 1 à quelques semaines.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est sous la responsabilité de l'hématologue/microbiologiste/médecin traitant et le suivi est également assuré par ce dernier.

Soins infirmiers :

Pour les usagers autonomes, l'enseignement est complété et l'ensemble des objectifs d'apprentissage sont atteints avant de quitter le CHRDL. Le CLSC assure la continuité en termes de surveillance de l'administration, d'exécution des soins qui ne peuvent être assurés que par l'infirmière.

Pour tous les usagers semi-autonomes, l'infirmière du CLSC assure l'administration complète du médicament par I.M. ou I.V. (administration unique) telle que l'installation d'un cathéter périphérique ou vérification d'un cathéter déjà en place, administration du médicament, retrait ou irrigation du cathéter, s'il y a lieu. Aussi, elle assure l'enseignement à l'usager/famille quant à la surveillance de l'administration et des actions à poser si un problème survenait quand elle ne peut demeurer disponible tout le temps du traitement.

Autres services : pour tous les usagers, une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

3. SOINS PALLIATIFS TERMINAUX (phase 1)

► **Description :**

Ensemble de soins infirmiers et d'aide à domicile favorisant le maintien à domicile de l'utilisateur jusqu'à la fin.

Les soins palliatifs terminaux s'inscrivent en continuité des soins palliatifs déjà offerts en CLSC (protocole d'entente interétablissements CHRDL-CLSC de Lanaudière-Nord pour le suivi de la clientèle en phase préterminale et terminale incluant le traitement de la douleur).

► **Durée :**

Pour les dernières 24 à 48 heures (très souvent, c'est à ce moment que l'utilisateur est réhospitalisé).

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par le médecin traitant (pratique privée ou CLSC).

Soins infirmiers : l'infirmière assure l'ensemble des soins requis en assurant le soutien à l'utilisateur et à sa famille en fin de vie. Ces soins peuvent nécessiter plusieurs visites/jour.

Autres services : toutes les formes d'aide à domicile peuvent être intensifiées selon les besoins.

4. SOINS DES USAGERS PORTEURS DE LÉSIONS DE LONGUE DURÉE (phase 1)

▶ **Description :**

Ensemble des soins/traitements tels que changements de pansements complexes et surveillance de lésions nécessitant plus d'une visite infirmière par jour.

▶ **Durée :**

Plus ou moins quelques mois.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par la dermatologie/le médecin traitant (pratique privée ou CLSC).

Soins infirmiers : l'infirmière assure l'ensemble des soins qui ne peuvent être exécutés par l'usager/famille tels que changements de pansements complexes et évaluation régulière de l'évolution de la lésion. Ces soins peuvent nécessiter plus d'une visite/jour.

Autres services : pour tous les usagers, une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

5. SOINS POSTOPÉRATOIRES (phase 1)

▶ **Description :**

Ensemble des soins/traitements en postopératoire immédiat nécessitant une à plusieurs visites d'une infirmière par jour.

▶ **Durée :**

Deux à 3 jours.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par le chirurgien.

Soins infirmiers : l'infirmière assure l'ensemble des soins qui ne peuvent être exécutés par l'usager/famille tels que les changements de pansements complexes, évaluation régulière de l'usager en terme de prévention des complications et de l'évolution de la lésion. Elle assure également l'enseignement à l'usager/famille sur les soins/surveillance des complications.

Autres services :

Pour tous les usagers, une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

6. DIABÉTOTHÉRAPIE (phase 1)

▶ **Description :**

Ensemble des services offerts par une équipe interdisciplinaire en concertation avec les ressources communautaires pour le traitement des usagers diabétiques sous hypoglycémiants oraux et insulinothérapie.

▶ **Durée :**

Une à 2 fois/semaine pour quelques semaines.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par l'endocrinologue/le médecin traitant.

Soins infirmiers : à déterminer.

Autres services : à déterminer.

7. SOINS RESPIRATOIRES (phase 2)

▶ **Description :**

Ensemble des services offerts par une équipe interdisciplinaire pour le traitement des usagers ayant des problèmes respiratoires.

▶ **Durée :**

Selon les besoins.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : pneumologue/médecin traitant.

Soins infirmiers : à déterminer.

Autres services tels que inhalothérapie : à déterminer.

8. ANTICOAGULOTHÉRAPIE (phase 3)

► **Description :**

Administration sous-cutanée d'héparine de bas poids moléculaire en début de traitement pour initier l'anticoagulation à domicile.

► **Durée :**

Une semaine.

► **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par l'hématologue/médecin traitant.

Soins infirmiers : l'infirmière du CLSC assure l'administration de l'HBPM et le suivi nécessaire en terme de ponction veineuse et de suivi du protocole médical établi.

Autres services : aucun.

9. RÉADAPTATION PHYSIQUE ERGO-PHYSIO (phase 3)

▶ **Description :**

Services en ergothérapie/physiothérapie permettant le retour à domicile le plus rapidement possible.

▶ **Durée :**

Jusqu'à 5 fois/semaine selon les besoins et pour une période à déterminer.

▶ **Éléments spécifiques du traitement :**

Médical : le programme est assuré par le médecin traitant.

Ergo/physio : à déterminer.

Autres services : une aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique peut également être offerte selon les besoins. Aussi, un intervenant psychosocial peut aider à l'élaboration de plans de services individualisés.

10. POSTACCOUCHEMENT, SURVEILLANCE MÈRE-ENFANT (phase 3)

À déterminer.

SERVICES OFFERTS PAR LES CLSC DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE VIRAGE AMBULATOIRE

SOINS INFIRMIERS:

- Soins infirmiers à domicile jusqu'à 3 fois/jour, selon les besoins de l'utilisateur, incluant les soirs et les fins de semaine.
- Soins infirmiers à la Clinique santé du CLSC de jour, selon l'évaluation des besoins/possibilités de l'utilisateur et disponibilité des ressources du CLSC.

SERVICES 24/7:

- Service téléphonique 24/7 et infirmière de garde pour chaque CLSC afin de répondre à des besoins spécifiques par téléphone ou par une visite à domicile.
- Service téléphonique 24/7 pour les références, après les heures d'ouverture régulières des CLSC, en provenance du CHRDL.

SERVICE D'AIDE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET AUX ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE:

- Services d'auxiliaire familiale et sociale pour les soins à la personne (AVQ) et service de gardiennage et d'aide domestique (AVD) à court terme, pour la durée du traitement ou de la convalescence, selon l'évaluation des besoins de l'utilisateur.

SERVICES PSYCHOSOCIAUX :

- Service de soutien psychosocial selon une approche court terme et systémique.

SERVICE DE SOUTIEN :

- Service de prêt et d'entretien d'équipement.
- Service de transport des fournitures et de la médication entre les établissements partenaires.
- Service de secrétariat pour la gestion du programme.

FOURNITURES - ÉQUIPEMENTS :

- Les fournitures générales (pansements, cathéters périphériques et certains équipements nécessaires aux traitements) seront fournis par les CLSC.
- Des équipements et fournitures seront aussi disponibles en fonction des protocoles d'entente spécifiques à chacun des traitements.

SERVICES OFFERTS PAR LE CHRDL

SOINS INFIRMIERS :

- L'évaluation des besoins de l'utilisateur par le Service de liaison.
- L'enseignement des traitements spécifiques à l'utilisateur/famille par une infirmière conseillère en soins spécialisés ou par une conseillère clinicienne en soins infirmiers.
- L'élaboration de guides de soins et d'outils d'enseignement pour l'utilisateur/famille pour chacun des traitements identifiés.
- La formation de l'ensemble des infirmières des CLSC qui assurent les soins identifiés dans la présente entente.
- La réponse à des besoins ponctuels spécialisés par un système de garde assumée par les conseillères en soins infirmiers en complémentarité aux services 24/7.

SERVICE DE PHARMACIE :

- La préparation de la médication.
- L'approvisionnement en médicaments spécifiques selon les protocoles établis à cet effet.
- L'enseignement à l'utilisateur/famille par un pharmacien.

N.B.: Les médicaments seront fournis à l'utilisateur sans coût pour ce dernier conformément à la réglementation en vigueur. Ils seront facturés au budget du virage ambulatoire seulement si l'utilisateur n'est pas éligible à un mode de remboursement public (SAAQ, CSST, etc.) ou

privé (assurances privées). S'il l'est, seulement la partie non couverte par le régime sera facturée au virage ambulatoire. Ces médicaments sont offerts gratuitement lorsque leur administration nécessite habituellement une hospitalisation, une visite à l'Urgence ou une visite en Clinique externe.

SERVICE DE LABORATOIRE :

- L'analyse.
- La transmission des résultats.
- L'approvisionnement en dérivés sanguins (immunoglobuline et albumine ainsi que leurs tubulures).
- L'approvisionnement en fournitures de laboratoire.

FOURNITURES - ÉQUIPEMENTS :

- Les fournitures médicales nécessaires à la réfection d'un pansement jusqu'à la première visite du CLSC (fournies par les unités de soins).
- Les fournitures spécifiques à chacun des traitements tel que défini dans les protocoles à cet effet.

SERVICES MÉDICAUX :

- Les soins médicaux à l'usager lors de l'hospitalisation.
- Le suivi médical assuré par le médecin traitant en clinique privée, en clinique externe ou en CLSC.

- Chaque médecin, qui assurera le suivi des usagers selon les protocoles spécifiques, devra garantir l'accessibilité à sa clinique au moment requis par les besoins de l'utilisateur.
- L'élaboration de protocoles de suivi médical selon les traitements.
- La réponse à des besoins ponctuels médicaux par un système de garde médicale en complémentarité aux services 24/7.
- L'élaboration de lettre de référence au médecin traitant en fonction de chaque traitement.

**RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES EN FONCTION DE
L'HISTORIQUE DE RÉFÉRENCE DU CHRDL VERS LES CLSC**

Selon l'historique de référence du CHRDL vers les CLSC	Selon le taux de rétention par population pondérée (données 1991)		Répartition des demandes liées au virage ambulatoire
	1994-1995	1993-1994	
Berthier	8,2 %	10,8 %	-
St-Gabriel	7,5 %	7,6 %	-
<u>Lavaltrie</u>	<u>2,6 %</u>	<u>3,2 %</u>	-
D'AUTRAY	18,3 %	21,6 %	20 %
Chertsey	12,8 %	13,4 %	-
St-Jean-de-Matha	9,1 %	7,9 %	-
<u>St-Michel</u>	<u>3,1 %</u>	<u>1,6 %</u>	-
MATAWINIE	25,0 %	22,9 %	26 %
JOLIETTE	43,8 %	43,6 %	42 %
MONTCALM	12,0 %	11,9 %	12 %

**NIVEAUX POTENTIELS DE SERVICES PAR ANNÉE POUR LES QUATRE CLSC DU NORD
PHASE I**

	Nb. de cas	h soins	h aide	h SIMAD	h psychosocial
Antibiothérapie court terme (A)	80	720	-	-	-
Antibiothérapie court terme (SA)	40	540	70	-	-
Antibiothérapie long terme (A)	20	360	-	-	-
Antibiothérapie long terme (SA)	5	420	32	84	-
Corticothérapie (A)	24	252	40	150	30
Corticothérapie (SA)	6	189	12	45	15
Administration d'albumine (A)	2	15			
Administration d'albumine (SA)	8	60	16	60	
Alimentation parentérale	4	168	28	30	20
Diabétothérapie (A)	8	24			30
Diabétothérapie (SA)	32	480			120
Soins postopératoires	20	1 120	120	450	25
Soins de plaies long terme	10	2 730	728	780	
Soins palliatifs	25	525	350	875	
Administration d'agents cytotoxiques	10	1 040			
Administration d'immunoglobuline	5	450			
Autres médicaments	5	75			
TOTAL	304 cas	9 168 h	1 396 h	2 474 h	240 h

- * Les heures de services comprennent : la visite, le temps de déplacement, les actes administratifs (notes au dossier, liaison médicale et communautaire).
- * Les gardes et sorties 24/7 seront ajoutées au budget.

Légende: A = autonome
SA = semi-autonome

**RÉPARTITION DES SERVICES PAR TERRITOIRE DE C.L.S.C.
PHASE I**

	AUTRAY 20 %					MATAWINIE 25 %					JOLIETTE 43 %					MONTCALM 12 %				
	# cas	soins (h)	aide (h)	simad (h)	psycho (h)	# cas	soins (h)	aide (h)	simad (h)	psycho (h)	# cas	soins (h)	aide (h)	simad (h)	psycho (h)	# cas	soins (h)	aide (h)	simad (h)	psycho (h)
Antibiothérapie CT (A)	16	144				20	180				34	310				10	86			
Antibiothérapie CT (SA)	8	108	14			10	135	18			17	232	30			5	65	8		
Antibiothérapie LT (A)	4	72				5	90				9	155				2	43			
Antibiothérapie LT (SA)	1	84	6,4	17		1	105	6,4	21		2	181	13	36		1	50	6,4	10	
Corticothérapie (A)	5	50	8	30	6	6	63	10	38	7,5	10	108	17	64	13	3	30	5	18	4
Corticothérapie (SA)	1,2	38	2	9	3	1,5	47	2,6	11	4	2,4	81	5	19	6	,8	23	2,6	5	2
Admin. d'albumine (A)	,4	3				,5	4				,8	6				,2	2			
Admin. d'albumine (SA)	2	12	3	12		2	15	4	15		3	26	7	26		1	7	2	7	
Alimentation parentérale	,8	34	6	6	4	1	42	7	7	5	2	72	12	13	9	,4	20	3	4	2
Adm. d'immunoglobuline	1	90				1,2	113				2	193				,8	54			
Diabétothérapie (A)	2	5			6	2	6			7,5	3	10			13	1	3			4
Diabétothérapie (SA)	6	96			24	8	120			30	14	206			52	4	58			14
Soins postopératoires	4	224	24	90	5	5	280	30	113	6	9	482	52	193	11	2	134	14	54	3
Soins de plaies long terme	2	546	146	156		3	683	182	195		4	1174	313	335		1	328	87	94	
Soins palliatifs	5	105	70	175		6	131	88	219		11	226	151	376		3	63	42	105	
Adm. agents cytotoxiques	2	208				3	260				4	447				1	125			
Autres médicaments	1	15				1,2	19				2	32				,8	9			
TOTAL	61,4	1834	279	495	48	76,4	2293	348	619	60	129,2	3941	599	1062	104	37	1100	170	297	29

BUDGET PHASE 1**POUR LES 4 CLSC DU NORD DE LANAUDIÈRE**

Soins infirmiers : 9 168 h X 28,57 \$ / heure	261 930 \$
Aide à domicile : 1 396 h X 17,00 \$ / heure	23 732 \$
SIMAD : 2 444 h X 7,0 \$ / heure	17 108 \$
Services psychosociaux : 240 h X 28,57 \$ / heure	6 855 \$
Gardes et sorties : 1 sortie par client	34 741 \$
Frais de déplacements : 6,6 % de la masse salariale	21 596 \$
Fournitures et équipements : 80 \$ / client	24 320 \$
Secrétariat et administration : 5 % des salaires	17 218 \$
Transport (ponction veineuse et et médication autre) :	13 000 \$
* Formation des infirmières : 64 infirmières X 14 heures	25 600 \$
	<hr/>
TOTAL :	446 100 \$

- Les salaires comprennent les avantages sociaux et les parts de l'employeur.

* Budget corrigé le 6 octobre 1995.

BUDGET PHASE 1**CHRD****Formation :**

▶	Préparation des outils de gestion d'épisode de soins	
▶	Préparation de la formation	
▶	Préparation des outils de formation (cahier du participant) (2 infirmières X 5 jours)	1 660 \$
▶	Formation deux jours X 10 groupes d'infirmières (ratio : 2 formateurs pour 8 participants)	6 660 \$
▶	Secrétariat 2 journées	250 \$
** ▶	Déplacements du CH vers les CLSC	300 \$
		<hr/>
		8 870 \$

- * Une infirmière par CLSC est invitée à participer à la préparation de la formation (2 jours). Ces dernières pourront participer en coanimation à la diffusion de la formation pour leurs pairs.

1 journée X nombre de journées de formation/CSLC.

Pharmacie:

- * Un estimé des coûts relatifs au Service de pharmacie a été présenté par Pierre Neault totalisant un montant de 133 685 \$ pour l'actualisation de la phase 1. Cet estimé comprend les coûts de fournitures médicales, de médicaments ainsi que les salaires du pharmacien et de son assistant technique.

CONTRAT

DURÉE DU CONTRAT

La présente entente entrera en vigueur à partir de la date de la signature et aura une durée d'un an. Elle se renouvellera automatiquement par la suite d'année en année à moins d'avis contraire formulé par écrit par une des parties à l'ordre de l'autre, au moins 60 jours avant la date d'expiration ou de son renouvellement.

VALIDITÉ DE L'ENTENTE

- ▶ Pour être valide, la présente entente doit être déposée à la Régie régionale conformément à l'article 8.7 de la Loi des Services de santé et Services sociaux.

- ▶ Toute modification à la présente entente, pour être valide, doit être faite par écrit conjointement par les directeurs généraux des établissements et déposée à la Régie régionale.

- ▶ *Cette entente étant conclue dans un contexte d'incertitude en rapport aux compressions et aux transferts des ressources vers les CLSC, elle sera réévaluée en fonction de modifications importantes de ces éléments conjoncturels relativement au financement des phases 2 et 3.*

En foi de quoi, les parties ont signé le _____^e jour du mois de _____ 1995.

Directeur général du CHRDL

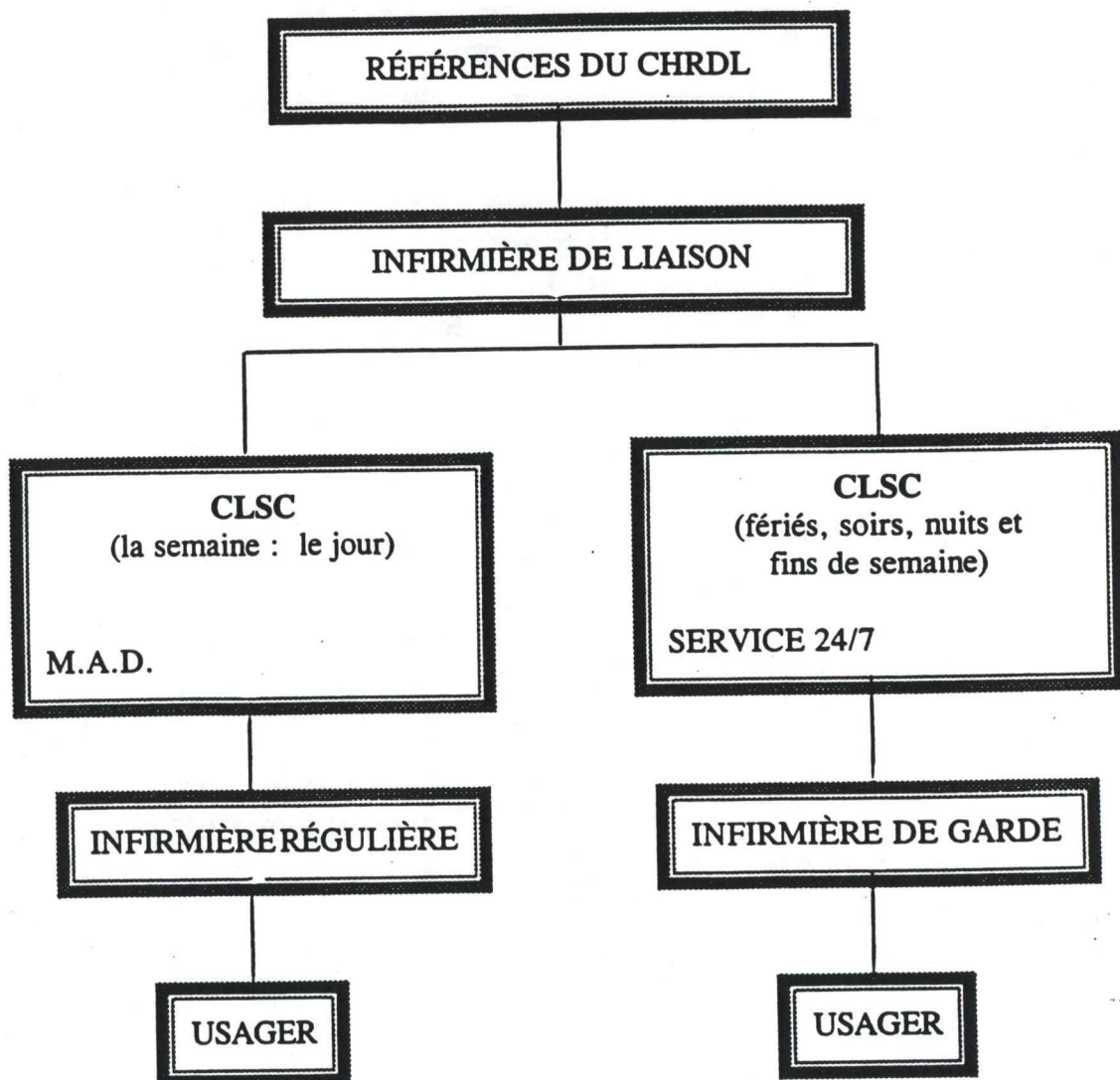
Directeur général du CLSC de Joliette

Directeur général du CLSC Matawinie

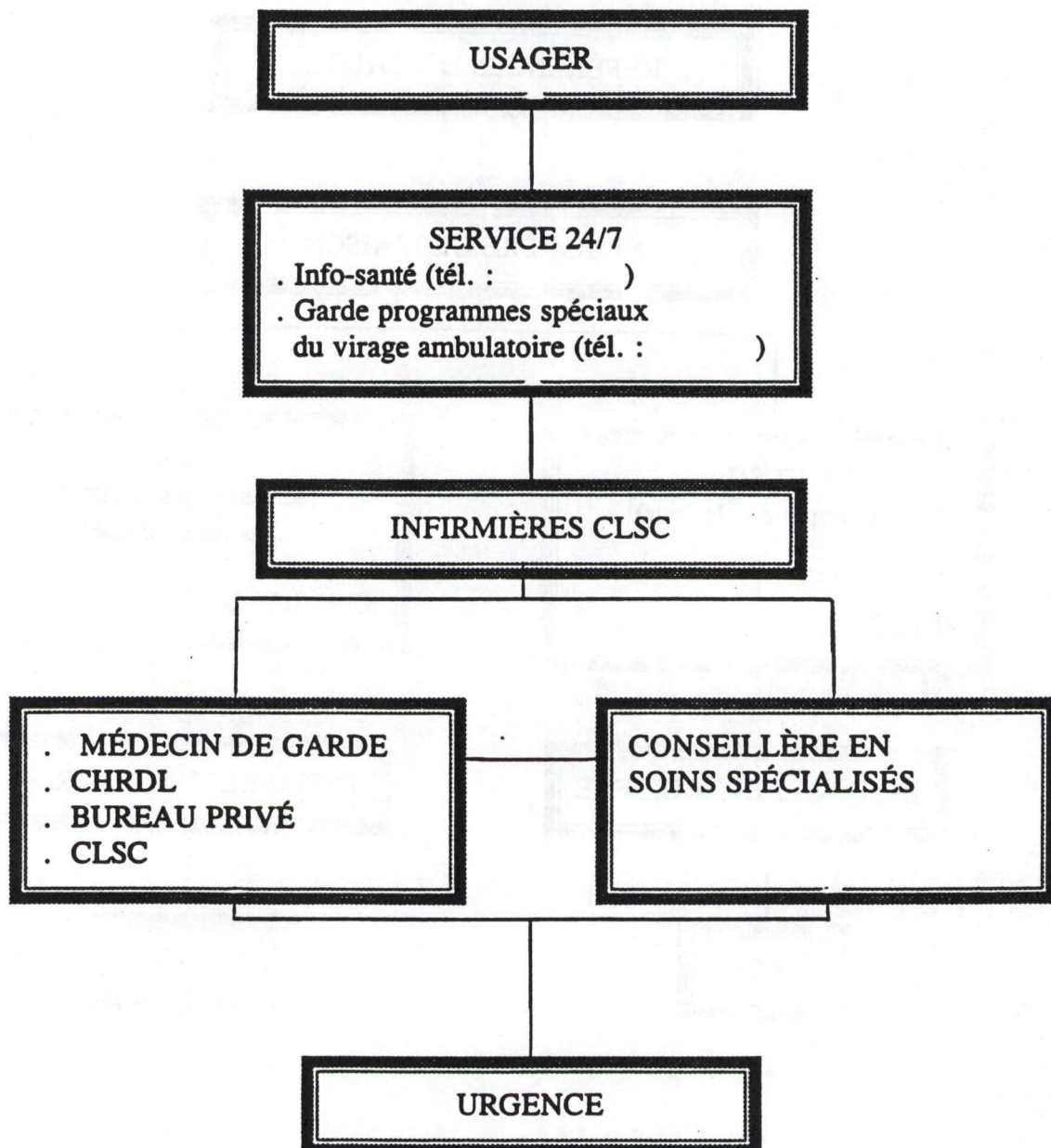
Directeur général du CLSC Montcalm

Directeur général du CLSC d'Autray

ALGORITHME POUR RÉPONDRE AUX RÉFÉRENCES DU VIRAGE AMBULATOIRE



ALGORITHME POUR RÉPONDRE AUX USAGERS DU VIRAGE AMBULATOIRE



ANNEXE 12

ENTENTE SPÉCIFIQUE INTER-ÉTABLISSEMENT

**ENTENTE SPÉCIFIQUE
SUR L'INTRAVEINOTHÉRAPIE
ENTRE LE CHRDL
ET LES CLSC DE LA RÉGION LANAUDIÈRE-NORD**

**CETTE ENTENTE EST ÉLABORÉE DANS LE CADRE
DU VIRAGE AMBULATOIRE**

NOVEMBRE 1995

© Copyright CHRDL-CLSC de la région Lanaudière-Nord - 1995 - Tous droits réservés
Toute reproduction de cette documentation est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.



TABLE DE MATIÈRES

1 -	OBJECTIF SPÉCIFIQUE	1
2 -	DESCRIPTION DE L'INTRAVEINOTHÉRAPIE	1
3 -	PRÉREQUIS SPÉCIFIQUES	1
4 -	ÉLÉMENTS DE L'ENTENTE SUR L'INTRAVEINOTHÉRAPIE (TABLEAU I)	2
4.1	TABLEAU I	2
4.2	DÉFINITIONS ET SPÉCIFICATIONS RELATIVES À CHAQUE ÉLÉMENT DU TABLEAU I.	5
5 -	MÉDICATION, ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES SPÉCIFIQUES À CHAQUE TRAITEMENT	8

1. OBJECTIF SPÉCIFIQUE

Assurer des traitements d'intraveinothérapie de façon sécuritaire à tous les usagers qui peuvent les recevoir à l'extérieur du CHRDL.

2. DESCRIPTION DE L'INTRAVEINOTHÉRAPIE

Les principaux traitements définis dans cette entente sont :

- . l'antibiothérapie I.V. court terme;
- . l'antibiothérapie I.V. long terme;
- . la corticothérapie IV;
- . l'administration d'albumine IV;
- . l'administration d'alimentation parentérale temporaire (partielle ou totale);
- . l'administration d'immunoglobuline IV;
- . l'administration de toute autre médication IV.

3. PRÉREQUIS SPÉCIFIQUES

- ▶ Utiliser les outils de gestion de l'épisode de soins interdisciplinaires et interétablissements, incluant la planification du suivi médical.
- ▶ Utiliser de préférence des accès vasculaires périphériques ou centraux qui permettent l'administration intraveineuse avec le même cathéter pour la durée du traitement.

4. ÉLÉMENTS DE L'ENTENTE SUR L'INTRAVEINOTHÉRAPIE

4.1 TABLEAU I

TRAITEMENT	ESTIMATION DU NOMBRE ANNUEL/ TEMPS D'ADMINISTRATION	INDICATIONS	NATURE DE LA CLIENTÈLE	SERVICES À DOMICILE REQUIS	SUIVI MÉDICAL PLANIFIÉ
Antibiothérapie I.V. de courte durée	200/ 1 jour à 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> . bursite . cellulite . pyélonéphrite aiguë . diverticulite . infection des tissus mous sans ostéite. . bronchiectasie surinfecté . sinusite . abcès amygdalien . pneumonie . fin de traitement de toute indication . tout autre Dx pouvant se prêter à l'antibiothérapie I.V. sans possibilité de traitement oral alternatif sauf méningite et endocardite bactérienne 	<p>- Autonome : (4/5 du nombre global estimé)</p> <hr/> <p>- Semi-autonome : (1/5 du nombre global estimé)*</p>	<p>- Infirmières (2-3 fois/sem.)</p> <hr/> <p>- Infirmières (2 à 3 fois/jour)</p> <p>. Aide aux A.V.Q. prn</p>	Microbiologiste et médecin traitant
Antibiothérapie I.V. de longue durée	25/ 2 à 6 semaines	<p>Long terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> . ostéite . arthrite septique . pyélonéphrite compliquée . pneumonie d'acquisition nosocomiale . bronchiectasie surinfectée . abcès rénal . abcès à d'autres sites . HIV 	<p>- Autonome (4/5 du nombre global estimé)*</p> <hr/> <p>- Semi-autonome : (1/5 du nombre global estimé)*</p>	<p>- Infirmières (2 à 3 fois/sem.)</p> <hr/> <p>- Infirmières (2 à 3 fois/jour)</p> <p>- Aide aux A.V.Q. prn</p> <p>- Aide aux A.V.D prn</p>	Microbiologiste et médecin traitant

TRAITEMENT	ESTIMATION DU NOMBRE ANNUEL/ TEMPS D'ADMINISTRATION	INDICATIONS	NATURE DE LA CLIENTÈLE	SERVICES A DOMICILE REQUIS	SUIVI MÉDICAL PLANIFIÉ
Corticothérapie IV	30/ 1 à 2 semaines	. maladie inflammatoire de l'intestin	<ul style="list-style-type: none"> - Autonome (4/5 du nombre global estimé)* <hr/> - Semi-autonome (1/5 du nombre global estimé)* 	<ul style="list-style-type: none"> . Infirmière 1 à 2 fois/jour . Aide aux A.V.Q. prn . Aide aux A.V.D. prn <hr/> . Infirmière 2 à 3 fois/jour . Aide aux A.V.Q. prn . Aide aux A.V.D. prn . Intervenant psycho-social prn 	Gastro-entérologue et médecin traitant
Administration d'albumine IV	10/ 1 semaine	. malabsorption	<ul style="list-style-type: none"> - Autonome (1/5 du nombre global estimé)* <hr/> - Semi-autonome (4/5 du nombre global estimé)* 	<ul style="list-style-type: none"> . Infirmière 1 fois/jour <hr/> Infirmière 1 fois/jour . Aide aux A.V.Q. prn . Aide aux A.V.D. prn . Intervenant psychosocial prn 	Gastro-entérologue et médecin traitant

TRAITEMENT	ESTIMATION DU NOMBRE ANNUEL/ TEMPS D'ADMINISTRATION	INDICATIONS	NATURE DE LA CLIENTÈLE	SERVICES À DOMICILE REQUIS	SUIVI MÉDICAL PLANIFIÉ
Alimentation parentérale	10/ 1 à 2 semaines	. tout usager dénutri	- Autonome/semi-autonome	. Infirmière (1-3 fois/jour) . Aide aux A.V.Q. prn . Aide aux A.V.D. prn . Intervenant psychosocial prn	Gastro-entérologue, chirurgien et médecin traitant
Administration d'immunoglobuline	5/ 1 fois/jour à tous les mois	. maladies immunodéficientes . maladies auto-immunes	- Autonome/semi-autonome	. Infirmière de la clinique santé des CLSC	Médecin spécialiste et médecin traitant
Administration de tout autre médicament I.V. sauf pour les antinéoplasiques et antiviraux (autre entente) 1) Arédia 2) 3) ...	--/selon la médication 1 fois/sem. x 6 sem.	1) Maladie de Paget	- Autonome/semi-autonome	. Infirmière 1 à 2 fois/jour ou . Infirmière de la clinique santé	Néphrologue et médecin traitant

* Les propositions du nombre d'usagers autonomes et semi-autonomes sont inscrits à titre d'indicatifs pour fin de calcul initial des ressources.

4.2 DÉFINITIONS ET SPÉCIFICATIONS RELATIVES À CHAQUE ÉLÉMENT DU TABLEAU I

1) ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS/TEMPS D'ADMINISTRATION

Spécifications :

Pour la première année, l'estimation du nombre d'usagers et du temps d'administration pour chaque traitement a été établie principalement à partir des listes de DRG et de l'expérience de l'ensemble des intervenants qui réalisent l'entente. Après une première année d'utilisation, les statistiques permettront de réévaluer ces éléments de l'entente (tableau I).

2) INDICATIONS

Spécifications :

L'ensemble des indications énumérées ont été identifiées par des représentants médicaux de chaque discipline concernée et de nombreux médecins omnipraticiens du CHRDL. Ces indications ne se veulent pas exhaustives, aussi, d'autres indications pour les traitements identifiés peuvent être ajoutées au cours de l'année (tableau I).

3) NATURE DE LA CLIENTÈLE

Définitions :

Clientèle autonome :

On peut définir pour les fins de la présente entente la clientèle autonome comme l'utilisateur/famille qui est capable d'assurer une grande partie de son traitement en maîtrisant les connaissances qui y sont reliées, les habiletés/capacités physiques nécessaires pour effectuer les différents soins/surveillance. Aussi, l'utilisateur/famille doit pouvoir démontrer une compréhension minimale de l'importance de son traitement/du respect des procédures qui y sont reliées (tableau I)

Clientèle semi-autonome :

La clientèle semi-autonome est définie dans la présente entente comme l'utilisateur/sa famille qui ne peut assurer qu'une faible partie de son traitement soit par difficulté/incapacité d'apprentissage dans le temps requis, soit par manque d'habiletés/capacités physiques nécessaires pour effectuer les différents soins/surveillance, soit par la non-compréhension de l'importance de son traitement/respect des procédures qui y sont reliées, soit par manque de motivation, ou que le degré d'anxiété est trop élevé pour réaliser des apprentissages.

Spécifications :

Au CHRDL, une évaluation de l'utilisateur et de sa famille en regard de l'intraveinothérapie est réalisée par la conseillère en soins spécialisés. À partir de cette évaluation, l'utilisateur/sa famille est classifié comme autonome ou semi-autonome. L'enseignement et les moyens d'enseignement utilisés tiendront compte des particularités de la clientèle.

4) SERVICES À DOMICILE REQUIS

Spécifications :

Au CHRDL, une deuxième évaluation de l'utilisateur/famille en regard du milieu, en tenant compte des informations transmises par la conseillère en soins spécialisés, est réalisée par l'infirmière de liaison. Cette dernière transmet au CLSC les informations relatives à l'utilisateur/famille, les services à domicile requis en terme de ressources humaines et le nombre de visites nécessaires selon le traitement et la nature de la clientèle. Au CLSC, l'infirmière qui assure les soins réévalue les services requis et réalise les ajustements nécessaires au besoin.

5. SUIVI MÉDICAL PLANIFIÉ

Spécifications :

- . Antibiothérapie I.V. de courte durée : le traitement est initié par le microbiologiste et le suivi médical régulier est assuré par ce dernier.
- . Antibiothérapie I.V. de longue durée : le traitement est initié par le microbiologiste et le suivi médical régulier est assuré par ce dernier.
- . Corticothérapie I.V. : le traitement est initié par le gastro-entérologue ou autre médecin spécialiste et le suivi médical régulier est assuré par le médecin qui a initié le traitement.
- . Administration d'albumine I.V. : le traitement est initié par un médecin spécialiste ou le médecin traitant et le suivi médical régulier est assuré par le médecin qui a initié le traitement.
- . Alimentation parentérale : le traitement est initié par un médecin spécialiste et le suivi médical régulier est assuré par ce dernier.
- . Administration d'immunoglobuline I.V. : le traitement est initié par un médecin spécialiste ou médecin traitant et le suivi médical régulier est assuré par le médecin qui a initié le traitement.
- . Administration de tout autre médicament : le traitement est initié par un médecin spécialiste ou un médecin traitant et le suivi médical régulier est assuré par le médecin/équipe de médecins qui a initié le traitement.

5. MÉDICATION, ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES SPÉCIFIQUES À CHAQUE TRAITEMENT

Traitements	Médication, équipements et fournitures médicales	Organisme responsable
Antibiothérapie I.V. de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> . Antibiotique préparé dans un soluté . Bouteilles à administration contrôlée intermittente et continue . Les tubulures et seringues reliées aux bouteilles à administration contrôlées . Cathéters périphériques 	CHRDL (Pharmacie) " " CLSC "
Antibiothérapie I.V. de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> . Antibiotiques préparés dans un soluté . Pompes ou bouteilles à administration contrôlée intermittente et continue . Tubulures et seringues reliées aux pompes à administration contrôlées . Cathéters périphériques 	CHRDL (Pharmacie) " " " " CLSC
Corticothérapie	<ul style="list-style-type: none"> . Corticoïde préparés dans un soluté . Soluté . Pompes ou bouteilles à administration contrôlée intermittente et continue . Tubulures et seringues reliées aux pompes à administration contrôlées . Cathéters périphériques 	CHRDL (Pharmacie) " " " " " " CLSC
Administration d'albumine	<ul style="list-style-type: none"> . Albumine . Tubulure à administration d'albumine . Tiges à soluté . Tubulures à soluté (micro ou macro) . Burétrol ou pompes volumétriques . Cathéters périphériques 	CHRDL (Laboratoire) " " CLSC " " "
Administration d'alimentation parentérale I.V. temporaire (partielle ou totale)	<ul style="list-style-type: none"> . Solutions d'alimentation parentérale . Tiges à soluté . Tubulures à administration d'alimentation parentérale. . Cathéters périphériques 	CHRDL (Pharmacie) " " CLSC "
Administration d'immunoglobulines	<ul style="list-style-type: none"> . Immunoglobuline . Tubulure à administration d'immunoglobuline . Tiges à soluté . Tubulures à soluté (micro ou macro) . Burétrol ou pompes volumétriques . Trousse pour pallier au choc anaphylactique incluant la médication. 	CHRDL (Laboratoire) " " CLSC " " "
Administration de toute autre médication IV	<ul style="list-style-type: none"> . Médication prescrite préparée dans un soluté . Tiges à soluté . Tubulures à soluté (micro ou macro) . Burétrol ou pompes volumétriques. 	CHRDL (Pharmacie) CLSC " "

BIBLIOGRAPHIE

Monographies et recueils

- AUBY, J.M., LAJOIE, A. et MOLINARI, P.A., *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981.
- BAUDOIN, J.L., *La responsabilité civile*, 5e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1998.
- BERNARDOT, A. et KOURI, R.P., *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Éditions Revue de Droit, Université de Sherbrooke, 1980.
- CRÉPEAU, P.A., *La responsabilité médicale et hospitalière dans la jurisprudence québécoise récente*, (1960) 20 R. du B. 433.
- FRÉCHETTE, J.-G., *Vision juridique du dossier de santé (problèmes quotidiens)*, Association québécoise des archivistes médicales, Rock Forest, 1990, 467 p.
- GOULET, D., *Histoire du Collège des médecins du Québec 1847-1997*, Collège des médecins du Québec, Montréal, 1997, 263 p.
- LESAGE-JARJOURA, P., *La cessation du traitement: au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, les Éditions Yvon Blais, 1990.
- LESAGE-JARJOURA, LESSARD et PHILIPS-NOOTENS, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995, 376p.
- MARTIN, D., MÉNARD, J.P., *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1992, 141p.
- MÉNARD, J.P., *Le Code civil du Québec et les aspects du fonctionnement de l'établissement dans ses relations avec les usagers*, Montréal, Confédération québécoise des centres d'hébergement et de réadaptation, 1994, 214 p.
- MÉNARD, J.-P., "Virage ambulatoire et responsabilité médicale et hospitalière", *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, (1999), Les Editions Yvon Blais Inc. , Coansville, 259 p.
- VINEY, G., *Traité de droit civil - Les obligations, la responsabilité, les conditions*, sous la direction de Jacques Ghestin, Paris, LGDJ, 1982.

Articles de revue

- AITA, M., et al., «Service prénatal à domicile; poursuivre sa grossesse à la maison malgré un travail prématuré», *L'infirmière du Québec*, 4:6, (juillet/ août 1997), 14.
- BEAUPRÉ, A., «Le service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD)», Université de Montréal, (19 décembre 1996), 1.

- BILODEAU, J., «La ventilation assistée à domicile: une gestion complexe de soins spécialisés», *L'infirmière du Québec*, 3:3, (janvier /février 1996), 24.
- CHRISTIN, L. et al, «Programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile», *L'infirmière du Québec*, 1:4, (mars/avril 1994), 56
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, "Réserve et partage d'actes professionnels - Mémoire sur l'approche présentée par l'Office des professions", *Le Collège*, 36:2, juillet 1996, 20.
- COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *Annales*, mai 1987, Tome 20, no 3.
- DALLAIRE, L., «Hospitalisé à domicile en attendant sa chirurgie», *Le Soleil*, (20 juillet 1997).
- DENIS, M., «L'endocholécystectomie en chirurgie d'un jour grâce au suivi infirmier à domicile», *L'infirmière du Québec*, 6:5, (mai/juin 1999), 17.
- DESROSIERS, G., «Pour ou contre le virage ambulatoire», *L'infirmière du Québec*, 2:6, (juillet/août 1995), 4.
- DROUIN, D., «Les soins palliatifs pédiatriques à domicile; pour un accompagnement de choix», *L'infirmière du Québec*, 3:6, (juillet/août 1996), 30.
- DUSSAULT, G., "La politique de la délégation des actes professionnels au Québec", *Analyse de Politiques*, 1985, 11:2, 218.
- GORMAN, L., «Maintien à domicile; système de garde 24 heures sur 24», *L'infirmière du Québec*, 4:6, (juillet/août 1997), 18.
- LABBÉ, N., «Un suivi fondé sur le partenariat; la surveillance de l'ictère physiologique du nouveau-né à domicile», *L'infirmière du Québec*, 5:4, (mars/avril 1998), 47.
- LAPOINTE, D., "Les dossiers des patients et les poursuites en responsabilité médicale", *Bulletin*, 3:2, avril 1993.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, «Des ateliers qui projettent les infirmières dans l'avenir», *L'infirmière du Québec*, 6:3, (janvier/février 1999), 24.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, L'examen professionnel sera renouvelé, *Le Journal*, 6:1, (septembre/octobre 1998), 6.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *L'exercice infirmier en CLSC*, constats et recommandations, Montréal, juin 1994, 34p.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, "Les infirmières devront préciser leur place dans le système de santé", *Le Journal*, 7:3, janvier \ février 2000, 2.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Rapport sur la formation infirmière, *Le Journal*, 7:1, (septembre/octobre 1999), 1.
- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, "Norme 93.02: Utilisation du télécopieur dans la transmission des ordonnances en établissement de santé", *Informations professionnelles*, no 49, juin 1993, 4p.
- TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS, «Projet de télé médecine à domicile: une transition intégrée entre l'hôpital et la maison», *Strategis*, (18 février 1999).

VILLEMURE, J., «Programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile; des clients responsables de leur santé», *L'infirmière du Québec*, 5:4, (mars/avril 1998), 51.

Autres documents cités

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Le consentement*: guide à l'intention des médecins du Canada, 2e édition, Ottawa, ACPM, 1991.

BAUDOIN, J.-L., Le secret professionnel en droit québécois et canadien, (1974) 5, R.G.D. 7.

BÉLANGER, P., BENOÎT, S., ZAOR, J. pour A.H.Q., *Le dossier de l'utilisateur*, Collection Code civil du Québec, Montréal, 1993, 24 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (en collaboration avec l'OIIQ, la Fédération des CLSC du Québec et l'AHQ), *Interprétation commune de la responsabilité de différents acteurs dans les soins à la personne malade*, Montréal, mars 1997, 8 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, Ordonnances de médicaments; modalités d'émission et d'exécution pour la clientèle hors établissement, Montréal, 1996, 16 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC., *Tenue du dossier - Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, Montréal, C.M.Q., 1996, 16 p.

COMITÉ D'ÉTUDE DES TERMES DE MÉDECINE, *Glossaire des termes médico-hospitaliers*, Montréal, Laboratoires Ayerst, avril 1970, 39p.

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Le traitement médical et le droit criminel*, Document de travail 26, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1980.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Virage ambulatoire: notes exploratoires*, février 1996, 28p.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Volet 3: Virage ambulatoire, services à domicile*, Collection " La transformation du réseau", juin 1995, 39 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Direction de la qualité de l'exercice, *La pratique privée en soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 40 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Direction de la qualité, *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, octobre 1996, 29p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Perspectives de soins infirmiers dans le contexte du virage ambulatoire*, Montréal, OIIQ, septembre 1996, 62p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Le plan directeur de l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Montréal, décembre 1997, 46p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Règlement des actes infirmiers, règlement des actes médicaux*, Montréal, octobre 1980, 45 p.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, Guide des soins et services pharmaceutiques en CLSC, O.P.Q., Montréal, 1995, 22p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1992, 192p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la santé et des services sociaux, *Les services à domicile de première ligne, cadre de référence*, mai 1994, 21p.

GRANGER, D. et LEFEBVRE, C., *Revue de littérature sur les modèles et les stratégies de prestation de services communautaires offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et mentale et à leurs aidants naturels*, Rapport de recherche, Université de Montréal, 1991.

HAVENS, B., Allocution, *Conférence nationale sur les soins à domicile*, Halifax, Nouvelle-Écosse, 8 au 10 mars 1998, p.17, en ligne: Santé Canada <<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/discours/9mar98m.htm>>

LÉVESQUE, N., *La qualité des soins infirmiers: la perspective des personnes âgées soignées à domicile*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Université Laval, juin 1995, 144p.

MÉMÉTEAU, G. *Volonté du malade opposée à l'intérêt du malade: provocation à une réflexion hérétique*, (1988) 18 R.D.U.S. 265.

SANTÉ CANADA, Direction générale des programmes et des services de santé, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et territoires du Canada*, octobre 1993.

SANTÉ CANADA, *Rapport sur les soins à domicile* (préparé par le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile, un groupe de travail de sous-comité fédéral-provincial-territorial sur les soins prolongés), 1990, 57 p.

TOTH, F., *Le droit du patient d'être informé: un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne*, (1989) 20 R.D.U.S. 161.

TABLE DE JURISPRUDENCE

- Alloi-Lussier c. Centre d'hébergement Champlain*, [1996] R.J.Q. 311 (C.S.).
- Arès c. Venner*, [1970] R.C.S., 608.
- Beausoleil c. Communauté des soeurs de la Charité de la Providence et Forest*, (1965) B.R. 37.
- Bissonnette et al. c. Succession Lejeune*, C.S. St-François, no 32, 681, le 11 janvier 1982, j. Gervais.
- Boivin c. Mutuelle d'Omaha et Hôpital de Chicoutimi*, [1990] no 155-05-000065-897.
- Boudreau-Gingras c. Gilbert*, J.E. 82-446 (C.S.)
- Bureau c. Sakkal*, [1994] R.R.A. 893 (C.S.).
- Cardin c. Cité de Montréal*, [1961], R.C.S. 655, p. 659.
- Carrefour de la santé et des services sociaux de la S... c. C. (A.), [1999] R.D.F. 292.
- Chouinard c. Robbins*, [1998] C.S., 3507.
- Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119, 136
- Cité de la Santé de Laval c. Lacombe*, [1992] R.J.Q., 58 à 62.
- Collège des médecins du Québec c. Demers*, [1999] C.S., Montréal, No. AZ-50067939.
- Corporation professionnelle des médecins c. Larivière*, [1984] C.A. 365.
- Couture-Jacquet c. Montreal Children Hospital*, (1986) R.J.Q.1221, (C.A.).
- Déziel c. Régnault*, [1974] C.S. 624.
- Douglas Hospital Center c. T. (C.)*, [1993] R.J.Q. 1128 (C.S.).
- Dubois c. Gaul*, [1989] R.J.Q., 1260 (C.S.).
- Dubord-Bois c. Corporation professionnelle des médecins du Québec*, [1997] J.E. 98-72.
- Filion c. Hôpital Ste-Justine et garde Magnan*, C.S. Montréal, no 500-05-521137-66, 28 fév. 1966; conf. C.A. Montréal, no 500-09-009371-68, 30 déc. 1968.
- Filion c. Villeneuve*, [1999] R.R.A. 854 (C.S.).
- Gagnon c. Corporation Hôpital de Sept-Îles et Pelletier*, C.S. Hauterive. n° 5317, 27 janvier 1972.
- Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (CA).
- G. v. C. et de Coster*, [1960] B.R. 161.
- Gravel c. Hôtel Dieu d'Amos*, [1984] C.S. 792, [1989] R.J.Q. 64 (C.A.).
- Heather McLeod-Doucet c. O.I.I.Q.*, [1993] D.D.C.P. 231.
- Hôpital de Chicoutimi c. Battikha*, [1997] R.J.Q. 2121 (C.A.).
- Hôpital Général de la région de l'amiante Inc. c. Perron*, (1979) C.A. 567.
- Hôpital St-Charles Borromée c. G. (G.)*, [1994] R.D.F. 27. (C.S.).
- Hôpital St-François d'Assise c. Roy-Goulet*, J.E. 82-715 (C.A.).
- Hopp c. Lepp*, (1980) 2 R.C.S. 192.
- Houde c. Côté*, [1987] R.J.Q. 723 (CA).

- Institut Philippe Pinel de Montréal c. Gharavy, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.).
- Institut de réadaptation de Montréal c. Dr Pierre Lacoste, Dr Jacques Duranceau et Jane Boucher*, (n.r.) août 1981, C.S. district de Montréal, no 500-05-007849-803.
- In re: Enfant Maude Goyette et le Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain*, (1983) C.S. 429.
- Isabelle c. Beaulieu*, J.E. 80-494, (C.P.).
- Joseph Brant Memorial Hospital c. Koziol*, [1978] R.C.S. 491.
- Laferrière c. Lawson*. [1991]1 R.C.S. 541.
- Lapointe c. Hôpital Legardeur*, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.); inf. C. suprême du Canada, n° 21697, 13 fév. 1992.
- Laporte c. Collège des pharmaciens de la province de Québec*, [1976] R.C.S. 101.
- Laurent c. Hôpital Notre-Dame de L'Espérance*, [1978] 1 R.C.S. 605, 610.
- Leadbetter c. Brand*, (1980) 37 N.S.R. (2nd) 581, p.601, no 49 (N.S.S.C.).
- Lise Lemieux Cacchione c. O.I.I.Q.*, [1998] D.D.O.P. 264.
- Mainville c. Cité de la Santé de Laval*, [1998] R.J.Q. 2082 (C.S.).
- Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil*, (1991) R.J.Q. 712.
- Marcel Durant c. Corporation professionnelle des médecins*, [1988], C.S., No. 500-36-000094-840.
- Marie-Luce Vézina c. Corporation professionnelle des médecins*, [1998], C.A., 2940.
- Mc Inerney c. Mac Donald*, [1992] R.C.S. 138.
- Morin c. Blais*, [1977]1 R.C.S. 570.
- Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, (1991) R.J.Q., 361.
- Neuzen c. Korn*, [1993] 81 B.C.L.R. (2d) 39.
- Neuzen c. Korn*, [1995]3 R.C.S., 674.
- O.I.I.Q. c. Chantal Brunet*, [1995] D.D.O.P. 42.
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières c. Claudine Roussy*, [1995] D.D.O.P. 38.
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières c. Diane Dupont*, [1996] D.D.O.P. 69.
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières c. Francine Brouillard*, [1995] D.D.O.P. 28.
- O.I.I.Q. c. Heather McLeod-Doucet*, [1992] D.D.C.P. 93.
- Parent v. Lapointe*, [1952] R.C.S. 376.
- Pauzé c. Gauvin*, [1954] R.C.S. 15.
- Pépin c. Hôpital du Haut-Richelieu*, [1983] C.A. 292.
- Perron c. Hôpital Général de la Région de l'Amiante*, [1976] C.S. 1191, [1979] C.A. 567.
- Poulin c. Prat*, [1995] R.J.Q., 2923 (C.S.); [1997] R.J.Q. 2669 (C.A.).
- Protection de la jeunesse 332*, (1988) R.J.Q. 1666 (C.S.).
- Reibl c. Hughes*, (1980) 2, R.C.S. 880.
- Roberge c. Bolduc*, [1991] 1 R.C.S. 374
- Stacey c. Plante*, [1979] C.S. 665.

Tabah c. Liberman, [1990] R.J.Q. 1230 (CA)

Thomassin c. Battikha et Hôpital de Chicoutimi, [1990] R.J.Q. 2275 (C.S.).

Thomassin c. Pharmacie Escompte Jean-Coutu, [1983] C.P. 228.

T. (N.) c. N.-T., [1999] R.J.Q. 223 (C.S.).

Tremblay c. Claveau, [1990] R.R.A. 268 (C.A.).

Vigneault c. Mathieu, [1991] R.J.Q., 1607 (C.A.).

[1974] 2 W.W.R. 709 (B.C.S.C.).

X. c. Mellen [1957] B.R. 389.

TABLE DE LÉGISLATION

Textes fédéraux

Charte canadienne des droits et libertés de la personne, L.R.C 1985, app. II no. 44 annexe B, partie 1.

Code criminel canadien, S.R.C., 1970, c. C-34, art. 265.

Textes québécois

Charte de la langue française, L.R.Q., c. C-11.

Charte québécoise des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec

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

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1.

Loi sur le curateur public, L.R.Q., c. C-81.

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

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., 1981, c. I-8, r.4.

Règlement concernant les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers, R.R.Q., c. I-8, r.1.

Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9.

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.4.

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, Décision, (1982) 114 G.O. II, 22.

Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin, R.R.Q., c. M-9, r.11. 1

Règlement sur la tenue des dossiers d'un médecin, R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 19.

Loi sur la pharmacie, L.R.Q., c. P-10.

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1.

Loi sur la protection de personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.Q., 1997, c. 79.

Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35.

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

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.R.Q., S-5, r. 3.01.