

S
O
I
N
S

D
E

P
R
E
M
I
È
R
E

L
I
G
N
E

ÉTENDUE DES ACTIVITÉS MÉDICALES EXERCÉES
PAR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN
S O I N S D E P R E M I È R E L I G N E

DOCUMENT CONJOINT



S
O
I
N
S
D
E
P
R
E
M
I
È
R
E
L
I
G
N
E

ÉTENDUE DES ACTIVITÉS MÉDICALES EXERCÉES
PAR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN
SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

DOCUMENT CONJOINT



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Production

Service des publications

Sylvie Couture
Chef de service

Karine Méthot
Adjointe à la production

Claire Demers
Adjointe à l'édition

Conception et réalisation graphique

Marc Sénécal/inoxidée

Révision linguistique

Claire Saint-Georges

Lecture d'épreuves

Odette Lord

Distribution

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Centre de documentation

4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-5273
cdoc@oiiq.org
www.oiiq.org

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
info@cmq.org
www.collegedesmedecins.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

OIIQ : ISBN 978-2-89229-443-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89229-444-6 (PDF)
CMQ : ISBN 978-2-920548-58-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-920548-59-6 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2008
© Collège des médecins du Québec, 2008

Tous droits réservés

Note — Conformément aux politiques rédactionnelles respectives de l'OIIQ et du CMQ, le féminin inclut le masculin lorsqu'il est question des infirmières, et le masculin inclut le féminin lorsqu'il est question des médecins, cela en vue d'alléger le présent document.

Coordination

Suzanne Durand

Directrice, Direction du développement et du soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Recherche et rédaction

Suzanne Durand

Directrice, Direction du développement et du soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Manon Allard

Infirmière-conseil, Direction du développement et du soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Soutien à la rédaction

D^r Claude Ménard

Adjoint à la Direction générale et au secrétaire
Collège des médecins du Québec

M^e Hélène d'Anjou

Avocate, Direction des services juridiques
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^e Linda Bélanger

Avocate, Direction des services juridiques
Collège des médecins du Québec

Consultation

M^e Christiane Larouche

Avocate
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

D^r Yves Langlois

Omnipraticien en cabinet privé
Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville
Membre du Bureau de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

**Membres du comité conjoint consultatif paritaire OIIQ-CMQ
sur la création du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée
en soins de première ligne**

Sophie Charland

Infirmière en pratique avancée, M.Sc., IA (cat. spéc.), Ontario
CSSS Nord de Lanaudière

Dr Roger Dubé

Omnipraticien, responsable du GMF Boréal
Directeur des services professionnels, Centre hospitalier régional Baie-Comeau
Membre du département régional de médecine générale

Suzanne Durand

Directrice, Direction du développement et du soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Isabelle Goulet

Infirmière praticienne de première ligne, IA (cat. spéc.), Ontario
Centre de santé communautaire du Témiskaming, Ontario

Louise Hagan

Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Dr Raymond Lalande

Omnipraticien, vice-doyen aux études de premier cycle, Faculté de médecine
Université de Montréal

Dr Yves Langlois

Omnipraticien en cabinet privé
Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville
Membre du Bureau de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dr Claude Ménard

Adjoint à la Direction générale et au secrétaire
Collège des médecins du Québec

T A B L E D E S M A T I È R E S

Introduction	9
Chapitre 1 : Le contexte de pratique et l'offre de service ..	11
La clientèle visée.....	11
Rôles et responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne	12
Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et des accidents.....	13
Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives à l'évaluation de la santé, à la détermination et à la gestion de problèmes de santé courants	14
Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives aux patients atteints de maladies chroniques stables	15
Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives au suivi de grossesse.....	16
Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives aux soins à la famille et à la communauté	17
Responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée.....	17
Demandes d'interventions médicales obligatoires	18
Situations qui nécessitent obligatoirement une demande d'intervention médicale	18
Modalités de la demande d'intervention faite au médecin partenaire.....	19
Demande de services professionnels.....	20
Chapitre 2 : La pratique de collaboration	21
Conditions essentielles au développement de la pratique de collaboration	21
Bénéfices de la collaboration	22
Chapitre 3 : Les activités médicales de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne	23
Prescription d'examens diagnostiques.....	23
Utilisation de techniques diagnostiques effractives ou présentant des risques de préjudice.....	27

Prescription de médicaments ou d'autres substances.....	27
Prescription et ajustement.....	27
Administration et surveillance clinique.....	28
Liste des classes de médicaments réglementés.....	28
Prescription des traitements médicaux.....	36
Utilisation des techniques ou application de traitements médicaux effractifs ou présentant des risques de préjudice	36
Soigner et suturer une plaie.....	37
Inciser et drainer un abcès	37
Installer une canule œsophago-trachéale à double voie	38
Exemples d'activités réservées que le médecin de famille et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peuvent partager ou non.....	38
Chapitre 4 : Aspects légaux et encadrement de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.....	41
La pratique en établissement.....	41
La directrice des soins infirmiers	41
Le chef de département clinique	42
La pratique hors des établissements.....	42
Conditions d'application locales d'une activité médicale autorisée	43
Surveillance de la façon dont s'exerce une activité médicale que l'infirmière praticienne spécialisée est habilitée à exercer	44
Surveillance de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée par les ordres professionnels	45
Responsabilité professionnelle de l'infirmière praticienne spécialisée	45
Assurance responsabilité professionnelle	46
Collaboration entre le résident en médecine et l'infirmière praticienne spécialisée	46
Chapitre 5 : Les modalités de pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en régions isolées.....	47
Description et situation des régions isolées.....	47
Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	47

Nunavik.....	47
Territoire de la Baie-James	48
Premières Nations	48
Communautés des Premières Nations de Lac-Rapide et Winneway	48
Situations d'urgence en régions isolées.....	49
Activités médicales	50
Faire un accouchement d'urgence et traiter les hémorragies du post-partum	50
Appliquer certains traitements médicaux.....	51
Prescrire des médicaments ou d'autres substances	53
Exercer les activités médicales de soins avancés en réanimation cardiorespiratoire	53
Formation requise.....	58
Conclusion	58
Références	59
Documents d'accompagnement	1
Annexe 1 : Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires	1
Annexe 2 : Entente de partenariat entre l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin partenaire	25
Liste des tableaux	
Tableau 1.1 Examens radiologiques	24
Tableau 1.2 Examens échographiques	25
Tableau 1.3 Autres tests diagnostiques	25
Tableau 1.4 Analyses de laboratoire	25
Tableau 2.1 Liste des classes de médicaments que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut prescrire avec ou sans restrictions.....	30
Tableau 3.1 Exemples d'activités réservées que le médecin de famille (MF) et l'IPS en soins de première ligne peuvent partager ou non	38
Tableau 4.1 Liste non exhaustive de situations d'urgence pouvant survenir dans les régions isolées	49
Tableau 5.1 Liste des classes de médicaments supplémentaires utilisées en régions isolées	53

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont élaboré les présentes lignes directrices afin de soutenir les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne dans leur travail. Ces lignes directrices se veulent également un guide pour les établissements de santé, les groupes de médecine de famille, les cliniques médicales privées et les dispensaires en régions isolées ou tout autre milieu qui auront à définir la pratique de collaboration entre ces deux catégories de professionnels de la santé.

Depuis janvier 2003, un nouveau cadre législatif, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, favorise la création du rôle de l'IPS au Québec. En plus des activités propres à sa profession, l'infirmière praticienne spécialisée pourra exercer cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) à condition de posséder un certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ et d'y être habilitée par le CMQ, en vertu du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*.

9

Les *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* traitent, dans un premier temps, du contexte de pratique de cette IPS ainsi que de ses différents rôles et responsabilités. Dans un deuxième temps, on y aborde la question de la pratique de collaboration, élément d'une importance primordiale dans la réussite du partenariat entre le médecin de famille et l'IPS en soins de première ligne. Dans le troisième chapitre, on y décrit en détail les activités médicales exercées par l'IPS en soins de première ligne. Le quatrième chapitre aborde ensuite les aspects légaux et l'encadrement de la pratique de l'IPS en soins de première ligne. Dans le dernier chapitre, vous trouverez les modalités de la pratique de l'IPS en soins de première ligne lorsqu'elle travaille en régions isolées et qu'elle a suivi une formation supplémentaire. Un *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires* ainsi qu'un modèle d'entente de partenariat préparés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec sont joints aux présentes.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne exerce en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille accessibles dans son milieu de pratique ou à distance.

Ensemble, ils offrent des soins de première ligne à une population donnée dans différents milieux cliniques, tels :

- les établissements au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, y compris les centres locaux de services communautaires (CLSC), les groupes de médecine de famille (GMF) et les dispensaires en régions isolées ;
- les organisations privées, y compris les cliniques médicales, les GMF, les cliniques-réseau et les cabinets de médecins ;
- les dispensaires en régions isolées gérés par les conseils de bande ou par Santé Canada.

Toutefois, dans ces milieux cliniques, certaines modalités doivent être respectées. La pratique hors des établissements (p. ex., en clinique médicale privée) nécessitera un encadrement des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne conformément à l'article 42.1 de la *Loi médicale* (LM), tel que le décrit le chapitre 4 du présent document. À cet effet, le partenariat entre le médecin de famille et l'IPS devra faire l'objet d'une entente écrite.

11

L'IPS en soins de première ligne peut exercer à l'urgence auprès de la clientèle ambulatoire ayant reçu la priorité 4 ou 5 à l'échelle de triage et de gravité (ETG). La formation qu'elle reçoit ne couvre pas les soins critiques et la traumatologie. Par ailleurs, le service des urgences d'un centre hospitalier (CH) n'est pas un milieu de pratique indiqué pour cette nouvelle professionnelle, sauf en régions périphériques où la salle des urgences du CH est le seul lieu d'accès à des soins.

Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne pourront, dans les dispensaires en régions isolées, poser certains autres actes médicaux à la condition de détenir une attestation de formation supplémentaire délivrée par l'OIIQ. Nous traiterons de ces particularités au chapitre 5.

La clientèle visée

L'IPS en soins de première ligne donne des soins de santé à une clientèle ambulatoire tout au long du continuum de vie : nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes et personnes âgées. Elle exerce des activités liées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et au traitement des patients présentant un problème de santé courant ou une maladie chronique stable ainsi qu'au suivi de grossesse.

LE CONTEXTE DE PRATIQUE ET L'OFFRE DE SERVICE

Un problème de santé courant a les caractéristiques suivantes :

- une incidence relativement élevée dans la communauté ;
- des symptômes et signes cliniques affectant habituellement un seul système ;
- une absence de détérioration de l'état général de la personne ;
- une évolution habituellement rapide et favorable.

Quelques exemples de problèmes de santé courants :

- verrues simples
- infection de l'oreille
- infection des voies respiratoires inférieures
- infection des voies respiratoires supérieures
- gastro-entérite
- infection urinaire
- infection transmise sexuellement
- traumatisme mineur d'un membre
- lombalgie simple

12

Une maladie chronique stable présente les caractéristiques suivantes :

- un diagnostic établi par un médecin ;
- un plan de traitement médical donnant les résultats attendus.

Quelques exemples de maladies chroniques stables pouvant faire l'objet d'un suivi par l'IPS en soins de première ligne :

- diabète
- hypertension artérielle
- dyslipidémie
- problème de santé mentale telle l'anxiété chronique
- maladie pulmonaire obstructive chronique
- asthme
- maladie coronarienne

Rôles et responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

L'IPS en soins de première ligne exerce, en étroite collaboration avec un ou plusieurs médecins de famille (médecins partenaires), auprès de patients de tous âges, des activités allant de l'évaluation à l'établissement et à l'exécution d'un plan de traitement infirmier et d'un plan de traitement médical.

De plus, l'IPS en soins de première ligne prescrit les examens diagnostiques et les mesures thérapeutiques nécessaires en vue de traiter des problèmes de santé courants vécus par les patients et leur famille. Elle assure, en collaboration avec le médecin partenaire, le suivi des maladies

chroniques stables telles que l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Ses interventions sont basées sur des résultats probants et des consensus d'experts. Lorsque la condition clinique de son patient dépasse ses compétences, elle demande l'intervention du médecin partenaire.

En ce qui a trait à la prévention primaire et secondaire, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne s'intéresse aussi bien à l'enfant qu'à l'adolescent, l'adulte, la femme enceinte ou la personne âgée. Elle pratique l'examen médical périodique, évalue le développement selon l'âge du patient, définit les besoins de celui-ci en matière d'autosoins, émet des recommandations et répond ainsi aux besoins de la population en termes de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et des accidents

L'IPS en soins de première ligne évalue, avec les médecins partenaires, la pertinence d'élaborer des stratégies de promotion de la santé et de prévention primaire et secondaire à l'intention de la clientèle. Elle suscite la participation du patient et de sa famille, met l'accent sur l'éducation à la santé et maximise leurs capacités d'autosoins.

13

Auprès de la clientèle dont elle a la charge, l'IPS en soins de première ligne :

- effectue les examens périodiques selon l'âge, évalue les facteurs de risque du patient en tenant compte des recommandations courantes pertinentes et des lignes directrices (ex. : « Pap test », dépistage de l'hyperglycémie ou de l'hyperlipidémie, densité osseuse) ;
- évalue la croissance (ex. : masse, taille, périmètre crânien du bébé ou de l'enfant), le stade de développement de la personne selon son âge (ex. : motricité, langage) et détermine les écarts ;
- sait reconnaître les signes d'abus, de négligence ou de violence et, le cas échéant, dirige le patient vers le médecin partenaire ;
- intervient pour prévenir certains problèmes physiques et psychosociaux (ex. : grossesses précoces, maladies infectieuses telles les ITSS, toxicomanies, problèmes de santé mentale et tendances suicidaires) ;
- sait reconnaître les habitudes et les comportements à risque (ex. : tabagisme, abus d'alcool et usage de drogues) ;
- fait la promotion du développement des capacités d'autosoins (autoprise en charge), ainsi que des habiletés personnelles et sociales des clientèles de tous âges ;
- fait la promotion de saines habitudes de vie en ce qui concerne l'alimentation, l'activité physique, la gestion du stress et le non-usage du tabac.

Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives à l'évaluation de la santé, à la détermination et à la gestion de problèmes de santé courants

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne possède la formation requise pour évaluer l'état de santé de patients de tous âges, pour leur donner des soins directs et pour traiter les patients ayant des problèmes de santé courants.

Lorsqu'elle constate des problèmes de santé courants, l'IPS en soins de première ligne prescrit les examens diagnostiques nécessaires et réalise les interventions thérapeutiques appropriées. Elle utilise ses connaissances en physiopathologie et en pharmacologie (pharmacocinétique, pharmacodynamique et interaction médicamenteuse) ainsi que des résultats probants dans ses choix de traitements de problèmes de santé courants. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne :

14

- demande le motif de la consultation et pose au patient les questions appropriées ;
- documente, au besoin, l'histoire de santé du patient (ex. : antécédents médicaux, antécédents familiaux, allergies) et l'histoire psychosociale de la famille (ex. : génogramme, statut socio-économique) ;
- procède à un examen physique ciblé ou complet ;
- synthétise les données subjectives et objectives obtenues pendant l'évaluation ;
- prescrit, le cas échéant, des tests diagnostiques et en interprète les résultats ;
- détermine les problèmes de santé courants ;
- transmet judicieusement au patient les résultats des analyses et leur interprétation ;
- établit, avec le patient et sa famille, des objectifs de soins acceptables selon les priorités de soins établies ;
- prescrit le traitement approprié (médicaments ou autres traitements médicaux) au patient qui présente un problème de santé courant ;
- procède à une technique effractive lorsque l'état du patient le justifie (ex. : suturer une plaie au-dessus du fascia) ;
- prescrit un arrêt de travail ou une période de convalescence ;
- demande l'intervention du médecin de famille partenaire et lui envoie le patient :
 - lorsque la situation clinique dépasse ses compétences ;
 - lorsqu'elle soupçonne une pathologie chronique non diagnostiquée (ex. : dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle) ;
 - lorsque le traitement initial est inefficace ou ne donne pas les résultats escomptés.

Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives aux patients atteints de maladies chroniques stables

L'IPS en soins de première ligne collabore avec le médecin de famille afin d'assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques stables.

Elle prescrit les examens diagnostiques nécessaires et surveille la réponse aux traitements pharmacologiques entrepris par le médecin de famille.

Elle met à profit ses connaissances en physiopathologie et en pharmacologie (pharmacocinétique, pharmacodynamique et interaction médicamenteuse) pour surveiller l'état de santé des patients souffrant de maladies chroniques stables et leurs réponses aux traitements administrés.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne :

- assure le suivi de maladies chroniques stables (signes et symptômes, paramètres biologiques) ;
- établit ou collabore à l'établissement du plan thérapeutique infirmier ;
- poursuit ou ajuste le traitement médical (médicaments ou autres traitements médicaux) du patient souffrant d'une maladie chronique stable selon le plan de traitement établi par le médecin ;
- renouvelle la prescription pour un traitement (médicaments ou traitements médicaux) à l'intention du patient atteint d'une maladie chronique stable à certaines conditions :
 - prescription initiale faite par le médecin,
 - état stable,
 - traitement optimal,
 - aucun effet indésirable rapporté ;
- surveille les effets du traitement et prescrit des examens diagnostiques reliés au traitement (suivi) ;
- discute périodiquement avec le médecin partenaire de l'évolution des patients dont elle assure le suivi ;
- demande l'intervention du médecin partenaire et convient avec lui du suivi à donner :
 - lorsque les problèmes de santé du patient dépassent ses compétences ;
 - lorsque l'état de santé du patient atteint d'une maladie chronique s'aggrave ou se détériore ;
 - lorsque la réponse au traitement n'est plus optimale et que l'état de santé du patient se détériore.

Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives au suivi de grossesse

L'IPS en soins de première ligne contribue au suivi d'une grossesse jusqu'à 32 semaines en l'absence de facteurs de risque et dans la mesure où l'évolution de la grossesse est normale, sans complication ni apparition de facteurs de risque. Le médecin partenaire doit être un médecin de famille accoucheur qui accepte la prise en charge de cette clientèle suivie en alternance par lui-même et par l'IPS en soins de première ligne selon les modalités qu'il a établies et qui sont décrites dans l'entente de partenariat. Dans le suivi en alternance, le médecin partenaire doit voir les femmes enceintes une fois sur deux.

Auprès des femmes enceintes dont elle partage la prise en charge avec le médecin, l'IPS en soins de première ligne :

- établit l'histoire de la grossesse actuelle (antécédents menstruels, symptômes évocateurs de grossesse, symptômes actuels, antécédents obstétricaux et autre information pertinente) ;
- évalue les facteurs de risque maternel et fœtal ;
- procède à l'examen physique ;
- prescrit les analyses de laboratoire et les examens d'imagerie médicale, et conseille différentes modalités de dépistage prénatal ;
- procède au dépistage du diabète ;
- à l'occasion de la visite prénatale, vérifie la présence de problèmes courants durant la grossesse (fatigue, nausées, fréquence des mictions), surveille les mouvements fœtaux et le cœur fœtal, vérifie la hauteur utérine et évalue la position et la présentation du fœtus ;
- gère les malaises courants de la grossesse ;
- prescrit les vitamines prénatales et autres médicaments, au besoin ;
- fait de l'enseignement relatif à l'alimentation, à la non-consommation d'alcool et de tabac, à l'activité physique, aux soins d'hygiène, etc. ;
- demande l'intervention du médecin partenaire et convient avec lui du suivi à donner :
 - lorsque la grossesse dépasse 32 semaines ;
 - lorsque son évaluation lui permet de déceler un symptôme, un signe ou d'interpréter un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant un risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître.
- assure le suivi de la mère et du nourrisson après le congé hospitalier ;
- apporte le soutien nécessaire à l'allaitement maternel ;
- assure le counseling contraceptif.

Activités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne relatives aux soins à la famille et à la communauté

L'IPS en soins de première ligne met à profit ses connaissances en matière d'évaluation et de prestation de soins à la famille et à la communauté dans sa planification des soins et services. Elle encourage la participation des familles et des communautés aux différentes étapes du processus de résolution de problèmes. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne :

- obtient et synthétise l'information relative à la structure, au développement et au fonctionnement de la famille ;
- reconnaît les compétences et les capacités de la famille et de la communauté par rapport à la gestion de la santé et de la maladie ;
- applique les principes de communication et de dynamique familiale au cours de ses interactions avec la famille ;
- élabore des activités favorisant le développement des compétences parentales ;
- informe et aide les familles à établir des stratégies en vue d'assurer un environnement sain et sécuritaire pour tous ses membres ;
- fait la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique auprès des jeunes et de la famille ;
- prend en considération les déterminants de la santé et les besoins de la communauté pour concevoir et mettre en œuvre des programmes adaptés à sa culture.

17

Responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée

L'infirmière praticienne spécialisée :

- exerce sa profession de façon autonome en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ;
- connaît les normes professionnelles, déontologiques et juridiques qui s'appliquent en ce qui concerne l'exercice de la profession d'IPS et en tient compte dans sa pratique ;
- reconnaît l'importance d'actualiser ses compétences comme IPS en recherchant activement des occasions d'apprentissage et des programmes de développement professionnel continu.

Dans l'exercice de ses diverses activités professionnelles, l'IPS en soins de première ligne collabore étroitement avec le ou les médecins de famille partenaires. Elle a recours à l'expertise médicale pour répondre aux besoins des patients lorsque les compétences requises pour ce faire dépassent son domaine d'exercice. Dans ces cas, elle demande l'intervention du médecin de famille et convient avec ce dernier de la conduite à tenir. Ainsi, selon la situation, le médecin

de famille peut émettre une recommandation ou une opinion, prendre en charge le patient concerné ou, au besoin, déterminer un suivi conjoint du patient. Ultimement, la décision concernant un acte médical revient au médecin.

Demandes d'interventions médicales obligatoires

Situations qui nécessitent obligatoirement une demande d'intervention médicale

Dans l'exercice de ses activités, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne demande obligatoirement l'intervention du médecin partenaire dans les cas suivants :

- 1.** Son évaluation ne lui permet pas de déterminer clairement le problème de santé courant, les critères pour entreprendre un traitement médical ne sont pas clairs ou la situation dépasse les compétences de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, notamment en présence de l'un des facteurs suivants :
 - un signe ou un symptôme persistant ou récurrent auquel on ne peut attribuer une cause ;
 - un signe, un symptôme ou un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée ;
 - un symptôme ou un résultat d'analyse démontrant le déclin ou l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système ;
 - un symptôme, un signe ou un résultat d'analyse de laboratoire suggérant une infection récurrente ou persistante ;
 - une manifestation atypique d'une maladie courante ou une réaction inhabituelle au traitement ;
 - un signe ou un symptôme de changement de comportement auquel on ne peut attribuer une cause précise.
- 2.** Elle constate que la croissance ou le développement d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant est anormal ou note la présence d'un signe ou d'un symptôme de maladie chez le nouveau-né et le nourrisson de trois mois ou moins autre que le muguet, la dermite séborrhéique, l'érythème fessier et l'obstruction du canal lacrymal.
- 3.** Il y a suspicion d'abus ou présence d'un signe d'abus ou d'un symptôme d'une infection transmise sexuellement chez un enfant.

4. Une affection chronique s'aggrave, notamment en présence des facteurs suivants :
 - un symptôme ou un résultat d'analyse de laboratoire indique une détérioration de l'état d'un patient ;
 - la détérioration inattendue de l'état d'un patient qui est déjà traité pour une maladie diagnostiquée.
5. Une grossesse de plus de 32 semaines.
6. Son évaluation lui permet de déceler un symptôme, un signe ou de constater un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant un risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître.
7. La situation met en péril la vie d'une personne ou son intégrité physique ou mentale.

Modalités de la demande d'intervention faite au médecin partenaire

L'IPS en soins de première ligne et le médecin de famille doivent établir une relation de partenariat afin de formaliser les modalités de demande d'intervention et de transfert. L'infirmière peut demander, au besoin, l'intervention du médecin partenaire à n'importe quelle étape du continuum de soins d'une maladie aiguë ou chronique ou d'un suivi de grossesse, à la suite d'une évaluation initiale ou d'une évaluation de l'efficacité d'un traitement. La demande d'intervention peut prendre diverses formes : entretien, discussion téléphonique ou demande écrite.

19

1. Le niveau d'intervention du médecin partenaire

Lorsqu'elle demande l'intervention du médecin partenaire, l'IPS en soins de première ligne doit lui préciser le niveau d'intervention requis. Le médecin et l'IPS en soins de première ligne clarifient ensemble leurs responsabilités respectives dans les soins du patient, y compris la coordination des soins. Le niveau d'intervention du médecin peut varier :

- a) Le médecin émet une opinion ou une recommandation et l'IPS en soins de première ligne continue d'assumer les soins du patient.
- b) Le médecin assume, conjointement avec l'IPS en soins de première ligne, les soins au patient. Le médecin intervient pour certains aspects des soins (suivi conjoint).
- c) Les soins du patient sont confiés au médecin qui les assume entièrement.

2. La procédure à suivre pour faire une demande d'intervention au médecin partenaire

Dans sa demande d'intervention adressée au médecin partenaire, l'IPS en soins de première ligne doit :

- énoncer le motif de la demande d'intervention et l'urgence de celle-ci ;
- préciser le niveau d'intervention souhaité ;
- s'assurer que le médecin a accès à toute l'information pertinente.

3. L'information transmise à l'IPS en soins de première ligne par le médecin partenaire

À la suite de son intervention, le médecin partenaire transmet à l'IPS les informations pertinentes en fonction du type de demande (écrite ou entretien téléphonique) et du niveau d'intervention souhaité (opinion et recommandation, suivi conjoint ou prise en charge).

4. L'IPS en soins de première ligne doit consigner au dossier la demande et les résultats de l'intervention du médecin partenaire

20 À la suite de l'intervention du médecin partenaire, elle peut poursuivre l'exercice de ses activités dans les limites du plan de traitement médical déterminé par le médecin.

Demande de services professionnels

L'IPS en soins de première ligne ne peut pas d'emblée demander une consultation à un médecin spécialiste. Elle peut faire une demande d'intervention à un médecin de famille non partenaire ou à un médecin spécialiste si elle a discuté de cette modalité avec le médecin de famille partenaire et si cette modalité a été consignée dans l'entente de partenariat intervenue entre les deux parties. Elle peut cependant demander à divers professionnels de la santé (diététiste, physiothérapeute, psychologue, etc.) d'intervenir auprès du patient afin de s'assurer que l'ensemble des besoins de ce dernier en soins de santé sont satisfaits. De plus, l'IPS en soins de première ligne peut répondre à des demandes de services venant de ces autres professionnels, exception faite des médecins non partenaires.

Comme les services de première ligne constituent la base du système de santé québécois¹, il est nécessaire de favoriser la concertation des divers professionnels par une pratique de collaboration interdisciplinaire afin d'améliorer l'accès et la complémentarité des services de santé. L'objectif de la collaboration est de fournir des soins de santé adaptés qui répondent aux besoins particuliers de la population par une utilisation maximale des connaissances et des habiletés des professionnels impliqués.

En première ligne, la collaboration entre les infirmières et les médecins de famille demeure l'élément central de la pratique clinique interdisciplinaire. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne doivent faire partie intégrante de cette équipe.

Conditions essentielles au développement de la pratique de collaboration

Certaines conditions sont généralement reconnues comme essentielles pour qu'une véritable pratique de collaboration se développe. Le fait de se donner des objectifs communs à atteindre, de se faire mutuellement confiance et d'établir des modalités d'interaction constituent des éléments de base permettant de créer un environnement propice où la collaboration est réelle et valorisée.

21

Il faut donner le temps à la pratique de collaboration de s'instaurer adéquatement. Elle ne saurait exister sans le désir des professionnels concernés de travailler ensemble dans un même but : celui d'améliorer les services à la clientèle. Chacun doit reconnaître qu'il fait partie de la même équipe.

Pour que la collaboration se réalise pleinement dans une perspective de partenariat, il doit exister un lien de confiance entre les professionnels et un partage des responsabilités dans un respect mutuel. La collaboration médecin de famille-infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne a ceci de particulier qu'elle fait appel à la fois à des compétences propres à chacun et à des compétences communes, créant ainsi une force accrue d'intervention qui ne pourrait découler du travail accompli par un seul professionnel. La confiance se bâtit sur l'assurance et la certitude que chaque membre est capable d'exercer son rôle de façon compétente.

La formalisation des fonctions et des processus représente une dernière condition pour parvenir à une pratique de collaboration. Le climat de confiance est possible si les rôles, les responsabilités et les domaines d'imputabilité respectifs sont explicites et clairement définis dans une démarche commune et mutuellement complémentaire. L'élaboration de processus de transmission d'informations et de prises de décisions cliniques permet d'assurer davantage de fluidité dans les relations interprofessionnelles.

1. Commission Clair (2000).

Bénéfices de la collaboration

Quelques études portant sur les pratiques de collaboration démontrent qu'il s'agit d'un modèle de pratique clinique efficient tant pour les patients que pour les professionnels. Tous et chacun y trouvent de nombreux avantages.

Selon une étude canadienne sur la nature du rôle de l'IPS², les principaux avantages de la pratique de collaboration entre les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées sont :

- une augmentation de l'accès aux services de santé ;
- des soins de santé orientés vers la clientèle, notamment par des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie ;
- une qualité des soins supérieure menant à l'amélioration de la santé des populations.

En plus des activités propres à la profession d'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne pourra exercer cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la LII, à condition d'obtenir un certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ et d'y être habilitée par le CMQ.

Selon l'article 36.1, les activités médicales consistent à :

1. Prescrire des examens diagnostiques.
2. Utiliser des techniques diagnostiques invasives³ ou présentant des risques de préjudice.
3. Prescrire des médicaments et d'autres substances.
4. Prescrire des traitements médicaux.
5. Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire des interventions qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire devra pratiquer. Si elle rédige une telle ordonnance, l'IPS en soins de première ligne doit demeurer disponible pour répondre aux demandes de ces personnes ou leur apporter des précisions.

23

Prescription d'examens diagnostiques

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire ou procéder aux examens diagnostiques nécessaires à l'évaluation et au suivi du patient afin :

- de confirmer la présence d'un problème de santé courant ou d'une blessure, d'après les antécédents médicaux du patient ou les signes physiques ;
- d'exclure un éventuel problème de santé chronique qui, s'il s'avérait, l'obligerait à faire intervenir un médecin ;
- d'évaluer ou de suivre un patient atteint d'une maladie chronique stable ;
- de procéder aux divers dépistages ;
- de suivre un patient souffrant d'une maladie déjà diagnostiquée ;
- de confirmer des symptômes de diminution ou d'augmentation des fonctions d'un organe vital.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut prescrire les examens radiologiques indiqués au tableau 1.1, les examens échographiques précisés au tableau 1.2, d'autres tests diagnostiques énumérés au tableau 1.3 et les analyses de laboratoire mentionnées au tableau 1.4. Ces listes découlent de la réglementation en vigueur.

3. Le législateur utilise le terme « invasif », mais comme il s'agit d'un anglicisme, il sera remplacé par « effractif » dans tout le document.

Les examens radiologiques, les examens échographiques et les analyses de laboratoire qui ne figurent pas dans ces tableaux doivent être prescrits par un médecin.

Le pouvoir de prescrire des examens radiologiques n'autorise pas l'IPS à utiliser un équipement de radiologie. De même, l'interprétation finale des examens radiologiques, des examens échographiques et de l'électrocardiogramme est la responsabilité d'un médecin.

Tableau 1.1

Examens radiologiques

Tête et cou

- Os propre du nez
- Mandibule

Thorax

- Poumons
- Thorax (gril costal)

Colonne

- Colonne cervicale
- Colonne dorsale
- Colonne lombo-sacrée

Membres supérieurs

- Omoplate
- Épaule
- Clavicule
- Humérus
- Coude
- Avant-bras
- Poignet
- Main
- Doigts

Membres inférieurs

- Hanche
- Fémur
- Genou et rotule
- Jambe
- Cheville
- Pied
- Orteils

Abdomen

- Abdomen

Divers

- Mammographie
- Ostéodensitométrie

Tableau 1.2

Examens échographiques**Sein (thorax)**

- Échographie du sein par suite d'une mammographie de dépistage anormale

Abdomen

- Échographie abdominale
- Échographie pelvienne

Obstétrique

- Échographie obstétricale

Organes génitaux

- Échographie du scrotum

Échographie de surface

- Système veineux périphérique

Tableau 1.3

Autres tests diagnostiques

- Électrocardiogramme au repos
- Tests de fonction pulmonaire (spirométrie, débit expiratoire de pointe, volume expiratoire maximal par seconde - VEMS)
- Monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)

25

Tableau 1.4

Analyses de laboratoire**Microbiologie****a) État frais vaginal****b) Culture**

- Expectorations
- Gorge
- Urine
- Cervicale
- Urétrale
- Selles
- Écoulement purulent

c) Prélèvement pour recherche virale

- Influenza
- Herpès simplex
- Rotavirus
- Virus respiratoire syncytial

d) Recherche

- Toxine de *C. difficile*
- Bacille de Koch dans les expectorations
- Oxyures
- Parasites dans les selles

e) Sérologie

- Hépatites A, B et C
- Test tréponémique et test non tréponémique
- VIH
- Herpès et chlamydia par méthode d'immunofluorescence
- Protéine C réactive, sauf l'ultra-sensible
- Monotest

Biochimie/Sang

- Amylase
- Bilirubine, directe et totale
- Chlorures
- Créatine-phosphokinase (CPK)
- Créatinine
- Dosage du phénobarbital, du lithium, de la carbamazépine, de la théophylline, de la digoxine, du dilantin, de l'acide valproïque
- Dosages hormonaux :
Hormone folliculo-stimulante (FSH)
Hormone lutéinisante (LH)
Hormone thyroïdienne (TSH)
- Dosages de vitamines :
Vitamine B12
Acide folique
- Gamma-glutamyl-transférase (GGT)
- Glycémie
- Hyperglycémie orale provoquée
- Hémoglobine glyquée (HbA1c)
- Capacité de fixation du fer
- Fer, ferritine
- Test de tolérance au lactose

- Plombémie
- Lipase
- Bilan lipidique
- Gaz artériel et capillaire
- Phosphatase alcaline
- Phosphore
- Électrolytes
- Protéine totale
- Préalbumine et albumine
- Transaminase
- Acide urique
- Test à la sueur
- Dépistage : drogues de rue, drogues du viol et alcool
- Sang occulte dans les selles
- βhCG (qualitatif)

Biochimie/Urine

- Analyse d'urine
- Microalbuminurie sur miction ou sur urine des 24 heures
- Test de grossesse
- Clairance de la créatinine des 24 heures
- Drogues de rue et drogues du viol
- Recherche par technique enzymatique :
- Chlamydia
- Gonorrhée

Cytologie

- Frottis cervico-vaginal
- Spermogramme
- Recherche de spermatozoïdes dans le liquide vaginal ou après vasectomie

Hématologie

- Formule sanguine
- Coagulogramme
- Temps de prothrombine (PT – RNI)
- Temps de céphaline activée (Tca ou PTTA)
- Numération des réticulocytes
- Vitesse de sédimentation
- Détermination du groupe sanguin (épreuve de compatibilité croisée)

Dépistage anténatal

- Anticorps anticytomégalovirus
- Anticorps de la toxoplasmose
- Parvovirus B-19
- Anticorps antirubéole
- Anticorps antivaricelle
- Alfa-fœtoprotéine, estradiol

Utilisation de techniques diagnostiques effractives ou présentant des risques de préjudice

27

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire ou pratiquer des techniques effractives énumérées dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* lorsqu'elle le juge nécessaire à l'évaluation du patient.

L'IPS en soins de première ligne peut utiliser les techniques effractives suivantes à des fins diagnostiques :

- examen pelvien ;
- toucher rectal ;
- frottis cervico-vaginal ;
- ponction artérielle radiale.

Prescription de médicaments ou d'autres substances

Prescription et ajustement

L'IPS en soins de première ligne rédige les ordonnances conformément aux dispositions du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du Collège des médecins du Québec. Elle prescrit ou cesse des médicaments pour traiter des problèmes de santé courants

inscrits au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Elle ajuste et renouvelle certains médicaments inscrits au règlement pour les patients qui présentent des maladies chroniques stables dans le cadre du suivi conjoint qu'elle assure avec le médecin. L'ajustement des médicaments doit être conforme à celui qui a été prévu dans le plan de traitement médical déterminé par le médecin. Quant aux médicaments, ils peuvent être renouvelés pour une durée maximale de six mois et selon la prescription initiale du médecin partenaire. Si l'état de santé du patient se maintient, l'IPS peut renouveler le médicament de six mois en six mois.

Administration et surveillance clinique

- L'IPS en soins de première ligne complète la préparation du médicament, au besoin, l'administre et l'indique au dossier.
- Elle exerce une surveillance clinique des personnes qui prennent des médicaments en collaboration avec le médecin partenaire.
- Elle participe à l'enseignement donné au patient et à sa famille, à cet égard.
- Elle doit être en mesure de reconnaître les interactions médicamenteuses.
- Elle doit être en mesure de déceler, prévenir, traiter et documenter les effets indésirables des médicaments.

28

Exceptionnellement, en situation d'urgence relative, l'IPS peut décider de modifier la médication prescrite par un médecin autre que son médecin partenaire. Toutefois, elle doit communiquer avec ce médecin afin d'en discuter et de favoriser la communication, la collaboration et le respect entre professionnels de la santé. Dans l'impossibilité de le joindre, elle demande l'intervention de son médecin partenaire.

Liste des classes de médicaments réglementés

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne prescrit des médicaments ou d'autres substances inscrits à l'annexe II du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Ces substances et médicaments sont énumérés au tableau 2.1, selon la codification indiquée à la page 27, qui précise les conditions et modalités prévues.

Pour qu'une IPS en soins de première ligne puisse prescrire, renouveler ou ajuster des médicaments nouvellement mis en marché ou inscrits à la Liste de médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, il faut au préalable que l'annexe II du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes*

autres que des médecins soit modifiée, sauf si l'IPS est déjà autorisée à prescrire tous les médicaments compris dans la classe ou la sous-classe en cause.

Cette liste est fondée sur la classification utilisée par la RAMQ pour établir la Liste de médicaments couverts par le régime général.

Codification

- P** Peut être prescrit, renouvelé ou cessé, sauf s'il y a une limite indiquée.
- R** Peut être prescrit selon la posologie originale pour maintenir le traitement, pourvu que le médicament en question ait déjà été prescrit pour le patient par le médecin partenaire (renouvellement). Durée maximale de six mois et répété si l'état de santé du patient est stable.
- A** Peut être prescrit pour ajustement de la posologie, pourvu que le médicament en question ait déjà été prescrit pour le patient par le médecin partenaire et que ce dernier ait établi un plan de traitement médical (dans le cadre du suivi conjoint).

29

À titre d'exemple, l'IPS en soins de première ligne peut prescrire, dans la classe des **anti-infectieux (8:00)**, les antiviraux des subdivisions 8:18.04 (adamantanes) et 8:18.32 (analogues des nucléosides et des nucléotides) pour une durée maximale de sept jours. Elle ne pourra ni prescrire, ni renouveler, ni ajuster les antirétroviraux (subdivision 8:18.08).

Comme autre exemple, dans la subdivision 56:28.12 des antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine, de la classe **56:00** des **médicaments gastro-intestinaux**, elle pourra renouveler la famotidine et la ranitidine, mais pas la cimétidine ; elle ne pourra prescrire de novo ni ajuster aucun de ces médicaments.

L'IPS en soins de première ligne peut seulement prescrire la ciprofloxacine et la norfloxacine de la subdivision 8:12.18 quinolones, dans la sous-classe **8:18 antibactériens** de la classe **8:00** des **anti-infectieux**. Elle ne pourra ni prescrire, ni renouveler, ni ajuster la levofloxacine, l'ofloxacine ou la moxifloxacine. En ce qui concerne les **progestatifs** de la sous-classe **68:32**, l'IPS en soins de première ligne ne peut que les renouveler, sauf la médroxyprogestérone qu'elle peut prescrire sous forme injectable (Depo-Provera®), à des fins contraceptives.

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Sauf exception, les médicaments en vente libre (annexes II et III du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*) ne figurent pas dans le tableau 2.1, puisqu'ils n'exigent pas d'ordonnance. Toute infirmière qui recommande un médicament en vente libre est responsable de sa décision.

Tableau 2.1 **Liste des classes de médicaments que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut prescrire avec ou sans restrictions**

		Codification
4:00	Antihistaminiques	P
8:00	Anti-infectieux	
8:08	Mébendazole	P (per os seulement)
8:12.04	Nystatine	P (per os seulement)
8:12.06	Céphalosporines	P (per os seulement)
8:12.12	Macrolides	P (per os seulement)
8:12.16	Pénicillines	P (per os seulement)
8:12.18	Ciprofloxacine	P (per os seulement) (5 jours ou moins)
	Norfloxacine	P (per os seulement) (5 jours ou moins)
8:12.20	Sulfamidés	R (per os seulement)
	Triméthoprim/Sulfaméthoxazole	P (per os seulement)
8:12.24	Tétracyclines	P (per os seulement)
8:12.28	Autres antibactériens	
	Clindamycine	P (per os seulement)
	Érythromycine/Acétysulfisoxazole	P (per os seulement) (pédiatrie seulement)
8:14.08	Fluconazole (unidose)	P (per os seulement)
8:16.04	Antituberculeux	R (per os seulement)
8:18.04	Adamantanes	P (per os seulement) (7 jours ou moins)
8:18.32	Analogues des nucléosides et des nucléotides	P (per os seulement) (7 jours ou moins)
8:30.08	Antipaludéens	P (per os seulement)
8:30.92	Métronidazole	P (per os seulement)
8:36	Anti-infectieux urinaires	P (per os seulement)

10:00	Antinéoplasiques	
	Méthotrexate comme antirhumatismal	R
	Tamoxifène	R
12:00	Médicaments du système nerveux autonome	
12:08.04	Antiparkinsoniens	R
12:08.08	Ipratropium (bromure de)	R (aérosol)
12:12.08	Agonistes bêta-adrénergiques	
	Formotérol	R
	Salbutamol (sulfate de)	P (14 jours ou moins pour un traitement) et R
	Salmétérol	R
	Terbutaline	R
12:12.12	Agonistes alpha et bêta-adrénergiques	
	Épinéphrine (chlorhydrate d')	P (en situation d'urgence)
	Épinéphrine	R (app. auto-injecteur)
12:16	Sympatholytiques	R
12:92	Nicotine	P
20:00	Médicaments du sang	
20:04.04	Préparations de fer	P (per os seulement)
20:12.04	Anticoagulants	R et A (per os seulement)
24:00	Médicaments cardiovasculaires	
24:04.08	Cardiotoniques	R
24:06.04	Sequestrants de l'acide biliaire	R
24:06.06	Fibrates	R
24:06.08	Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase	R et A
24:06.92	Niacine	R
24:08.16	Agonistes alpha-adrénergiques	R et A
24:08.20	Vasodilatateurs à action directe	R et A
24:12.08	Nitrates et nitrites	R
24:12.92	Divers vasodilatateurs	R
24:20	Bloquants alpha-adrénergiques	R et A
24:24	Bloquants bêta-adrénergiques	R et A
24:28.08	Dihydropyridines	R et A
24:28.92	Divers bloquants du canal calcique	R et A
24:32.04	Inh. enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)	R et A
24:32.08	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	R et A

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

32

28:00	Médicaments du système nerveux central	
28:08.04	Anti-inflammatoires non stéroïdiens Sauf : inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2	P (14 jours ou moins)
28:08.08	Codéine	P (12 comprimés seulement)
28:08.92	Acétaminophène	P
28:12.04	Phénobarbital	R (épilepsie)
28:12.08	Benzodiazépines (Clobazam et Clonazépam)	R (épilepsie)
28:12.12	Hydantoïnes	R
28:12.92	Divers anticonvulsivants	R
28:24.08	Benzodiazépines Lorazépam	R P (12 comprimés seulement)
28:24.92	Hydroxyzine (Chlorhydrate d')	P
28:28	Lithium	R
28:92	Médicaments S.N.C. divers	R
36:00	Agents diagnostiques	
36:26	Diabète sucré Réactif quantitatif des cétones dans le sang Réactif quantitatif du glucose dans le sang	P P
36:88	Analyse d'urine et de selles	P
40:00	Électrolytes-diurétiques	
40:12	Agents de suppléance	P
40:28	Diurétiques	R et A
40:28.16	Diurétiques épargneurs de potassium	R
40:36	Solution d'irrigation	P
48:00	Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques	
48:10	Anti-inflammatoires	R et A
48:10.24	Antagonistes des récepteurs des leucotriènes	R et A
48:10.32	Stabilisants mastocytaires	R et A
48:24	Agents mucolytiques	R
52:00	Médicaments O.R.L.O.	
52:02	Anti-allergiques O.R.L.O. Cromoglicate sodique	P
52:04.04	Antibiotiques Sauf : Chloramphénicol Gentamicine Tobramycine	P

52:08.08	Corticostéroïdes O.R.L.O. Sauf : pommade, solution et suspension ophtalmiques	P
52:16	Anesthésiques locaux	P
52:92	Autres médicaments O.R.L.O. Ipratropium (bromure d')	P
	Sodium (chlorure de)	P
56:00	Médicaments gastro-intestinaux	
56:16	Digestifs Lactase	P
56:22.92	Autres antiémétiques Doxylamine/Pyridoxine	P
56:28.12	Antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine Famotidine	R
	Ranitidine	R
56:28.28	Prostaglandines Misoprostol	R
56:28.32	Cytoprotecteurs gastro-duodénaux Sucralfate	P (pour allaitement seulement)
56:28.36	Inhibiteurs de la pompe à protons Esomeprazole	R
	Oméprazole	R
	Pantoprazole sodique	R
56:32	Procinétiques Dompéridone	R
68:00	Hormones et substituts	
68:04	Corticostéroïdes	P (aérosol seulement) (14 jours ou moins)
68:12	Anovulants	P
68:16.04	Estrogènes	R et A
68:16.12	Agonistes et antagonistes des estrogènes	R
68:20.02	Inhibiteurs des alpha-glucosidases	R et A
68:20.04	Biguanides	R et A
68:20.08	Insulines	R et A
68:20.20	Sulfonylurées Sauf : Chlorpropamide	R et A

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

34

68:22.12	Glycogénolytiques	R
68:24	Parathyroïdiens	R
68:32	Progestatifs	R et A
	Sauf : Médroxyprogestérone (acétate de) Depo-Provera	P (injectable)
68:36.04	Thyroïdiens	R et A
	Sauf : Liothyronine sodique	
84:00	Peau et muqueuses	
84:04.04	Antibactériens	P
84:04.08	Antifongiques	P (14 jours ou moins)
84:04.12	Scabicides et pédiculicides	P
84:04.92	Autres anti-infectieux locaux	P
84:06	Anti-inflammatoires	P (puissance moyenne et faible)
84:28	Kératolytiques	P
84:32	Kératoplastiques	R
84:92	Peau et muqueuses, divers, sauf : Fluorouracile	P
86:00	Spasmolytiques	
86:12	Génito-urinaires	R
86:16	Respiratoires	
	Aminophylline	R
	Théophylline	R
88:00	Vitamines	
88:08	Vitamines B	P (per os seulement)
	Sauf : cyanocobalamine	R (y compris injectable)
88:16	Vitamines D	P (per os seulement)
88:28	Multivitamines A, C et D	P (per os seulement)
92:00	Autres médicaments	
92:00.02	Autres divers	
	Alendronate monosodique	R
	Alfuzosine	R
	Allopurinol	R
	Étidronate disodique/calcium	R
	Finastéride	R
	Risédrone sodique	R
	Tamsulosine	R
	Térazosine	R

Anesthésique local/topique	
• Lidocaïne-prilocaine topique	P (timbre, pommade)
• Chlorhydrate de lidocaïne avec ou sans épinéphrine parentérale	P (infiltration locale)
• Chlorhydrate de tétracaïne	P (solution ophtalmique)
Solutions intraveineuses	P

Médicaments d'exception	
Nom générique	Codification
1. Hydroxyde d'aluminium	P
2. Bisacodyl	P
3. Capsaïcine	P
4. Donépézil	R
5. Estradiol	R et A (timbre cutané)
6. Galantamine	R
7. Gliclazide	R et A
8. Glimépiride	R et A
9. Huile minérale	P
10. Magnésium (hydroxyde de)	P
11. Mémantine	R
12. Métronidazole	P (gel vaginal)
13. Pansement à îlot central	P
14. Pansement alginate	P
15. Pansement charbon activé	P
16. Pansement chlorure de sodium	P
17. Pansement d'argent	P
18. Pansement hydrocolloïde	P
19. Pansement hydrofibre	P
20. Pansement interface	P
21. Pansement iode	P
22. Pansement mousse hydrophile	P
23. Pansement multicouche	P
24. Phosphate monobasique de sodium/ Phosphate dibasique de sodium	P
25. Pioglitazone	R et A
26. Progestérone micronisée	R
27. Réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang	P

	Nom générique	Codification
28.	Repaglinide	R et A
29.	Rivastigmine	R
30.	Rosiglitazone	R et A
31.	Salmétérol/Fluticasone	R
32.	Sennosides A et B	P
33.	Toltérodine	R
34.	Trétinoïne	P

Prescription des traitements médicaux

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire, appliquer, ajuster ou cesser certains traitements médicaux selon la réglementation en vigueur. Elle exerce la surveillance nécessaire post-traitement, décèle précocement les complications, les gère et en assure le suivi.

36

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire les traitements médicaux suivants énumérés dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* :

- cryothérapie, sauf sur le visage et les organes génitaux internes ;
- irrigation oculaire ;
- coloration à la fluorescéine ;
- lavage d'oreilles ;
- oxygénothérapie ;
- accès veineux périphérique ;
- lavement évacuant ;
- cathétérisme vésical ;
- tube nasogastrique.

Utilisation des techniques ou application de traitements médicaux effractifs ou présentant des risques de préjudice

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire ou pratiquer des techniques effractives énumérées dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* lorsqu'elle le juge nécessaire au traitement du patient.

L'IPS en soins de première ligne peut utiliser les techniques effractives suivantes à des fins thérapeutiques :

- suturer une plaie au-dessus du fascia, sauf en présence de lésions sous-jacentes ;
- inciser et drainer un abcès au-dessus du fascia ;
- installer une canule œsophago-trachéale à double voie.

Soigner et suturer une plaie

Pour soigner une plaie sous le derme ou sous la surface d'une muqueuse, l'IPS en soins de première ligne peut, en respectant les principes de prévention des infections, pratiquer les interventions suivantes :

- nettoyer, tremper, irriguer, explorer à la sonde, débrider, tamponner et panser ;
- choisir et utiliser les différentes méthodes de suture en fonction de leurs avantages, de leurs désavantages et de leurs indications particulières ;
- suturer au-dessus du fascia, sauf en présence de lésions sous-jacentes.

L'IPS en soins de première ligne décide s'il est nécessaire de suturer une plaie et, dans ce cas, choisit le matériel approprié et procède à l'anesthésie locale (infiltration locale, bloc digital) en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par le règlement du CMQ et reproduite au tableau 2.1.

Inciser et drainer un abcès

En respectant les principes de prévention des infections, pour inciser et drainer un abcès au-dessus du fascia, l'IPS en soins de première ligne peut pratiquer les interventions suivantes :

- choisir et administrer les sédatifs/hypnotiques, les anxiolytiques et les analgésiques nécessaires ;
- procéder à l'anesthésie locale (infiltration, bloc) en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par le règlement du CMQ et reproduite au tableau 2.1 ;
- lorsque cela est indiqué, procéder à l'aspiration par aiguille à des fins diagnostiques ;
- procéder à l'incision et au drainage en tenant compte du type d'abcès, de son emplacement, des précautions à prendre et des considérations particulières ;
- irriguer la plaie ;
- explorer la cavité à l'aide d'instruments appropriés ;
- insérer une mèche ou un drain, au besoin ;
- faire les pansements requis ;

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

- choisir et administrer les traitements ;
- choisir et administrer la prophylaxie antimicrobienne, au besoin.

Installer une canule œsophago-trachéale à double voie

Pour procéder à l'installation d'une canule œsophago-trachéale à double voie (CODV), l'IPS en soins de première ligne peut réaliser les interventions suivantes :

- évaluer l'état d'un patient qui a une atteinte réelle ou potentielle de la fonction respiratoire ;
- déterminer si l'installation d'une CODV est nécessaire ;
- évaluer quel type de CODV doit être installé en fonction de la taille du patient ;
- procéder à l'insertion ou au retrait sécuritaire de la CODV, selon la technique recommandée ;
- vérifier la position de la CODV (à l'aide d'un capteur de CO₂ ou d'un vérificateur de position œsophagienne, etc.) ;
- ventiler le patient à l'aide de la CODV en position œsophagienne ;
- s'assurer de l'efficacité de la ventilation ;
- amorcer la médication d'urgence adaptée à la situation du patient ;
- maintenir les manœuvres d'urgence jusqu'à la stabilisation du patient ou jusqu'à son transfert.

38

Exemples d'activités réservées que le médecin de famille et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peuvent partager ou non

Tableau 3.1 Exemples d'activités réservées que le médecin de famille (MF) et l'IPS en soins de première ligne peuvent partager ou non

Les activités partageables peuvent être exercées à des degrés divers selon la formation et les domaines de compétence respectifs		
Activité/Acte, geste, intervention	MF	IPS
1. Évaluation de l'état de santé		
• Anamnèse	•	•
• Examen physique	•	•

Activité/Acte, geste, intervention	MF	IPS
2. Prévention de la maladie		
• Examen périodique	•	•
• Prévention primaire	•	•
• Prévention secondaire	•	•
• Prévention tertiaire	•	•
3. Promotion de la santé		
• Counseling sur les habitudes de vie	•	•
• Déterminants de la santé	•	•
4. Éducation et auto-soins		
• Éducation à la santé	•	•
• Conseils téléphoniques	•	•
5. Évaluation et traitement des problèmes de santé courants et des traumatismes		
• Problèmes de santé courants et ponctuels	•	•
• Traumatismes aigus mineurs	•	•
• Problèmes de santé aigus complexes	•	
• Traumatismes aigus complexes	•	
6. Évaluation et traitement des maladies chroniques		
• Diagnostic et plan de traitement médical	•	
• Ajustement du traitement en cas de conditions instables	•	
• Suivi des maladies chroniques stables	•	•
7. Soins de santé en planification des naissances et périnatalité		
• Counseling en contraception	•	•
• Dépistage et traitement des ITSS	•	•
• Counseling en cas de grossesse non planifiée	•	•
• Counseling en dépistage prénatal	•	•
• Suivi prénatal conjoint d'une grossesse normale jusqu'à 32 semaines	•	•
• Suivi prénatal à partir de 33 semaines	•	
• Travail et accouchement	•	
• Soins du post-partum immédiat	•	
• Soins immédiats au nouveau-né	•	
• Suivi postnatal de la mère et du nourrisson	•	•

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

40

Activité/Acte, geste, intervention	MF	IPS
8. Soins palliatifs		
• Visite à domicile	•	•
• Soutien individuel et familial	•	•
• Traitement initial	•	
• Ajustement du plan de traitement médical lors de conditions de santé instables	•	
• Suivi des conditions stables	•	•
9. Santé mentale		
• Gestion du stress	•	•
• Adaptation à la maladie	•	•
• Problème psychiatrique aigu : - diagnostic et plan de traitement médical	•	
• Problème psychiatrique chronique : - diagnostic et plan de traitement médical - ajustement du traitement médical - suivi des conditions stables	• • •	•
10. Coordination et demande de services de réadaptation		
• Orientation vers des services de réadaptation	•	
• Participation à la planification et au suivi	•	•
• Éducation	•	•
11. Orientation vers d'autres services de santé		
• Orientation vers des ressources communautaires	•	•
• Orientation vers des professionnels de la santé (autres que les médecins)	•	•
• Consultation avec des médecins spécialistes	•	
• Orientation vers l'hôpital pour admission	•	
12. Soins de soutien		
• À l'hôpital	•	
• À la maison	•	•
• En soins de longue durée	•	

4

ASPECTS LÉGAUX ET ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Quel que soit le milieu d'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, elle ne pourra exercer qu'à la condition de le faire avec un ou plusieurs médecins de famille qui agiront à titre de médecins partenaires. Le partenariat désigne une entente formelle entre une IPS et un ou plusieurs médecins qui acceptent de travailler en étroite collaboration dans le but d'assurer des soins à une population définie.

Il est ici question d'une collaboration interdisciplinaire qui permet à l'IPS et au médecin partenaire de mettre en commun leurs connaissances et leurs habiletés en vue d'améliorer l'accessibilité et la complémentarité des services de santé. Hors des établissements, la collaboration se fonde sur une entente écrite de partenariat qui ne peut être assimilée à un contrat de travail ou à un contrat de société de personnes.

La pratique en établissement

L'IPS en soins de première ligne peut exercer dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS), notamment en centre local de services communautaires (CLSC), dans un groupe de médecine de famille (GMF), dans une unité de médecine familiale, à l'urgence pour les priorités 4 et 5 selon l'ETG et dans certains dispensaires en régions isolées rattachés à un CSSS. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) établit clairement, aux articles 190, 207 et 207.1, les liens d'autorité et les responsabilités propres à la directrice des soins infirmiers (DSI) et au chef de département clinique où exerce l'IPS en soins de première ligne.

41

La pratique des IPS est balisée par la réglementation, notamment par des listes d'examens et de médicaments que les IPS sont autorisées à prescrire. Toutefois, malgré ces balises, un établissement peut imposer un encadrement supplémentaire en adoptant des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments. Ces règles ne peuvent toutefois concerner que les examens complémentaires et les médicaments autorisés dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*.

La directrice des soins infirmiers

Tout comme pour les activités prévues à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII), la LSSSS accorde à la DSI un pouvoir de contrôle des activités exercées par les infirmières en vertu de l'article 36.1.

La LSSSS prévoit à l'article 207 que la DSI doit, sous l'autorité du directeur général de l'établissement, collaborer avec le chef de département clinique à la surveillance des activités visées à l'article 36.1 de la LII. Cette même disposition prévoit également que la DSI doit tenir et mettre à jour un registre des IPS qui exercent dans l'établissement.

Le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* prévoit les conditions d'exercice d'activités médicales par les IPS en soins de première ligne. À cet effet, une liste codifiée de médicaments ainsi qu'une liste d'examens complémentaires sont prévues aux annexes I et II. La DSI est tenue de participer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux IPS lorsqu'un milieu de soins décide d'imposer un encadrement supplémentaire selon le modèle applicable aux IPS en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie.

Le principal pouvoir de contrôle de la DSI est énoncé à l'article 207.1 de la LSSSS qui prévoit que celle-ci peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels, limiter ou suspendre l'exercice, dans l'établissement, par une IPS, d'une ou de plusieurs activités visées à l'article 36.1 de la LII. Il s'agit d'un important pouvoir d'intervention et de sanction.

Le chef de département clinique

42

En plus du pouvoir d'intervention et de sanction dans une situation d'urgence, et ce, tel qu'il a été précédemment mentionné, l'article 190 de la LSSSS attribue également au chef de département clinique la responsabilité, envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de surveiller les activités médicales visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la *Loi médicale* qui sont exercées par les IPS. Cette surveillance des activités médicales est alors exercée par le chef du département de médecine générale pour les IPS en soins de première ligne, sous réserve des responsabilités assumées par la DSI concernant les activités infirmières. La surveillance des activités médicales assurée par le chef du département de médecine générale s'exerce à l'égard des IPS de la même façon qu'à l'égard des médecins. La surveillance des activités médicales peut donc porter sur la compétence des IPS dans l'exercice de leurs activités médicales, sur la qualité et la pertinence des services médicaux qu'elles donnent ou sur l'observance des normes médicales poursuivant ces finalités.

La pratique hors des établissements

L'IPS en soins de première ligne peut exercer hors des établissements, notamment dans un groupe de médecine de famille privé, en clinique médicale privée et en régions isolées.

Dans le secteur privé, c'est-à-dire hors des établissements, il faut tenir compte des règles stipulées à l'article 42.1 de la *Loi médicale*, qui ont pour objectif d'assurer la mise en place des mesures comparables à celles de la LSSSS qui s'appliquent en établissement.

Cet article mentionne que :

« Lorsqu'un membre d'un ordre professionnel est habilité, par règlement du Bureau pris en application du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19, à exercer une activité visée au deuxième alinéa de l'article 31 et qu'il entend l'exercer ailleurs que dans un centre exploité par un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de la *Loi sur les services et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5), le médecin œuvrant avec ce professionnel doit transmettre au Bureau un projet de conditions d'application locales de cette activité, lequel doit être autorisé par le Bureau.

Le secrétaire du Collège des médecins du Québec informe l'ordre, dont ce professionnel est membre, des conditions qui ont été autorisées.

Le médecin œuvrant avec le professionnel surveille la façon dont s'exerce une activité que ce professionnel est habilité à exercer. »

De cet article découlent deux obligations faites au médecin travaillant avec une IPS en soins de première ligne : soumettre au Bureau du CMQ, pour autorisation, le projet de conditions d'application locales des activités médicales que l'IPS est habilitée à exercer et surveiller la façon dont elle exerce ces activités.

Conditions d'application locales d'une activité médicale autorisée

L'objectif de cette exigence est de fournir un encadrement comparable à celui qui est exigé en établissement. Le CMQ est d'avis que l'inclusion au règlement d'une liste de classe de médicaments et de substances, d'une liste d'examen diagnostiques (radiologiques, échographiques, analyses de laboratoire et autres tests diagnostiques), d'une liste des techniques effractives ou à risque de préjudice, que l'IPS peut prescrire ou pratiquer, est suffisante et qu'il n'y a donc pas lieu de prévoir d'autres conditions d'application locales de ces activités médicales.

De plus, le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* définit la nature des problèmes de santé courants (art. 8.2) et des maladies chroniques stables (art. 8.3) qu'une IPS peut traiter. Il décrit également, à l'article 8.5, les conditions de demande d'intervention obligatoire du médecin partenaire. Ces deux éléments supplémentaires permettent de satisfaire l'exigence de soumettre au Bureau du CMQ, pour autorisation, les conditions d'application locales d'une activité médicale.

Par ailleurs, une entente écrite doit lier l'IPS et le médecin partenaire suivant l'article 8.1 du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Cette entente établit clairement les

principes et les modalités balisant la collaboration de l'IPS et du médecin partenaire ainsi que les rôles et responsabilités de chacun. À titre d'exemple, la responsabilité du médecin serait de voir les personnes qui nécessitent d'être vues sans délai ou dont l'état de santé est tel qu'il dépasse les compétences de l'IPS. C'est dans cette entente que devront être déterminés, en fonction des besoins locaux et des ressources disponibles, les milieux de pratique, l'horaire de travail, les services offerts, la clientèle desservie, les membres de l'équipe, les mécanismes de communication, les modalités de garde, le processus de conciliation, la durée de l'entente et son renouvellement ou sa résiliation.

Un guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat et un modèle d'entente de partenariat ont été élaborés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) à partir des lignes directrices communes de l'OIIQ et du CMQ. Ces documents d'accompagnement se trouvent à la suite des présentes lignes directrices.

Surveillance de la façon dont s'exerce une activité médicale que l'infirmière praticienne spécialisée est habilitée à exercer

44

L'obligation de surveillance, par le médecin partenaire, des activités médicales exercées par l'IPS hors des établissements, est comparable à l'obligation de surveillance que doit exercer le chef de département clinique en établissement. Il s'agit d'une surveillance qui n'implique pas de supervision directe au cas par cas. Il s'agit plutôt d'une surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales ou de l'observance de normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice de ces activités médicales.

Hors des établissements, le médecin partenaire est imputable de cette obligation de surveillance au même titre que le chef de département clinique d'un établissement. L'entente de partenariat entre le médecin partenaire et l'IPS doit faire état des modalités de réalisation de cette surveillance.

Un plan de surveillance adéquat consisterait en l'application de certaines des mesures suivantes :

- Rencontres d'équipe régulières pour discuter du fonctionnement général de l'équipe et de tout sujet jugé pertinent par le médecin partenaire ou l'IPS. Une rencontre mensuelle devrait suffire à cette fin.
- Discussions de cas choisis par l'IPS ou le médecin partenaire pendant les rencontres d'équipe ou à l'occasion de rencontres prévues expressément à cette fin. Une périodicité mensuelle devrait suffire.
- Sélection et révision de dossiers de l'IPS par le médecin partenaire pour l'évaluation de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par cette dernière. Rencontres et discussions avec l'IPS à ce sujet au même moment ou par la suite. Il paraît raisonnable d'exécuter cet exercice une ou deux fois par année.

- Rencontres d'équipe avec l'IPS et le médecin partenaire en vue d'évaluer la satisfaction de la clientèle par rapport à la qualité des services offerts par l'équipe. Ce sujet devrait être traité régulièrement, par exemple à l'occasion des rencontres d'équipe mensuelles.
- Communication du médecin partenaire avec l'employeur de l'IPS afin de lui faire part d'interrogations ou d'inquiétudes sur la qualité de la pratique des activités médicales par l'IPS.

Il n'y a pas lieu d'établir un programme obligatoire de surveillance impliquant une étude systématique de dossiers par critères ou non.

Surveillance de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée par les ordres professionnels

Comme le prévoit le *Code des professions*, le Comité d'inspection professionnelle de l'OIIQ doit surveiller l'exercice de la profession par ses membres et faire enquête sur leurs compétences professionnelles.

À cela s'ajoute le pouvoir accordé au CMQ, à l'article 18.2 de la *Loi médicale*, de vérifier la qualité des activités médicales exercées par des personnes habilitées à les exercer par règlement du Bureau. Dans ce but, le Bureau du CMQ a confié au Comité d'inspection professionnelle le mandat de procéder à cette vérification dans le cadre des programmes d'inspection professionnelle visant les médecins de famille. De plus, un médecin du CMQ verra à s'assurer que les aspects réglementaires de l'exercice des activités médicales par les IPS en soins de première ligne sont respectés.

45

Responsabilité professionnelle de l'infirmière praticienne spécialisée

Bien que l'infirmière praticienne spécialisée puisse exercer des activités professionnelles qui relèvent du domaine médical, les règles de la responsabilité civile que doit actuellement observer l'infirmière s'appliquent également à elle.

Ainsi, et même s'il s'agit d'activités médicales, l'IPS est seule responsable des fautes ou erreurs qu'elle pourrait commettre dans sa pratique. Au même titre que les médecins ou autres professionnels de la santé, elle se doit d'agir, en toutes circonstances, comme une infirmière praticienne raisonnablement prudente et diligente. Un comportement ou un acte qui dérogerait à cette norme pourrait être jugé fautif et engager sa responsabilité.

Ainsi, la responsabilité du médecin partenaire ne peut être engagée pour une faute commise par une infirmière praticienne spécialisée que conformément aux règles du droit civil actuellement applicables. Il importe donc de souligner que la nature médicale des activités exercées par l'infirmière praticienne spécialisée ne modifie d'aucune façon la relation juridique qui existe entre ces professionnels de la santé et n'impose aux médecins aucune responsabilité civile accrue.

À cet égard, il y a lieu de souligner que l'obligation de surveillance énoncée à l'article 42.1 de la *Loi médicale* n'a pas pour effet de créer un lien de subordination entre le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée, pas plus d'ailleurs que l'obligation de surveillance qui incombe au chef de département clinique à l'égard des médecins de son département.

Conformément aux objectifs poursuivis par la réglementation applicable à cette spécialité⁴, l'IPS assume de façon autonome l'entière responsabilité de la prise en charge et du suivi des cas cliniques qui relèvent de sa compétence, sous réserve de son obligation d'orienter le patient vers le médecin partenaire dans les situations prévues au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Dans tous les autres cas, c'est à elle de décider si elle doit demander ou non l'intervention du médecin partenaire en fonction des circonstances, selon son bon jugement, comme le ferait une infirmière praticienne normalement prudente et diligente.

Ainsi, l'IPS qui, dans l'exercice de ses activités professionnelles, commettrait une faute, n'engagerait que sa propre responsabilité et non celle du médecin avec qui elle exerce en partenariat.

46

Assurance responsabilité professionnelle

L'IPS en soins de première ligne, qui doit être inscrite au Tableau de l'OIIQ, bénéficie automatiquement de l'assurance responsabilité professionnelle actuellement en vigueur qui offre une couverture de 5 000 000 \$ pour l'ensemble des sinistres par période d'assurance (du 1^{er} avril au 31 mars de chaque année). Cette assurance est obligatoire pour l'infirmière qui exerce comme IPS en soins de première ligne.

Collaboration entre le résident en médecine et l'infirmière praticienne spécialisée

Dans les milieux où des résidents en médecine familiale font des stages cliniques, la répartition des tâches doit faire en sorte que le résident a priorité sur l'IPS par rapport à l'acquisition des habiletés techniques et cliniques nécessaires à l'atteinte des objectifs de formation. Cependant, un partage équitable entre la candidate IPS en formation et le résident dans la pratique des techniques est souhaitable et recommandé afin de s'assurer que l'un et l'autre sont suffisamment exposés à diverses interventions cliniques et peuvent atteindre leurs objectifs de formation respectifs.

4. Notamment celui de permettre à la population d'avoir un meilleur accès aux soins de première ligne, en permettant à l'infirmière praticienne spécialisée d'assumer certaines responsabilités normalement réservées au médecin. Imposer au médecin une surveillance qui alourdirait son fardeau de responsabilité civile irait à l'encontre de cet objectif.

5

LES MODALITÉS DE PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN RÉGIONS ISOLÉES

Les régions isolées éprouvent des difficultés importantes d'accès aux soins et aux services requis. L'organisation des services de santé, tout comme le financement, sont assurés, selon les régions, par les autorités fédérale ou provinciale, ou par les conseils de bande. Dans plusieurs communautés, l'infirmière est souvent la seule professionnelle en poste et la présence d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne permettra d'augmenter les services offerts à ces populations.

En plus de déterminer et de traiter des problèmes de santé courants ainsi que d'assurer le suivi des clientèles atteintes de maladies chroniques avec le médecin partenaire, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, qui aura reçu une formation supplémentaire en soins d'urgence et en obstétrique, pourra exercer des activités médicales supplémentaires. Ces activités qui concernent la prescription de traitements et de médicaments ainsi que la pratique de techniques effractives seront exercées par l'IPS en soins de première ligne uniquement dans les régions isolées.

Description et situation des régions isolées

Compte tenu des exigences réglementaires, l'IPS en soins de première ligne ne pourra exercer ces activités médicales supplémentaires que dans les milieux indiqués à l'annexe IV du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Cette habilitation est valable et valide uniquement dans les milieux indiqués dans cette liste.

47

Centre de santé de la Basse-Côte-Nord

La Basse-Côte-Nord est située à l'extrémité est du Québec et s'étend sur 400 km de littoral au relief accidenté de Kegaska à Blanc-Sablon. L'ensemble des services de première ligne sont offerts dans huit points de service (dispensaires) et un point de chute. Les dispensaires sont situés à Kegaska, Chevery (offre un point de chute à Aylmer Sound), Harrington Harbour, Tête-à-la-Baleine, Mutton Bay, La Tabatière, Saint-Augustin et Rivière-Saint-Paul⁵.

Nunavik

Le Nunavik est situé au nord du 55^e parallèle. Sa population est dispersée dans quatorze communautés établies le long des côtes de la baie d'Hudson et de la baie d'Ungava.

Le territoire de la Baie-d'Hudson comprend sept villages : Akulivik, Inukjuak, Ivujivik, Kuujjuarapik, Puvirnitug, Salluit et Umiujaq. Le Centre de santé Immulitsivik comprend sept installations de soins de première ligne.

5. Les Montagnais gèrent un point de service à la Romaine, qui répond également aux besoins de la population blanche.

LES MODALITÉS DE PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN RÉGIONS ISOLÉES

Le territoire de la Baie-d'Ungava comprend aussi sept villages : Aupaluk, Kangiqsualujuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Quaqtq, Kuujuaq et Tasiujaq. Le Centre de santé Tulattavik comprend sept installations de soins de première ligne.

Territoire de la Baie-James

La région de la Baie-James s'étend du 49^e parallèle jusqu'au nord du 55^e parallèle. Il existe neuf communautés criées ; cinq se trouvent sur le littoral de la baie James et de la baie d'Hudson : Whapmagoostui, Chisasibi, Wemindji, Eastmain et Waskaganish. Les quatre autres se trouvent dans les terres : Nemiscau, Waswanipi, Oujé-Bougoumou et Mistissini.

Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James assume l'entière responsabilité de la santé des communautés autochtones sur le territoire. Les services de santé sont dispensés par l'Hôpital régional de Chisasibi qui comprend deux installations de soins de première ligne disposant chacune de quatre dispensaires.

Premières Nations

48

Les communautés des Premières Nations vivent sur la Basse-Côte-Nord, la Moyenne-Côte-Nord, à Schefferville et en Haute-Mauricie. Les conseils de bande gèrent et offrent les services de santé. Neuf dispensaires couvrent les territoires des Premières Nations : Matimekash (Schefferville) situé à 510 km au nord de Sept-Îles ; Unamen Shipu (Basse-Côte-Nord) à 50 km à l'est de Sept-Îles ; Pakua Shipu (Basse-Côte-Nord) à 100 km à l'ouest de Blanc-Sablon et à 600 km à l'est de Sept-Îles ; Natashquan (Basse-Côte-Nord) à 160 km de Sept-Îles et à 32 km de Havre-Saint-Pierre ; Ekuanitshi (Moyenne-Côte-Nord) à 200 km à l'est de Sept-Îles et à 32 km de Havre-Saint-Pierre ; Betsiamites (Moyenne-Côte-Nord) à 45 km à l'ouest de Baie-Comeau ; Opitciwan (Haute-Mauricie) à 300 km de Roberval ; Wemotaci (Haute-Mauricie) à 115 km au nord de La Tuque ; Manawan (Haute-Mauricie) à 86 km de Saint-Michel-des-Saints et à 200 km de Joliette.

Communautés des Premières Nations de Lac-Rapide et Winneway

La communauté algonquine de Lac-Rapide vit à 134 km au nord de Kitigan Zibi (anciennement Maniwaki) au bord du réservoir Cabonga dans la région de la Haute-Gatineau. Celle de Winneway est située à 100 km à l'est de Ville-Marie sur la rive sud de la rivière Winneway à proximité du lac Simard dans la région du Témiscamingue. Chaque communauté est desservie par un poste de soins infirmiers géré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, de Santé Canada.

Situations d'urgence en régions isolées

Les infirmières exerçant en régions isolées doivent répondre aux situations d'urgence qui se produisent dans la communauté qu'elles desservent. Elles peuvent même être appelées à aller chercher elles-mêmes une personne blessée sur les lieux d'un accident, notamment dans la forêt ou la toundra.

Les patients en attente d'un transfert, par avion ou par route, vers le centre hospitalier le plus près où des médecins sont disponibles, requièrent souvent des soins d'urgence. Toutefois, selon les conditions climatiques et les moyens de transport, il peut s'écouler plusieurs heures voire une journée avant que la personne puisse être évacuée. Par conséquent, l'IPS ayant suivi une formation supplémentaire en soins d'urgence et en obstétrique sera en mesure de maintenir les fonctions vitales du patient, de stabiliser son état, d'appliquer des traitements effractifs et d'assurer la surveillance clinique de ce dernier jusqu'à son évacuation.

Les situations d'urgence auxquelles l'IPS en soins de première ligne peut avoir à faire face sont multiples. Le tableau suivant présente des situations d'urgence pouvant survenir dans les régions isolées.

Tableau 4.1 Liste non exhaustive de situations d'urgence pouvant survenir dans les régions isolées

Traumatologie	Cardiorespiratoire
<ul style="list-style-type: none">• Accident par balle• Accident de véhicule tout-terrain et de motoneige• Accident du travail• Tentative de pendaison• Fracture ouverte ou fermée• Brûlure• État de choc• Traumatisme crânien• Traumatisme à la colonne cervicale et à la moelle épinière• Volet costal	<ul style="list-style-type: none">• Réanimation cardiorespiratoire d'un nouveau-né, d'un enfant, d'un adulte ou d'une personne âgée• Pneumothorax• Œdème aigu du poumon• Bronchospasme• Infarctus• Angine instable• Choc anaphylactique• Choc hypovolémique• Surdose, empoisonnement et toxidrome

Obstétrique

- Avortement spontané et hémorragie
- Accouchement d'urgence
- Hémorragie post-partum

Neurologie

- Status épilepticus
- Accident vasculaire cérébral

Psychiatrie

- Crise d'agitation

Crise sociale

- Personne suicidaire
- Violence conjugale

Autres

- Hypothermie
- Bactériémie et septicémie

50

Activités médicales

L'IPS en soins de première ligne qui a reçu une formation additionnelle en soins d'urgence et en obstétrique peut exercer les activités médicales supplémentaires suivantes.

Faire un accouchement d'urgence et traiter les hémorragies du post-partum

Accouchement d'urgence

En l'absence d'un médecin ou d'une sage-femme, lorsque la parturiente accouche de façon précipitée et qu'elle ne peut être transférée, faute de temps, en centre hospitalier, l'IPS en soins de première ligne procède à l'ensemble des interventions nécessaires à la mère et au nouveau-né. Par exemple, elle assure la surveillance des signes vitaux de la mère et des contractions utérines, la surveillance fœtale, la réanimation, la stabilisation, l'administration d'oxygène, de médicaments, de liquides et d'autres substances, l'anesthésie régionale, l'épisiotomie, les sutures, les interventions reliées au cordon ombilical, la traction contrôlée du cordon en vue de l'expulsion du placenta ainsi que l'extraction manuelle du placenta. Elle prépare la mère pour une césarienne imminente et organise le transfert de la mère et du bébé nécessitant des soins spécialisés. Au besoin, elle participe aux soins durant le transfert.

Hémorragie du post-partum

Les causes d'hémorragie sont multifactorielles : expulsion placentaire incomplète, traction excessive sur le cordon ombilical, utérus atonique, inversion de l'utérus, prolapsus utérin, rétention de fragments placentaires, lacération du col, du vagin ou du périnée, hématome, etc. En l'absence d'un médecin ou d'une sage-femme, l'IPS en soins de première ligne peut prévenir certains cas d'hémorragie du post-partum en faisant une gestion active du troisième stade du travail. Elle pratique toutes les interventions reliées aux hémorragies du post-partum, aux complications (ex. : choc hypovolémique, hypoxie, acidose métabolique et infections), aux conditions pathologiques et aux coagulopathies (ex. : coagulation intravasculaire disséminée, purpura thrombocytopénique immun et maladie thromboembolique). Par exemple, elle évalue la contractilité de l'utérus et les pertes sanguines, elle masse le fond utérin, fait une compression bimanuelle, explore de façon manuelle l'utérus, retire les caillots, assure la surveillance clinique, amorce la thérapie de remplacement des liquides, administre le ou les médicaments et l'oxygène. Par ces interventions, l'IPS tente de stabiliser les signes vitaux de la mère ainsi que les valeurs des analyses de laboratoire et limite les conséquences des complications. Le cas échéant, elle prévoit le besoin de recourir à une intervention chirurgicale ou à tout autre traitement ou service spécialisé et elle organise le transfert de la mère vers un centre offrant les soins spécialisés requis.

51

Appliquer certains traitements médicaux

Lavage gastrique

Dans le but de diminuer l'absorption systémique de substances toxiques, l'IPS en soins de première ligne peut procéder au nettoyage du contenu de l'estomac par un lavage gastrique. À la suite de son évaluation, elle prescrit et effectue les examens diagnostiques nécessaires, prépare le patient et effectue le lavage gastrique. Elle pratique l'ensemble des interventions reliées à la procédure (ex. : insertion et retrait du tube nasogastrique, aspiration ou succion du contenu de l'estomac, collecte des spécimens, irrigation de l'estomac, évacuation des substances toxiques, instillation de médicaments et administration de liquides, au besoin). L'IPS doit porter une attention particulière à la destruction des muqueuses, être en mesure de gérer les complications possibles, d'assurer la surveillance per et post procédure (signes vitaux, hydratation, état mental, rénal, respiratoire et cardiaque, distension abdominale, dysphagie, nausées, vomissements, intolérances alimentaires, etc.) et le suivi du patient.

Paquetage nasal postérieur

Lorsqu'une hémorragie nasale n'est pas arrêtée par une pression directe, l'IPS en soins de première ligne peut y remédier à l'aide d'interventions cliniques supplémentaires. Ainsi, à la suite de

son évaluation de la situation (examen, visualisation du septum et des cloisons nasales, détermination de la source du saignement, etc.), elle peut succionner, assécher le site, appliquer un vasoconstricteur topique (lidocaïne et épinéphrine, tétracaïne, benzocaïne en aérosol, gelée de pétrole), procéder à la cautérisation électrique ou chimique (bâtonnet de nitrate d'argent), faire un paquetage avec thrombine et faire un paquetage nasal postérieur. En tout temps, l'IPS en soins de première ligne surveille les signes de détérioration (signes vitaux, saturation en O₂, etc.) de l'état du patient afin d'éviter un état de choc, une syncope, une détresse respiratoire ou un arrêt cardiaque. De plus, elle gère les complications possibles du paquetage nasal postérieur (ex. : infection locale, sinusite, syndrome de choc toxique, bactériémie, apnée du sommeil iatrogénique, obstruction des voies respiratoires par suite du déplacement du paquetage dans le nasopharynx et hémorragie récurrente). Elle prescrit ensuite l'antibiothérapie topique ou systémique, les décongestionnants, les analgésiques, enlève le paquetage, assure le suivi du patient et le dirige vers le médecin partenaire.

Immobilisation en cas de fracture

- 52** Lorsque l'IPS en soins de première ligne soupçonne une fracture, elle doit procéder à l'alignement du membre atteint lorsque requis et à son immobilisation selon le site de la fracture (membres inférieurs ou supérieurs, tête, colonne cervicale, bassin, colonne dorsolombaire). Pour ce faire, elle utilise le matériel nécessaire en fonction du type et du site de la fracture. Elle évalue la nécessité de faire des examens radiologiques, fait les prélèvements nécessaires, administre les médicaments et autres substances appropriés (analgésiques, soluté, etc.) et gère les complications possibles (ex. : atteintes des vaisseaux sanguins ou des nerfs, rupture des ligaments avec instabilité des articulations, lésions cutanées et syndrome de compartiment). Elle organise le transfert du patient une fois stabilisé vers un centre hospitalier en partenariat avec le médecin de famille et assure le suivi à son retour.

Réduction d'une dislocation ou d'une subluxation d'une fracture fermée et d'une fracture ouverte seulement s'il y a atteinte neurovasculaire

L'IPS doit obtenir un examen radiologique, si un tel examen est disponible, avant de réduire ou d'immobiliser toute luxation ou fracture, sauf en cas de luxation interphalangienne et de pronation douloureuse des jeunes enfants (*pulled elbow*). Elle évalue et documente l'état général, la fonction musculosquelettique et le statut neurovasculaire (remplissage capillaire, douleur, parésie ou paralysie, paresthésie ou anesthésie, pouls périphérique, pression intracompartimentale, etc.), elle soulage la douleur du patient (elle choisit le médicament et la voie d'administration) et procède à la réduction à l'aide de tractions manuelles et à l'immobilisation de la luxation. Elle stabilise la fracture ouverte (nettoie la plaie, la débride et la couvre, elle réduit et immobilise la fracture, administre

la prophylaxie antitétanique et antimicrobienne). Dans le cas d'une fracture ouverte, elle assure le transfert d'urgence du patient vers un centre hospitalier pour une prise en charge immédiate en orthopédie, en chirurgie vasculaire ou autres spécialités appropriées. Elle assure le suivi du patient à son retour.

Prescrire des médicaments ou d'autres substances

Pour exercer ces activités, l'IPS peut prescrire les médicaments et les autres substances supplémentaires indiqués au tableau 5.1. Ces médicaments sont aussi énumérés à l'annexe III du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*.

Tableau 5.1 Liste des classes de médicaments supplémentaires utilisées en régions isolées

Classes de médicaments	Nom du médicament
Agonistes des opiacés	Fentanyl Morphine
Antagoniste des opiacés	Naloxone
Antagoniste des benzodiazépines	Flumazénil (Anexate®)
Antiacides absorbants	Charbon activé
Anesthésique local	Mépipivacaïne (Carbocaine®)
Anxiolytique, sédatif anxiolytique	Lorazépam i.v., i.m., i.r.
Coagulant topique	Thrombine
Anticonvulsivant	Sulfate de magnésium, inj.
Ocytocique	Oxytocine (Syntocinon et Pitocin)
Prostaglandine	Carboprost (Hémabate™)

Exercer les activités médicales de soins avancés en réanimation cardiorespiratoire

L'IPS en soins de première ligne peut exercer toutes les activités médicales (prescription de traitements et de médicaments et utilisation de techniques effractives) comprises dans les formations sur les soins avancés en réanimation cardiorespiratoire (SARC), en réanimation pédiatrique (SARP), en réanimation néonatale (Programme de réanimation néonatale - PRN) et en réanimation des polytraumatisés (« Advanced Trauma Life Support » - ATLS).

Les attestations de formation en réanimation cardiorespiratoire permettent à l'IPS en soins de première ligne de réanimer et de stabiliser tout patient vivant une situation d'urgence, qu'il soit un nouveau-né, un enfant, un adolescent ou un adulte.

Soins avancés en réanimation cardiorespiratoire

L'IPS en soins de première ligne intervient, par exemple, dans les situations de choc et de réanimation reliées notamment à l'arythmie cardiaque, à l'angine, à l'infarctus du myocarde, à l'acidose, à l'œdème aigu pulmonaire, à l'hypotension, à l'hypothermie et à l'accident vasculaire cérébral. Elle évalue l'état du patient, établit les priorités de traitement et détermine ses besoins. Elle procède, au besoin, à la réanimation et à la stabilisation du patient et met fin aux interventions en fonction des situations, tout en respectant les principes éthiques. Elle planifie le transfert lorsqu'il est requis (avion, hélicoptère ou ambulance), tout en assurant des soins optimaux à ses patients adultes.

L'IPS en soins de première ligne sera en mesure :

54

- de procéder à l'évaluation primaire et secondaire du patient ;
- de reconnaître et de gérer précocement les situations qui peuvent mener à un arrêt cardiaque ou compliquer les résultats de la réanimation ;
- de gérer un arrêt cardiaque jusqu'au rétablissement d'une circulation spontanée, jusqu'à la fin de la réanimation ou jusqu'au moment du transfert ;
- de reconnaître et de traiter une douleur thoracique ischémique et d'accélérer les soins aux patients présentant un syndrome coronarien aigu ;
- de reconnaître les situations cliniques présentant un danger pour la vie et de donner des soins primaires efficaces ;
- de communiquer de façon efficace en tant que leader ou membre de l'équipe de réanimation ;
- d'appliquer l'algorithme de soins immédiats en réanimation ;
- de procéder à une réanimation cardiorespiratoire avancée ;
- de procéder à une gestion avancée de la ventilation ;
- d'intuber à l'aide d'une canule nasopharyngée ou oropharyngée ;
- d'administrer de l'oxygène ;
- d'administrer des médicaments et d'autres substances appropriés ;
- d'utiliser un défibrillateur traditionnel manuel ;
- d'utiliser un défibrillateur externe automatique (DEA) ;
- de procéder à la défibrillation ;

- de procéder à la cardioversion ;
- d'utiliser un stimulateur cardiaque transcutané ;
- d'assurer un monitoring cardiaque ;
- d'interpréter les électrocardiogrammes.

Soins avancés en réanimation pédiatrique

L'IPS en soins de première ligne intervient auprès de l'enfant, par exemple, dans les situations d'urgence, d'état de choc, d'intoxication, d'insuffisance respiratoire et de réanimation cardio-respiratoire. Elle évalue l'état de l'enfant, établit les priorités de traitement et détermine ses besoins. Elle procède, au besoin, à la réanimation et à la stabilisation de l'enfant et met fin aux interventions en fonction des situations, tout en respectant les principes éthiques. Elle planifie le transfert de l'enfant lorsqu'il est requis (avion, hélicoptère ou ambulance), tout en lui assurant des soins optimaux.

L'IPS en soins de première ligne sera en mesure :

- de faire une évaluation cardiopulmonaire rapide ;
- d'évaluer les situations particulières de réanimation : surdose, anormalité électrolytique, asthme et choc anaphylactique ;
- de pratiquer les techniques de réanimation selon les normes pédiatriques ;
- de procéder aux soins avancés des voies respiratoires ;
- de procéder à l'intubation endotrachéale ;
- de vérifier l'emplacement du tube endotrachéal ;
- d'utiliser un masque laryngé ;
- de ventiler l'enfant par masque ;
- d'installer une voie intra-osseuse ;
- de procéder à un lavage gastrique ;
- d'utiliser des médicaments de réanimation pédiatrique ;
- de procéder à une thérapie liquidienne ;
- d'utiliser un défibrillateur externe automatique (DEA) ;
- de procéder à la défibrillation ;
- de procéder à la cardioversion.

Soins avancés en réanimation néonatale

L'IPS en soins de première ligne intervient auprès du nouveau-né prématuré ou à terme, par exemple, dans les situations de choc, les troubles du rythme cardiaque, de réanimation cardiorespiratoire et d'asphyxie. Elle évalue l'état du nouveau-né, établit les priorités de traitement et détermine ses besoins. Elle procède, au besoin, à la réanimation et à la stabilisation du nouveau-né et met fin aux interventions en fonction des situations, tout en respectant les principes éthiques. Elle planifie le transfert du nouveau-né lorsqu'il est requis (avion, hélicoptère ou ambulance), tout en lui assurant des soins optimaux.

L'IPS en soins de première ligne sera en mesure :

- d'évaluer la stabilité ou l'instabilité du nouveau-né ;
- de procéder à l'évaluation rapide et aux étapes initiales de la ventilation, aux compressions thoraciques et à la stabilisation ;
- de procéder à l'intubation endotrachéale ;
- 56 • de réanimer un nouveau-né instable ;
- de réanimer un nouveau-né en présence de liquide amniotique méconial ou non ;
- d'effectuer la ventilation mécanique et d'en déterminer les paramètres ;
- d'utiliser le matériel nécessaire à la ventilation (canule oropharyngée, nasopharyngée, ballon masque avec réservoir, etc.) ;
- d'administrer les médicaments et d'autres substances ;
- de prioriser les accès vasculaires selon l'état du nouveau-né (veines périphériques, voie intra-osséuse, veine ombilicale, etc.) ;
- de procéder à la défibrillation ;
- de procéder à la cardioversion ;
- d'utiliser un défibrillateur externe automatique (DEA) ;
- d'intervenir en situation de choc ;
- d'effectuer une thérapie liquidienne selon l'état de choc ;
- de pratiquer le DOPE (déplacement, obstruction, pneumothorax, équipement) ;
- de pratiquer la réduction d'une subluxation et l'immobilisation d'un membre.

Soins avancés en réanimation des polytraumatisés

L'IPS en soins de première ligne intervient auprès des polytraumatisés, par exemple, dans les situations de choc, de traumatismes, de brûlures, d'engelures et d'hypothermie. Elle évalue l'état du patient, établit les priorités de traitement et détermine ses besoins. Elle procède, au besoin, à la réanimation et à la stabilisation du patient polytraumatisé et met fin aux interventions en fonction des situations, tout en respectant les principes éthiques. Elle planifie le transfert lorsqu'il est requis (avion, hélicoptère ou ambulance), tout en assurant des soins optimaux à des patients polytraumatisés de tous les âges.

Pour ce faire, l'IPS en soins de première ligne sera en mesure :

- de procéder à l'évaluation primaire et secondaire du polytraumatisé ;
- d'entreprendre les premiers traitements en situation critique ;
- d'intuber des enfants et des adultes ;
- de procéder à une cricothyroïdotomie ;
- d'installer un cathéter central pour la mesure de la tension veineuse centrale ;
- d'administrer des liquides selon le degré de choc ;
- de faire une dissection veineuse ;
- de réaliser une ponction en vue d'un drainage pleural ;
- de procéder à un lavage péritonéal ;
- de faire une ponction péricardique ;
- d'immobiliser la colonne vertébrale en vue du transfert du patient ;
- d'immobiliser les extrémités à l'aide d'attelles pneumatiques et d'attelles de traction.

57

Médicaments et autres substances administrés en situation de réanimation et de stabilisation

L'IPS en soins de première ligne peut administrer l'ensemble des médicaments et autres substances nécessaires à la réanimation et à la stabilisation d'un nouveau-né, d'un enfant ou d'un adulte, à condition que ce soit prévu dans les formations sur les soins avancés en réanimation cardio-respiratoire, pédiatrique, néonatale et des polytraumatisés. Ces formations sont énoncées à la page 56.

Formation requise

L'IPS en soins de première ligne doit détenir, depuis moins de deux ans, les attestations suivantes :

- une attestation de formation sur les soins avancés en réanimation cardiorespiratoire (SARC) ou en réanimation pédiatrique (SARP) délivrées par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Canada, selon les normes telles qu'elles se lisent au moment où elles s'appliquent ;
- une attestation de formation en réanimation néonatale (Programme de réanimation néonatale - PRN) délivrée par la Société canadienne de pédiatrie, selon les normes telles qu'elles se lisent au moment où elles s'appliquent

L'IPS en soins de première ligne doit détenir, depuis moins de quatre ans, l'attestation suivante :

- une attestation de formation en soins avancés en réanimation des polytraumatisés (« Advanced Trauma Life Support » - ATLS) délivrée par un maître instructeur reconnu par l'American College of Surgeons.

58

De plus, l'IPS en soins de première ligne doit détenir une attestation délivrée par l'OIIQ prouvant qu'elle a réussi un stage clinique d'au moins neuf semaines réparties de la manière suivante :

- cinq semaines en soins d'urgence dans un centre hospitalier ayant un service des urgences à fort volume ;
- deux semaines en soins d'urgence pédiatrique dans un centre hospitalier ayant un service des urgences à fort volume ;
- deux semaines en salle d'accouchement dans un centre hospitalier qui offre des services d'obstétrique de niveau II ou III.

Conclusion

Ces lignes directrices sur les modalités de pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne découlent de discussions entre médecins et infirmières et tiennent compte d'un certain nombre de facteurs historiques, juridiques et contextuels. Elles représentent un outil essentiel à l'établissement des balises nécessaires à la pratique de l'IPS en soins de première ligne que cette infirmière exerce en établissement, en groupe de médecine de famille, en clinique privée ou en régions isolées dans des dispensaires.

L'émergence du rôle de l'IPS au Québec favorise le développement de la pratique infirmière, permet l'implantation d'une pratique interdisciplinaire fructueuse et vise un meilleur accès aux soins pour les patients de même qu'une qualité et une continuité de soins optimales.

R É F É R É N C E S

Abécédaire de pédiatrie (2003). Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de pédiatrie, [www.usherbrooke.ca/pediatrie/pdf/abcd_2702qc.pdf].

American Academy of Pediatrics et American Heart Association (2006a). *Instructor's Manual for Neonatal Resuscitation*, 4^e éd., Dallas, AHA.

American Academy of Pediatrics et American Heart Association (2006b). *Textbook of Neonatal Resuscitation*, 5^e éd., Ottawa, Société canadienne de pédiatrie.

American Academy of Pediatrics, American Heart Association et Société canadienne de pédiatrie (2006). *La réanimation néonatale : manuel*, 5^e éd., Ottawa, Société canadienne de pédiatrie.

American Heart Association (2001). *Pediatric Advanced Life Support: Instructor's Manual*, Dallas, AHA.

American Heart Association (2003). *Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins*, Ottawa, Fondation des maladies du cœur du Canada.

American Heart Association (2006a). *Advanced Cardiovascular Life Support: Instructor's Manual*, Dallas, AHA.

American Heart Association (2006b). *Handbook of Emergency Cardiovascular Care for Healthcare Providers*, Dallas, AHA.

American Society of Anesthesiologists (2003). « Practice guidelines for management of the difficult airway: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway », *Anesthesiology*, vol. 98, n° 5, p. 1269-1277.

Association canadienne de protection médicale et Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (2005). *Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative*, Ottawa, ACPM ; SPIIC.

Beaumont, J.L. (1994). « Le Combitube trachéo-oesophagien : une nouvelle technique pour l'intubation d'urgence », *L'Infirmière du Québec*, vol. 1, n° 6, p. 17-20.

Centre for Nursing Studies et Institute for the Advancement of Public Policy (2001). *The Nature of the Extended/Expanded Nursing Role in Canada: Final Report*, St. John's (T.-N.-L.), Centre for Nursing Studies; Institute for the Advancement of Public Health.

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

Collège des médecins du Québec (2000). *Démarche en cas de difficultés imprévues à l'intubation : lignes directrices*, Montréal, CMQ.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (s.d.). *Collaborative Practice Agreement: Notification Form*, Halifax, CRNNS.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (2005a). *Flowchart: Agency Approval of Collaborative Practice Agreements (CPAs) & Diagnostic and Therapeutics (D&T) Committee Approval of Authorized Acts for Nurse Practitioners*, Halifax, CRNNS.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (2005b). *Guidelines for the Development and Approval of Collaborative Practice Agreements: Nurse Practitioners*, Halifax, CRNNS.

Colyar, M.R., et Ehrhardt, C.R. (sous la dir. de) (2004). *Ambulatory Care Procedures for the Nurse Practitioner*, 2^e éd., Philadelphie, F.A. Davis.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

RÉFÉRENCES

Cook, T.M., et Hommers, C. (2006). « New airways for resuscitation? », *Resuscitation*, vol. 69, n° 3, p. 371-387.

Crowther, C.L. (2004). *Primary Orthopedic Care*, 2^e éd., St. Louis, Mosby.

Day, M.W. (2005). « Procedure 1: Combitube insertion and removal », dans D.J. Lynn-McHale Wiegand et K.K. Carlson (sous la dir. de), *AACN Procedure Manual for Critical Care*, 5^e éd., Philadelphie, Elsevier Saunders, p. 1-8.

Edmunds, M.W., et Mayhew, M.S. (2003). *Procedures for Primary Care Practitioners*, 2^e éd., St. Louis, Mosby.

Guérette, P. (2000). « L'intubation difficile en traumatologie », *Le Médecin du Québec*, vol. 35, n° 11, p. 61-67.

Hamric, A.B., Spross, J.A., et Hanson, C.M. (sous la dir. de) (2004). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 3^e éd., Philadelphie, W.B. Saunders.

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (2003). *Soins infirmiers en traumatologie : une urgence : manuel du participant*, Montréal, HSCM, Direction des soins infirmiers.

Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (2006). *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*, [www.eicp-acis.ca/fr/principes/march/ACIS-Principes-et-cadres-mars.pdf].

60 International Liaison Committee on Resuscitation (2005). « 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) Science with Treatment Recommendations », *Circulation*, vol. 112, n° 22 (suppl.).

Jodoin, A., Fallaha, M., Fassier, F., Fowles, J.V., et Gagnon, S. (1995). *Orthopédie et traumatologie : un guide clinique*, Mont-Royal, Décarie.

Kucik, C.J., et Clenney, T. (2005). « Management of epistaxis », *American Family Physician*, vol. 71, n° 2, p. 305-311.

Labrecque, A. (2001). *Réanimation cardio-respiratoire avancée*, Québec, Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôtel-Dieu de Québec, Département d'anesthésie.

Lesage-Jarjoura, P., et Philips-Nootens, S. (2001). *Éléments de responsabilité civile médicale*, 2^e éd., Cowansville, Yvon Blais.

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9.

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

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

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., c. S-5.

Lowdermilk, D.L. (2004). « Postpartum complications », dans D.L. Lowdermilk et S.E. Perry (sous la dir. de), *Maternity & Women's Health Care*, 8^e éd., St. Louis, Mosby, p. 1036-1050.

MacMullen, N.J., Dulski, L.A., et Meagher, B. (2005). « Red alert: Perinatal hemorrhage », *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, vol. 30, n° 1, p. 46-51.

Maher, A.B., Salmond, S.W., et Pellino, T.A. (sous la dir. de) (2002). *Orthopaedic Nursing*, 3^e éd., Philadelphie, W.B. Saunders.

Maire, S., et Le Sage, N. (2005). « Évaluer le A et le B en traumatologie, sans y perdre le souffle », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 8, p. 37-43.

Maughan, K.L., Heim, S.W., et Galazka, S.S. (2006). « Preventing postpartum hemorrhage: Managing the third stage of labor », *American Family Physician*, vol. 73, n° 6, p. 1025-1028.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*, Montréal, OIIQ ; CMQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie*, Montréal, OIIQ ; CMQ.

Petti, T.A., et Salguero, C. (sous la dir. de) (2006). *Community Child and Adolescent Psychiatry: A Manual of Clinical Practice and Consultation*, Washington (D.C.), American Psychiatric Publishing.

Proehl, J.A. (2004). *Emergency Nursing Procedures*, 3^e éd., St. Louis, Saunders.

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, R.Q., c. M-9, r. 1.3.

Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, R.Q., c. P-10, r. 8.2.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 11.2.

Rich, J.M., Mason, A.M., Bey, T.A., Krafft, P., et Frass, M. (2004a). « The critical airway, rescue ventilation, and the Combitube: Part 1 », *AANA Journal*, vol. 72, n° 1, p. 17-27.

Rich, J.M., Mason, A.M., Bey, T.A., Krafft, P., et Frass, M. (2004b). « The critical airway, rescue ventilation, and the Combitube: Part 2 », *AANA Journal*, vol. 72, n° 2, p. 115-124.

Rich, J.M., Mason, A.M., et Ramsay, M.A. (2004). « The SLAM Emergency Airway Flowchart: A new guide for advanced airway practitioners », *AANA Journal*, vol. 72, n° 6, p. 431-439.

Roberts, J.R., et Hedges, J.R. (sous la dir. de) (2004). *Clinical Procedures in Emergency Medicine*, 4^e éd., Philadelphie, Saunders.

Way, D., Jones, L., Baskerville, N.B., et Busing, N. (2001). « Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 9, p. 1210-1214.

Way, D., Jones, L., et Busing, N. (2000). *Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care – Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care*, Toronto, Ontario College of Family Physicians.

1

ANNEXE 1

DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT

**GUIDE PRATIQUE D'ÉLABORATION
D'UNE ENTENTE DE PARTENARIAT ENTRE
UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET UN OU
PLUSIEURS MÉDECINS PARTENAIRES**



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

T A B L E D E S M A T I È R E S

Avant-propos.....	4
Définitions et distinctions	5
Définitions du partenariat et de la collaboration	5
Le partenariat.....	5
La collaboration.....	5
Distinctions entre partenariat, contrat de travail et contrat de société de personnes.....	5
Contrat de travail	5
Contrat de société de personnes	6
Le contenu de l'entente de partenariat	7
La page titre.....	7
Le préambule.....	7
Le but de l'entente de partenariat.....	8
Les membres de l'équipe	8
La clientèle	9
Les services offerts	10
L'évaluation de l'état de santé et le dépistage des problèmes de santé.....	10
La gestion des problèmes de santé courants.....	11
Le suivi des maladies chroniques stables	11
Le suivi de grossesse.....	12
Les types d'activités.....	14
L'horaire de travail	14
Le milieu de pratique	15

Les mécanismes d'orientation	15
Les demandes d'intervention obligatoire	15
Les demandes d'intervention facultative	16
Les demandes de services aux autres professionnels.....	17
Les mécanismes des demandes d'intervention	17
Les mécanismes de communication.....	19
L'information destinée à la population en général	19
L'information destinée aux patients et l'acceptation du mode de fonctionnement.....	19
La disponibilité des membres de l'équipe.....	21
L'évaluation des activités médicales.....	21
Le processus de conciliation.....	23
La révision et la modification de l'entente.....	23
La durée et le renouvellement de l'entente	24
La résiliation de l'entente	24

Conformément au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* (désigné ci-après le « Règlement »), l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne exerce sa profession en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille.

Le Règlement prévoit que le partenariat doit faire l'objet d'une entente écrite lorsque l'infirmière praticienne exerce ses activités médicales ailleurs que dans un centre exploité par un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*. En d'autres termes, une entente écrite est nécessaire lorsque l'infirmière praticienne spécialisée exerce hors des établissements au sein d'un groupe de médecine de famille, d'une clinique médicale privée ou dans un dispensaire en région isolée. Rien n'empêche toutefois des partenaires qui exercent dans un centre exploité par un établissement, tel un CLSC, de s'inspirer du contenu de ce guide pour rédiger eux aussi une entente formalisant les modalités de leur collaboration.

4 La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a conçu deux outils afin de faciliter l'élaboration d'une entente concrétisant le partenariat entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un médecin de famille :

- Le présent guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat qui regroupe les différents éléments à prendre en considération.
- Un modèle d'entente de partenariat présenté sous la forme d'un canevas que les parties peuvent adapter à leurs besoins particuliers.

Le guide pratique d'élaboration permet aux partenaires de clarifier ensemble les principes et les modalités balisant leur collaboration. L'objectif est d'aider les partenaires à rédiger une entente claire sur les rôles et les responsabilités individuelles de chacun au sein de l'équipe, les processus de communication, de prise de décisions et de gestion des patients dans le cadre de la pratique collaborative. Une entente de partenariat est un document évolutif que les partenaires peuvent modifier au fur et à mesure que la nature de leur collaboration et de leurs relations change.

Une entente bien comprise par les partenaires demeure l'un des meilleurs moyens d'assurer le bon fonctionnement de l'équipe. C'est également l'une des meilleures stratégies pour réduire les risques d'erreurs ou d'omission dans la prestation des soins aux patients.

Il est à noter que le modèle proposé n'a pas de valeur obligatoire prescriptible. Toutefois, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont convenu ensemble des éléments significatifs et pertinents qui y figurent. Ces outils ont donc pour objectif de fournir une base de travail à partir de laquelle les parties concernées pourront élaborer leur propre entente de partenariat en fonction de leurs besoins particuliers.

Définitions du partenariat et de la collaboration

Il nous paraît opportun de définir les termes *partenariat* et *collaboration* utilisés dans l'entente entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires pour éviter toute confusion possible dans l'usage de ces termes.

Le partenariat

Le partenariat désigne l'entente formelle, formulée par écrit, entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins de famille (« médecin partenaire ») suivant laquelle ils conviennent de travailler en étroite collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs.

L'entente de partenariat établit donc un lien de collaboration étroit et exclusif dont les partenaires sont appelés à définir eux-mêmes les limites en fonction de leurs objectifs. De ce fait, le partenariat ne vise pas la collaboration simplement ponctuelle entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un médecin de famille non désigné dans l'entente.

La collaboration

Sans collaboration, il n'y aurait pas de partenariat. La collaboration est l'essence même du partenariat. Elle se définit comme un processus de coopération interdisciplinaire qui favorise le travail en équipe et la prise de décisions.

La collaboration permet à l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et au médecin partenaire de mettre en commun leurs connaissances et leurs habiletés dans le but d'améliorer l'accessibilité et la complémentarité des services de santé.

Distinctions entre partenariat, contrat de travail et contrat de société de personnes

Il est important de préciser que l'entente qui donne effet au partenariat ne doit pas être considérée comme un contrat de travail ou un contrat de société de personnes.

Contrat de travail

En effet, l'entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires doit être distinguée d'un contrat de travail. L'entente donne effet à une relation de collaboration, alors que le contrat de travail implique une relation employé-employeur de subordination et de contrôle.

Selon le *Code civil du Québec*, le contrat de travail est celui par lequel une personne s'oblige pour un temps déterminé ou indéterminé et moyennant rémunération à effectuer un travail sous

DÉFINITIONS ET DISTINCTIONS

la direction ou le contrôle d'une autre personne. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne n'est pas subordonnée au médecin partenaire avec qui elle exerce. En d'autres termes, elle ne relève pas de lui. Elle pratique sa profession en toute autonomie à l'intérieur du périmètre tracé par l'entente. La surveillance, par le médecin partenaire, des activités médicales de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est une surveillance de nature générale et n'a pas pour effet de créer un lien de subordination ou d'autorité.

Advenant qu'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne devienne l'employée d'un ou de plusieurs médecins partenaires, il est recommandé, pour éviter toute confusion éventuelle, qu'un contrat de travail distinct de l'entente de partenariat soit dressé.

Contrat de société de personnes

L'entente de partenariat doit également être distinguée du contrat de « partnership », c'est-à-dire du contrat de société de personnes. Une société de personnes est un groupe composé d'au moins deux personnes qui acceptent de mettre en commun leurs ressources dans une entreprise en vue de réaliser des bénéfices. Dans une société de personnes en nom collectif, les parties sont liées en droit par les actes de leurs associés. Autrement dit, les associés ont une responsabilité solidaire, et chacun doit assumer les conséquences des actes de ses associés.

L'entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un médecin partenaire est en réalité une simple entente de collaboration formalisée.

LE CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

La page titre

La page titre de l'entente de partenariat doit permettre d'identifier sommairement les parties. On doit y retrouver leur nom, leur profession et leur adresse.

Le préambule

Le préambule fait partie intégrante de l'entente de partenariat. Il a pour objet d'énoncer l'intention commune des parties. En l'occurrence, le préambule doit faire état des objectifs communs visés par la collaboration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et du médecin ou des médecins partenaires.

Le préambule résume les raisons qui ont motivé l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le ou les médecins partenaires à s'engager dans une pratique collaborative.

Exemple de préambule

Attendu que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est autorisée à exercer certaines activités médicales conformément au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* ;

Attendu que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est autonome dans l'exercice des activités professionnelles qu'elle est autorisée à pratiquer et qu'elle est responsable de sa conduite professionnelle ;

Attendu que la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin de famille a pour objectif de fournir des soins de santé mieux adaptés aux besoins particuliers de la population ;

Attendu que la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire vise également à permettre une approche plus coordonnée, intégrée et complète des soins de première ligne ;

Attendu que la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire doit s'exercer dans le respect d'une communication ouverte et d'un jugement professionnel autonome ;

Attendu que la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire est guidée par les lignes directrices conjointes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec ainsi que par les normes de bonne pratique médicale et infirmière.

Le but de l'entente de partenariat

L'entente doit faire état de son but général.

Exemple

L'entente a pour objet de définir par écrit les modalités de la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire pour l'exercice des activités médicales. Elle permet notamment de préciser les rôles et responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et du médecin partenaire au sein de l'équipe et les mécanismes de communication à établir entre les partenaires.

Les membres de l'équipe

8

Il est nécessaire de bien identifier chaque membre de l'équipe. Il faut rappeler que l'infirmière praticienne peut travailler en collaboration avec un seul ou plusieurs médecins partenaires et que l'entente doit l'indiquer clairement. De plus, il est utile de souligner que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ne peut pas collaborer dans l'exercice de ses activités médicales avec un médecin non identifié nommément dans l'entente, sauf en situation d'urgence.

Chaque professionnel partenaire de l'entente devra être clairement identifié au moyen des informations suivantes :

Concernant chaque médecin partenaire :

- nom et prénom ;
- numéro de permis ;
- déclaration sur l'assurance responsabilité ;
- adresse ;
- numéros de téléphone, y compris le numéro résidentiel et celui du téléavertisseur.

Concernant l'infirmière praticienne :

- nom et prénom ;
- numéro de permis ;
- numéro de prescripteur ;
- déclaration sur l'assurance responsabilité ;
- adresse ;
- numéros de téléphone, y compris le numéro résidentiel et celui du téléavertisseur ;
- nom et coordonnées de l'employeur.

La clientèle

L'entente de partenariat doit décrire les clientèles qui seront desservies par l'équipe. Il s'agira dans tous les cas de clientèles ambulatoires.

Les caractéristiques permettant de préciser les types de clientèles doivent être définies. Il pourra s'agir, selon le cas, des clientèles suivantes :

- nouveau-nés dont le développement est normal ;
- enfants ;
- adolescents ;
- adultes ;
- femmes enceintes (jusqu'à 32 semaines de grossesse) ;
- personnes âgées ;
- clientèles vulnérables ;
- personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ;
- personnes à domicile recevant des soins palliatifs.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire peuvent convenir que l'IPS exercera ses activités seulement auprès de certains types de clientèles plutôt qu'auprès de toute la clientèle ambulatoire du médecin partenaire.

9

Exemples

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ne peut assurer le suivi de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile si cette clientèle ne fait pas partie de celle du médecin partenaire.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne assurera le suivi de l'ensemble de la clientèle du médecin partenaire, à l'exception des femmes enceintes qui seront suivies uniquement par le médecin partenaire.

Finalement, il est nécessaire de préciser dans l'entente si l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est autorisée à prendre en charge le suivi de nouveaux patients, c'est-à-dire des patients qui ne sont pas déjà suivis par le médecin partenaire.

En effet, à titre d'exemple, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ne peut procéder à des bilans de santé auprès de nouveaux patients, à moins que l'entente ne stipule que le médecin accepte de nouveaux patients à la suite de ces évaluations.

LE CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

Si le médecin partenaire accepte que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne prenne en charge de nouveaux patients, l'entente doit alors préciser que ces derniers feront partie de la clientèle suivie par les membres de l'équipe. En effet, tout nouveau patient de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne doit également être considéré comme un nouveau patient du médecin partenaire, étant entendu que le médecin partenaire sera fort probablement appelé à intervenir à un moment ou l'autre dans le suivi de ce patient.

Les services offerts

Les services offerts par l'équipe devront être circonscrits de manière que les responsabilités et les rôles respectifs de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et du médecin partenaire soient clairs.

Les services sont offerts en tenant compte des champs d'exercice respectifs de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et du médecin partenaire. Les limites de ces champs de pratique, faut-il le rappeler, sont établies par la législation et la réglementation provinciales.

10

L'évaluation de l'état de santé et le dépistage des problèmes de santé

Selon la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut, de façon autonome, procéder à l'évaluation de l'état de santé et au dépistage de problèmes de santé de la clientèle qu'elle est appelée à voir. Il semble donc opportun que l'entente reflète l'autonomie de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne à cet égard.

Si elle décèle un ou plusieurs problèmes de santé, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut décider des examens, du traitement ou du suivi particulier à faire. Elle agit en toute autonomie à l'intérieur des limites établies par le Règlement. Quant au suivi de grossesse, il en est question de façon plus particulière à la page 12 de cette annexe.

Exemples

- Examens périodiques selon l'âge ;
- Évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire de l'adulte ;
- Évaluation de la croissance et du stade de développement de l'enfant de 0-5 ans.

La gestion des problèmes de santé courants

Selon le Règlement, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire peuvent collaborer au suivi de la clientèle ambulatoire présentant des problèmes de santé dits courants. La définition des problèmes de santé dits courants fait l'objet de l'article 8.2 du Règlement. L'entente doit renvoyer à cet article.

Exemple

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne participe au suivi de la clientèle ambulatoire présentant des problèmes de santé courants, tels que définis à l'article 8.2 du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Il s'agit d'un problème présentant les caractéristiques suivantes :

1. Une incidence élevée dans la communauté ;
2. Des symptômes et des signes cliniques affectant habituellement un seul système ;
3. Une absence de détérioration de l'état général de la personne ;
4. Une évolution habituellement rapide et favorable.

11

Exemples de problèmes de santé courants

Une infection des voies respiratoires inférieures, une infection des voies respiratoires supérieures, une infection de l'oreille, un traumatisme mineur, une lombalgie simple, etc.

Là encore, le médecin partenaire peut décider qu'il ne souhaite pas partager la gestion de certains types de problèmes de santé courants avec l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et, dans ce cas, l'entente doit le préciser.

Le suivi des maladies chroniques stables

Selon le Règlement, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire peuvent également convenir de collaborer au suivi de la clientèle ambulatoire présentant des maladies chroniques stables.

L'article 8.3 du Règlement définit les maladies chroniques stables pouvant être suivies par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. L'entente doit renvoyer à cet article.

LE CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

L'entente doit par ailleurs préciser en toutes lettres que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne suivra uniquement les patients atteints de maladies chroniques stables que le médecin partenaire lui aura adressés directement, et ce, conformément aux modalités prévues dans le plan de traitement établi par ce dernier.

Exemple

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne participera au suivi de la clientèle ambulatoire présentant des maladies chroniques stables à la demande du médecin partenaire et selon les modalités prévues au plan de traitement établi par ce dernier.

En vertu de l'article 8.3 du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, une maladie chronique stable désigne « une maladie qui a fait l'objet d'un diagnostic établi par un médecin et d'un plan de traitement médical donnant les résultats attendus ».

12

Exemples de maladies chroniques stables pouvant faire l'objet d'un suivi par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Hypertension, diabète, dyslipidémie, obésité, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS), etc.

Malgré le grand nombre des maladies chroniques stables que peut suivre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne selon la définition qu'en donne le Règlement, il y a lieu de rappeler que le médecin partenaire conserve la liberté de restreindre l'étendue du partenariat relatif au suivi des maladies chroniques stables. Différentes raisons pourraient l'y motiver, soit qu'il s'agisse de pathologies qu'il ne traite pas lui-même ou encore dont il préfère assurer seul le suivi. Par conséquent, il est important que l'entente précise quelles maladies chroniques stables seront suivies en partenariat.

Le suivi de grossesse

En vertu du Règlement, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est autorisée à exercer des activités médicales auprès de femmes enceintes jusqu'à 32 semaines de grossesse en l'absence de tout symptôme, signe ou résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant un risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître.

L'OIIQ et le CMQ ne recommandent pas un suivi de grossesse exercé de façon complètement indépendante par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Dans les lignes directrices conjointes, ils ont plutôt préconisé un suivi en alternance des patientes enceintes jusqu'à 32 semaines de grossesse, et ce, même s'il n'y a aucun symptôme, signe ou résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant un risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître.

Un suivi en alternance est un suivi au cours duquel l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire voient tour à tour la patiente à l'occasion des visites de suivi, du début à la 32^e semaine de la grossesse. Par exemple, le plus simple serait sans doute que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne voie la patiente à l'occasion de la première visite de suivi, généralement plus longue, et que le médecin partenaire la voie à l'occasion de la deuxième visite de suivi et ainsi de suite en alternance à chaque visite. Il est à noter que le CMQ et l'OIIQ se sont déclarés en faveur d'une alternance des visites des deux partenaires. En d'autres termes, le médecin partenaire doit voir les patientes enceintes au moins une fois sur deux.

Toutefois, comme nous l'avons indiqué précédemment, le médecin partenaire et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne sont libres de convenir ensemble des modalités de leur collaboration. Aussi, il est possible qu'un médecin partenaire ne désire pas assurer le suivi des femmes enceintes en alternance avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, comme il est décrit ci-dessus. Le médecin partenaire peut alors tout simplement exclure les femmes enceintes de son partenariat avec l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

13

Il est également loisible au médecin partenaire d'opter pour un suivi de cette clientèle avec l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne sur une base conjointe, par opposition à une base d'alternance. Dans un tel cas, les modalités du suivi conjoint doivent être explicitées dans l'entente. Le suivi conjoint doit alors être décrit comme un suivi au cours duquel l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire sont nécessairement l'un et l'autre actifs à chacune des visites de suivi, et ce, à un degré plus ou moins variable. Par exemple, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut assumer la responsabilité d'interroger la patiente, de l'examiner, de la renseigner, de la conseiller et de l'examiner du moins en partie. Le médecin partenaire peut alors faire les examens plus poussés. Dans tous les cas cependant, l'entente doit établir sans équivoque que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire verront ensemble ou à tour de rôle la patiente à chacune des visites du suivi conjoint.

Le suivi conjoint et le suivi en alternance sont donc les seules modalités possibles permettant à un médecin partenaire, qui est également médecin accoucheur, de participer périodiquement au suivi de toute grossesse, du début à la 32^e semaine inclusivement, période après laquelle il doit assumer seul la responsabilité du suivi.

LE CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

La FMOQ est d'avis que le suivi conjoint et le suivi en alternance sont les seuls types de suivi permettant d'assurer une gestion acceptable des risques médicolégaux reliés au suivi des grossesses en partenariat, et ce, autant pour l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne que pour le médecin partenaire.

En conséquence, la FMOQ croit qu'il est impératif que l'entente précise la nécessité d'un suivi conjoint ou d'un suivi en alternance par les parties. De plus, la FMOQ recommande vivement aux partenaires de définir ce qu'ils entendent par suivi conjoint et suivi en alternance pour éviter toute ambiguïté.

Les types d'activités

L'entente de partenariat doit préciser les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au sein de l'équipe. Il pourra s'agir, selon le cas de :

- pratique avec rendez-vous ;
- pratique en disponibilité ;
- pratique sans rendez-vous ;
- visites à domicile.

14

Exceptionnellement, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut travailler dans le service des urgences d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) lorsqu'il s'agit du seul lieu de prestation des services médicaux dans une région.

L'horaire de travail

Dans tous les cas, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire doivent établir la répartition de l'horaire hebdomadaire des activités.

L'entente de partenariat peut notamment préciser le nombre approximatif d'heures consacrées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne à ces différents types d'activités.

Exemple

Lundi avant-midi et après-midi : clinique avec rendez-vous ;
Mardi avant-midi et après-midi : clinique avec rendez-vous ;
Mercredi avant-midi : clinique de relance des patientes en post-partum ;
Jeudi après-midi : révision de cas ;
Vendredi avant-midi et après-midi : clinique de suivi des patients diabétiques.

Le milieu de pratique

Le cas échéant, le ou les milieux de pratique dans lesquels l'équipe de soins est appelée à travailler devront être indiqués.

Exemples

- Un groupe de médecine de famille privé ou faisant partie d'un établissement ;
- Une clinique-réseau ;
- Une clinique médicale privée ;
- Un dispensaire en région isolée.

Lorsque l'équipe exerce dans plus d'un point de service ou dans plus d'un milieu, l'entente de partenariat doit en faire état.

De plus, l'entente doit préciser si l'équipe fait ou non des visites à domicile.

15

Les mécanismes d'orientation

Les demandes d'intervention obligatoire

Selon l'article 8.5 du Règlement, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne doit obligatoirement demander l'intervention du médecin partenaire dans certaines circonstances particulières. Il est opportun de préciser la liste de ces demandes d'intervention obligatoire dans l'entente.

Liste des circonstances particulières exigeant que l'infirmière praticienne spécialisée demande l'intervention obligatoire du médecin partenaire :

1. *L'évaluation de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ne lui permet pas d'identifier clairement le problème courant, les critères pour initier le traitement médical ne sont pas clairs ou la situation dépasse ses compétences, notamment en présence d'un des facteurs suivants :*
 - *un signe ou un symptôme persistant ou récurrent auquel on ne peut attribuer une cause ;*
 - *un signe, un symptôme ou un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée ;*
 - *un symptôme ou un résultat d'analyse démontrant le déclin ou l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système ;*

- *un symptôme, un signe ou un résultat d'analyse de laboratoire suggérant une infection récurrente ou persistante ;*
 - *une manifestation atypique d'une maladie courante ou une réaction inhabituelle au traitement ;*
 - *un signe ou un symptôme de changement de comportement auquel on ne peut attribuer une cause précise.*
- 2. Elle constate que la croissance ou le développement d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant est anormal ou elle est en présence d'un signe ou d'un symptôme de maladie chez le nouveau-né et le nourrisson de trois mois ou moins autre que le muguet, la dermatite séborrhéique, la dermatite du siège et l'obstruction du canal lacrymal.*
 - 3. Il y a suspicion d'abus ou présence d'un signe d'abus ou d'un symptôme d'une infection transmise sexuellement chez un enfant.*
 - 4. Une affection chronique s'aggrave, notamment en présence d'un des facteurs suivants :*
 - *un symptôme ou un résultat d'analyse de laboratoire indique la détérioration d'un patient ;*
 - *la détérioration inattendue de l'état d'un patient qui est déjà traité pour une maladie diagnostiquée.*
 - 5. Une grossesse de plus de 32 semaines.*
 - 6. Son évaluation lui permet d'identifier un symptôme, un signe ou un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant un risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître.*
 - 7. La situation met en péril la vie d'une personne ou son intégrité physique ou mentale.*

L'entente doit par ailleurs stipuler qu'une fois l'intervention du médecin partenaire terminée, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut reprendre le suivi du patient et continuer d'exercer ses activités de façon autonome dans les limites établies par le Règlement.

Les demandes d'intervention facultative

Au-delà de la stricte application de l'article 8.5 du Règlement, il va de soi que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne conserve l'entière discrétion de demander l'intervention du médecin partenaire à toute étape du continuum des soins lorsqu'elle estime que les compétences requises pour répondre aux besoins des patients dépassent son domaine d'exercice ou ses compétences personnelles. L'entente doit donc préciser que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est entièrement libre de demander une intervention du médecin partenaire bien que cette intervention ne soit pas obligatoire selon le Règlement.

Exemple

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut en tout temps demander au médecin partenaire d'intervenir lorsqu'elle estime que les besoins d'un patient dépassent son domaine d'exercice ou ses compétences personnelles.

Les demandes de services aux autres professionnels

L'entente doit décrire les mécanismes de demandes de services de l'infirmière praticienne en soins de première ligne aux autres professionnels car, au même titre que toute autre infirmière, cette dernière peut orienter les patients vers d'autres catégories de professionnels de la santé dans le cadre de ses activités ; ces catégories doivent être précisées dans l'entente. À cet égard, l'entente pourrait par exemple indiquer que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut orienter les patients vers les professionnels suivants :

- diététistes,
- physiothérapeutes,
- psychologues,
- travailleurs sociaux.

17

L'entente doit également préciser que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne n'est pas autorisée à diriger les patients vers d'autres médecins que le médecin partenaire, sauf en cas d'urgence. Elle ne peut également faire de demandes de services à des médecins spécialistes à moins d'entente préalable avec le médecin partenaire (voir à ce sujet les lignes directrices de l'OIIQ et du CMQ). L'entente doit alors en faire état et indiquer les cas où l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est autorisée à demander directement des services à des médecins spécialistes sans d'abord diriger le patient vers le médecin partenaire.

Les mécanismes des demandes d'intervention

Il est recommandé de préciser dans l'entente les mécanismes des demandes d'intervention.

Selon les lignes directrices de l'OIIQ et du CMQ sur les modalités de pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, l'infirmière spécialisée en soins de première ligne peut demander l'intervention du médecin partenaire de trois façons :

- de personne à personne ;
- par téléphone ;
- par écrit.

LE CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

Quelle que soit la façon dont l'intervention est demandée, il est préférable que toute demande d'intervention soit consignée par écrit au dossier du patient, et ce, au moment où la demande est faite. La demande d'intervention doit dans tous les cas faire état des éléments suivants :

- l'objet de la demande d'intervention ;
- le niveau d'intervention requis.

Concernant le niveau d'intervention requis, l'entente doit préciser les attentes de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, à savoir :

- obtenir une opinion ou une recommandation, étant entendu qu'elle continuera par la suite d'assurer le suivi du patient ;
- assurer conjointement le suivi du patient avec le médecin partenaire ;
- ou, le cas échéant, transférer entièrement le suivi du patient au médecin partenaire.

L'entente doit également préciser que toute demande d'intervention faite par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne doit indiquer le niveau d'urgence de l'intervention requise.

18 L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne a également l'obligation de s'assurer que le médecin partenaire a accès à toute l'information pertinente. Réciproquement, le médecin partenaire doit répondre à la demande d'intervention dans les délais requis.

L'entente doit également prévoir de quelle façon le médecin partenaire donnera suite à la demande d'intervention de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. La réponse du médecin partenaire doit s'adapter au type d'intervention demandée et à son niveau d'urgence.

Lorsque la réponse du médecin partenaire est donnée au cours d'un entretien téléphonique, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne doit la consigner au dossier du patient et, dans tous les cas, elle doit la faire contresigner ou parapher par le médecin partenaire. Cette façon de faire assure que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire se sont bien compris et permet aux parties de corriger toute erreur de communication. Bien évidemment, le suivi du patient en cause ne peut que s'en trouver amélioré.

L'entente peut également prévoir qu'à moins d'une urgence le médecin consigne lui-même sa réponse par écrit afin qu'elle soit conservée au dossier du patient. Le dossier médical est un aide-mémoire et un outil de communication essentiel lorsque plus d'un professionnel participent aux soins d'un patient.

Les mécanismes de communication

Les membres de l'équipe doivent reconnaître dans l'entente l'importance d'établir des communications efficaces entre eux et avec les patients et leur famille. Ils doivent à cette fin prévoir diverses modalités assurant une communication efficace.

L'information destinée à la population en général

L'entente doit préciser les moyens à utiliser pour informer la population de la présence d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans l'équipe de soins.

Exemples de moyens d'information

- Annonce dans le journal local au moment de l'entrée en fonction de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans le milieu de pratique.
- Affiche informative placée dans la salle d'attente à la vue des patients.
- Documents explicatifs placés sur les tables de la salle d'attente.

19

L'information destinée aux patients et l'acceptation du mode de fonctionnement

Les membres de l'équipe doivent préciser dans l'entente comment ils comptent informer les patients de l'entrée en fonction de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au sein d'un groupe de médecine de famille, d'une clinique privée ou d'un dispensaire en région éloignée. Les patients doivent savoir avec quel(s) médecin(s) l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne collabore et quel est le rôle respectif de chaque membre de l'équipe relativement à l'évaluation, au traitement et au suivi.

Les patients doivent comprendre que leur acceptation implique qu'ils pourront être suivis indistinctement par l'un ou l'autre des membres de l'équipe. Il va sans dire que chaque patient demeure entièrement libre d'accepter ou non d'être suivi par l'équipe. À défaut d'accepter ces modalités dès le départ, les patients peuvent être invités à choisir un autre médecin de famille.

La question de déterminer les conséquences d'un refus de poursuivre le suivi en cours avec l'un ou l'autre des partenaires de l'équipe se posera inévitablement. Donc, il serait judicieux que les partenaires discutent de cette éventualité au moment de déterminer leurs modalités de collaboration. Il est également souhaitable d'aborder cette question dès le départ avec chaque patient. Ainsi, un patient pourrait par exemple être informé qu'advenant son refus d'être vu par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou le médecin partenaire en cours de suivi, il sera invité à s'adresser à un autre médecin de famille.

LE CONTENU DE L'ENTENTE DE PARTENARIAT

Il est recommandé d'établir une façon de faire standardisée et efficace pour obtenir l'acceptation des patients. L'entente doit donc prévoir le mode d'obtention de l'acceptation de même que la nature de l'information communiquée aux patients. À cet égard, l'entente doit aussi préciser qui obtiendra l'acceptation et à quel moment. L'acceptation peut être verbale, écrite ou les deux.

L'entente peut également indiquer que les formulaires d'acceptation écrits seront conservés dans les dossiers médicaux des patients, ce qui est recommandé.

Finalement, l'entente doit stipuler que chaque membre de l'équipe demeure seul et unique responsable d'obtenir le consentement aux soins et aux traitements qu'il recommandera aux patients dans le cadre de son suivi.

Exemples

- Pour obtenir l'acceptation du patient, un formulaire où figure les noms des membres de l'équipe qui participent au suivi et au traitement sera utilisé.
- Le médecin partenaire est responsable d'obtenir cette acceptation pour tous ses patients actifs.
- Dans le cas des nouveaux patients, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou le médecin partenaire doivent indifféremment obtenir l'acceptation du patient à la première occasion.
- L'acceptation écrite est signée par le patient dès sa première visite ou à la première visite du patient après l'entrée en fonction de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au sein de l'équipe.
- L'acceptation écrite sera versée au dossier du patient dès qu'il aura signé le formulaire d'acceptation.
- Pour que le patient accepte le suivi par l'équipe interdisciplinaire, il faut d'abord lui donner des explications concernant ce qui suit :
 - La composition de l'équipe ;
 - Le rôle particulier de chacun des membres de l'équipe dans le cadre de la prise en charge et du suivi ;
 - La possibilité d'être traité indistinctement par un membre ou l'autre de l'équipe ;
 - La possibilité de chevauchements dans le suivi et le traitement par l'un ou l'autre des membres de l'équipe ;
 - Les conséquences du retrait de l'acceptation par le patient du suivi par l'un ou l'autre des membres de l'équipe en cours de suivi ou de traitement.

La disponibilité des membres de l'équipe

L'entente doit clairement stipuler les modalités d'accès de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au médecin partenaire et vice versa.

À cet égard, il y a lieu de distinguer les modalités d'accès pendant les activités usuelles, pendant la période des vacances et en cas d'urgence.

Exemples

Durant les heures ouvrables :

- L'entente doit préciser que les membres de l'équipe doivent être joignables en tout temps pendant les heures ouvrables. Pour ce faire, les partenaires ont l'obligation de se transmettre leurs coordonnées respectives, y compris leur numéro de téléavertisseur.

Durant les fins de semaine et après les heures ouvrables :

- L'entente doit indiquer la nécessité de pouvoir communiquer avec les autres membres de l'équipe dans l'éventualité d'une urgence ou dans l'éventualité où des résultats de laboratoire indiquant une situation grave sont reçus.

Durant les vacances :

- L'entente doit également préciser les modalités de suivi des résultats d'examens de laboratoire et d'autres tests pendant la période des vacances de l'infirmière praticienne en soins de première ligne et lorsqu'elle s'absente. Le médecin partenaire a, quant à lui, la responsabilité de désigner un médecin remplaçant disponible pour répondre, le cas échéant, aux demandes de l'infirmière praticienne spécialisée lorsqu'il est en vacances ou lorsqu'il s'absente.

21

L'évaluation des activités médicales

Selon l'article 42.1 de la *Loi médicale*, le médecin partenaire doit effectuer la surveillance des activités médicales de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne lorsqu'elle exerce hors des établissements. À cette fin, l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin partenaire doivent convenir d'un plan de surveillance de l'exercice des activités médicales par cette dernière et l'intégrer à l'entente. Il faut noter que la surveillance à exercer demeure générale. Il s'agit d'une surveillance des activités médicales semblable à celle qui est exercée par un chef de département clinique à l'égard des médecins ou des infirmières praticiennes spécialisées pratiquant en établissement, conformément à l'article 190 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ce type de surveillance n'implique pas de supervision au cas par cas, mais plutôt une

surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou l'observance de normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice de ses activités médicales.

Comme l'indiquent les lignes directrices du CMQ et de l'OIIQ, le médecin partenaire n'a pas d'obligation de surveillance des activités infirmières de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, mais plutôt de ses activités médicales.

Advenant que le médecin partenaire s'interroge sur la compétence de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans l'exercice de ses activités médicales, il est recommandé dans les lignes directrices du CMQ et de l'OIIQ qu'il en informe l'employeur de l'infirmière praticienne qui déterminera les actions requises. L'entente doit faire état des modalités d'exercice de cette surveillance.

Les lignes directrices du CMQ et de l'OIIQ contiennent un exemple d'un plan de surveillance des activités médicales jugé adéquat. En conséquence, lorsque les circonstances de la pratique hors des établissements le permettent, nous recommandons que ce plan soit utilisé tel quel et intégré à l'entente.

Exemple

Afin d'assurer une surveillance adéquate des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, les parties conviennent des mesures suivantes :

- Rencontres d'équipe périodiques pour discuter du fonctionnement général de l'équipe et de tout sujet jugé pertinent par le médecin partenaire ou l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Une rencontre mensuelle paraît adéquate à cette fin.
- Discussions de cas choisis par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou le médecin partenaire lors des rencontres d'équipe ou à l'occasion de rencontres planifiées à cette fin. Une rencontre mensuelle devrait suffire à cette fin.
- Sélection et révision de dossiers de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne par le médecin partenaire pour l'évaluation de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par cette dernière. Rencontres et discussions avec l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne à ce sujet au même moment ou par la suite. Il paraît raisonnable d'exécuter cet exercice une ou deux fois par année.
- Rencontres d'équipe avec l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le médecin partenaire en vue d'évaluer la satisfaction de la clientèle par rapport à la qualité des services offerts par l'équipe. Ce sujet devrait être traité régulièrement, par exemple, à l'occasion des rencontres d'équipe mensuelles.

- Communication du médecin partenaire avec l'employeur de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne afin de lui faire part, le cas échéant, d'interrogations ou d'inquiétudes sur la qualité de la pratique des activités médicales par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Le processus de conciliation

Il est important de prévoir dans l'entente des procédures de conciliation de différends dans l'éventualité où des difficultés d'application de l'entente surviendraient.

Il y a toutefois lieu de distinguer entre des différends de nature médicale ou administrative.

Concernant le différend de nature médicale, l'entente doit stipuler que la décision finale appartient uniquement au médecin partenaire et qu'il s'agit d'un principe qui n'admet aucune exception.

Concernant le différend de nature administrative, l'entente doit prévoir la tenue d'une conciliation avec l'aide d'une personne indépendante et impartiale provenant d'un autre milieu de pratique. Il pourrait s'agir, par exemple, de la directrice des soins infirmiers ou du directeur des services professionnels du CSSS de la région concernée. Il pourrait aussi s'agir du médecin responsable d'un groupe de médecine de famille travaillant également avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans une autre région que le CSSS concerné.

Si la conciliation échoue, il faudra prévoir la possibilité de mettre un terme à l'entente de partenariat à la demande de l'une ou l'autre des deux parties dans un délai raisonnable. À cet égard, un délai minimal de 90 jours est acceptable. Il est donc très important que les partenaires discutent préalablement des conséquences possibles que pourrait engendrer le départ de l'un ou l'autre des partenaires sur le suivi des patients.

La révision et la modification de l'entente

L'entente de partenariat doit demeurer un document évolutif que l'IPS en soins de première ligne et le médecin partenaire peuvent modifier au fur et à mesure que la nature de leurs activités et de leurs relations change. L'entente doit comprendre des modalités de révision et de modification.

Il est certain que l'entente de partenariat doit être révisée à la fin de la première année de son existence. Par la suite, les parties doivent déterminer s'il est approprié de la réviser annuellement.

Les parties doivent pouvoir modifier l'entente par consentement mutuel. En effet, il est important que l'entente reflète la réalité de la pratique de l'équipe en tout temps. Mais il est tout aussi important de ne pas compliquer indûment le fonctionnement de l'équipe. Ainsi, un simple addenda signé par les parties suffit pour modifier l'entente.

La durée et le renouvellement de l'entente

Il est recommandé de préciser la durée de l'entente de partenariat et son mode de renouvellement, le cas échéant.

Exemple

La présente entente a une durée de deux ans à compter du jour de la signature par les parties. Elle est renouvelée automatiquement pour une période équivalente, à moins que l'une ou l'autre des parties n'expédie un avis de non-renouvellement au moins 60 jours avant son échéance.

La résiliation de l'entente

24

L'entente de partenariat peut être résiliée en tout temps si un préavis raisonnable est donné. Dans un contexte de pénurie des ressources médicales, il faut, bien entendu, déterminer si le délai donné est suffisant pour que la qualité et le nombre de services médicaux offerts à la clientèle soignée par l'équipe n'en soient pas affectés. Il est donc très important que les partenaires discutent des conséquences possibles que pourrait causer le départ de l'un ou l'autre d'entre eux.

Exemple

La présente entente peut être résiliée en tout temps par simple préavis écrit d'au moins 90 jours donné par un partenaire à l'autre.

2

ANNEXE 2

DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT

ENTENTE DE PARTENARIAT ENTRE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE ET LE MÉDECIN PARTENAIRE



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

Entente de partenariat

Entre

Nom de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Adresse

Titre

Ci-après appelée « »

Et

Nom du ou des médecins partenaires

Adresse

Titre

Ci-après appelé(s) « »

Préambule

Attendu que (les objectifs auxquels répond l'objet de l'entente) ;

Attendu que (le contexte dans lequel intervient cette entente) ;

Attendu que (d'autres aspects à prendre en considération) ;

Les parties conviennent de ce qui suit :

Section I **Définitions et distinctions**

1. Définitions de partenariat et de collaboration

Aux fins de l'application de l'entente, les parties conviennent des définitions suivantes :

Définition du partenariat.

Définition de la collaboration.

(Voir page 5 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

2. Distinctions entre partenariat, contrat de travail et contrat de société de personnes

Les parties conviennent que l'entente donne effet à un partenariat et ne doit pas être interprétée comme un contrat de travail ou un contrat de société de personnes.

(Voir pages 5 et 6 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

Section II **Le contenu de l'entente de partenariat**

1. Les parties à l'entente sont identifiées en page titre et de plus amples renseignements personnels les concernant sont indiqués au point 4 de la présente entente.

2. Le préambule fait partie intégrante de l'entente.

(Voir page 7 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

3. Le but de l'entente de partenariat

Énoncé du but de l'entente.

(Voir page 8 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

4. Les membres de l'équipe

Identification du ou des médecins partenaires.

Identification de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

(Voir page 8 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

5. La clientèle

Description de la clientèle ambulatoire qui sera desservie par l'équipe.

(Voir pages 9 et 10 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

6. Les services offerts

Description des services offerts.

L'évaluation de l'état de santé et le dépistage de problèmes de santé.

La gestion des problèmes de santé courants.

Le suivi des maladies chroniques stables.

Le suivi de grossesse.

(Voir pages 10 à 14 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

7. Les types d'activités

(Voir page 14 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

8. L'horaire de travail

(Voir page 14 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

9. Le milieu de pratique

(Voir page 15 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

10. Les mécanismes d'orientation

Description des mécanismes d'orientation.

Les demandes d'intervention obligatoire.

Les demandes d'intervention facultative.

Les demandes de services aux autres professionnels.

Les mécanismes des demandes d'intervention.

(Voir pages 15 à 18 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

11. Les mécanismes de communication

Description des mécanismes de communication.

L'information destinée à la population en général.

L'information destinée aux patients et l'acceptation du mode de fonctionnement.

(Voir pages 19 et 20 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

12. La disponibilité des membres de l'équipe

(Voir page 21 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

13. L'évaluation des activités médicales

(Voir pages 21 et 22 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

14. Processus de conciliation

(Voir page 23 du *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*)

15. Révision et modification de l'entente

(Voir page 23 du Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires)

16. Durée de l'entente et renouvellement

(Voir page 24 du Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires)

17. Résiliation

(Voir page 24 du Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires)

30

En foi de quoi, les parties ont signé à _____

ce _____^e jour de _____ 200 ____.

Infirmière praticienne spécialisée

Médecin(s) partenaire(s)



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

212-4