

L I G N E S D I R E C T R I C E S
S U R L E S M O D A L I T É S D E L A P R A T I Q U E D E
L ' I N F I R M I È R E P R A T I C I E N N E S P É C I A L I S É E

L' P S
I R P
N A É
F T C
I I I
R C A
M I L
I E I
È N S
R N É
E E E

DOCUMENT CONJOINT



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Production

Service de l'édition

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

Conception et réalisation graphique

Marc Senécal / inoxidée

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Montréal (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

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2006

© Collège des médecins du Québec, 2006

1^{er} trimestre 2006

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-363-4

ISBN 2-89229-367-7 (format PDF)

ISBN 2-920548-25-5

ISBN 2-920548-26-3 (format PDF)

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, ceci en vue d'alléger la présentation.

Coordination

Suzanne Durand

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

Recherche et Rédaction

Manon Allard

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

Suzanne Durand

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

D^r Claude Ménard

Adjoint médical, Direction générale
Collège des médecins du Québec

Consultation

Josée Dagenais

Infirmière clinicienne spécialisée en médecine
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Céline Gélinas

Stagiaire post-doctorale
École des sciences infirmières, Université McGill

M^e Jean Lapointe

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

Judith Leprohon

Directrice scientifique
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Carole Mercier

Directrice-conseil, Direction des affaires externes
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Charlotte Paquet

Adjointe clinique en soins infirmiers
Hôtel-Dieu de Lévis

L' P S
I R P
N A É
F T C
I I I
R C A
M I L
I E I
È N S
R N É
E E E

T A B L E D E S M A T I È R E S

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION. | 6 |
| CONTEXTE HISTORIQUE. | 7 |
| INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE AU QUÉBEC : UN NOUVEAU RÔLE À ÉTABLIR. | 9 |
| Définition de l'infirmière praticienne spécialisée au Québec | 9 |
| Rôles et responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée | 9 |
| PRATIQUE CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE | 13 |
| MODALITÉS ORGANISATIONNELLES FAVORISANT L'INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DANS LES MILIEUX CLINIQUES | 15 |
| Intégration dans le milieu | 15 |
| Maintien et amélioration des compétences | 16 |
| Évaluation de la qualité des soins. | 16 |
| Aspects légaux concernant la pratique professionnelle de l'infirmière praticienne spécialisée en établissement. | 17 |
| Surveillance de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée par les ordres professionnels | 18 |
| RÈGLES DE SOINS MÉDICAUX ET RÈGLES D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS. | 19 |
| CONCLUSION | 22 |
| RÉFÉRENCES | 23 |
| ANNEXE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE | 27 |

I N T R O D U C T I O N

Des groupes de travail composés de représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ) ont élaboré ces lignes directrices afin de soutenir les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées dans leur travail. Ces lignes directrices se veulent également un guide pour les établissements de santé qui auront à définir leurs propres balises concernant les modalités de fonctionnement et d'organisation du travail, de même que l'exercice des activités des infirmières praticiennes spécialisées au sein des équipes soignantes.

Principes sous-jacents aux lignes directrices

Plusieurs principes ont guidé les groupes de travail dans l'élaboration des lignes directrices :

1. Le diagnostic demeure l'exclusivité du médecin même si d'autres professionnels, dont l'infirmière praticienne, y contribuent.
2. L'admission, le congé du patient, de même que le constat de décès, demeurent la responsabilité du médecin traitant.
3. Toute décision concernant un acte médical appartient, en dernier ressort, au médecin traitant.
4. Une étroite collaboration entre le médecin traitant et l'infirmière praticienne spécialisée est essentielle.
5. Des mécanismes de liaison entre le médecin de famille et l'infirmière praticienne spécialisée doivent être établis. Tout au long du *continuum* de soins du patient, ils permettront au médecin de famille d'assumer sa responsabilité quant à la prise en charge et au suivi de sa clientèle.

C O N T E X T E H I S T O R I Q U E

Le rôle d'infirmière¹ praticienne existe depuis près de quarante ans. Il a d'abord été implanté aux États-Unis, puis au Royaume-Uni et en Australie. Depuis les années 1990, les autres provinces et territoires du Canada ont développé le rôle de l'infirmière praticienne, mais celui-ci en est à divers stades de développement et de réglementation. 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 d'infirmière praticienne spécialisée au Québec. En plus des activités propres à sa profession, l'infirmière pourra exercer cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.I.I.) à condition d'obtenir un certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ et d'y être habilitée par le CMQ.

Les besoins de santé évolutifs des patients requièrent un haut niveau de formation de l'ensemble des professionnels de la santé, et notamment des infirmières. En conjuguant l'expérience clinique à une formation appropriée en sciences infirmières et en sciences médicales, l'infirmière praticienne pourra acquérir de nouvelles compétences et se spécialiser dans un domaine, favorisant ainsi l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins.

C'est dans ce contexte particulier que le présent document, *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*, a été élaboré. Le document principal propose, dans un premier temps, une définition de l'infirmière praticienne spécialisée ainsi que de ses rôles et responsabilités. Dans un deuxième temps, on y aborde la question de la pratique clinique interdisciplinaire, élément d'une importance essentielle à la réussite de l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée dans le milieu clinique. Dans un troisième temps, on y traite des aspects généraux de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée : l'intégration dans le milieu, le maintien et l'amélioration des compétences, l'évaluation de la qualité des soins, les aspects légaux de l'exercice en établissement et la surveillance par les ordres professionnels. Ensuite, seront abordées les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments, mécanismes reconnus dans la réglementation pour baliser les activités médicales de l'infirmière praticienne spécialisée dans les établissements de santé. À la fin de ce cahier, vous trouverez la conclusion, les références et l'annexe traitant de la responsabilité professionnelle de l'infirmière praticienne spécialisée.

¹ Le féminin est utilisé afin d'alléger le texte.

Les particularités liées à chacune des spécialités se retrouvent dans des cahiers distincts. Chaque document décrit le contexte de pratique ainsi que l'étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée dans chacune des spécialités, en fonction des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments déterminés par les établissements concernés.

INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE AU QUÉBEC UN NOUVEAU RÔLE À ÉTABLIR

Définition de l'infirmière praticienne spécialisée au Québec

L'infirmière praticienne spécialisée est une infirmière qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité, en tenant compte de leur expérience en matière de santé. Pour ce faire, elle doit posséder l'expertise liée à un domaine clinique spécialisé qui repose à la fois sur une solide expérience dans le domaine et sur une formation de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales.

Rôles et responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée

En collaborant avec le médecin traitant et les autres membres de l'équipe soignante, l'infirmière praticienne spécialisée consacre en moyenne 60 % à 75 % de son temps à la pratique clinique en soins directs auprès des patients et de leur famille. Elle partage le reste de son temps entre diverses activités se rattachant aux trois domaines suivants : le soutien clinique aux infirmières et aux autres professionnels, la formation et l'enseignement ainsi que la recherche. Cette diversité dans les fonctions de l'infirmière praticienne spécialisée est considérée comme essentielle pour assurer son développement professionnel et le maintien de ses compétences.

L'infirmière praticienne spécialisée doit intégrer les principes éthiques dans l'ensemble de ces fonctions. Ainsi, elle doit faire preuve de jugement clinique et de pensée critique, maintenir une relation thérapeutique et professionnelle avec le patient et sa famille, soutenir le patient et sa famille dans la prise de décision relative au début ou à la fin d'un traitement, contribuer à la résolution de problèmes ou de dilemmes éthiques en lien avec le patient ou le système de santé, et s'assurer du respect des droits du patient, de la famille et de la collectivité.

Pratique clinique

La pratique clinique est au cœur des activités de l'infirmière praticienne spécialisée. Ses connaissances et son expérience clinique lui permettent de donner des soins appropriés.

- L'infirmière praticienne spécialisée collabore avec le médecin traitant afin d'identifier les problèmes de santé du patient et d'établir les priorités en matière de soins et de traitements. Pour ce faire, elle a recours à la pensée critique, et synthétise et analyse la collecte des données subjectives et objectives.
- L'infirmière praticienne spécialisée procède à l'évaluation exhaustive de l'état de santé du patient en privilégiant une approche globale de la personne. Ainsi, la compréhension et l'analyse des dimensions biologique, physique, mentale, psychologique, sociale et spirituelle des déterminants de santé, ainsi que le vécu du patient, représentent les premières étapes de cette évaluation.
- Dans le cadre de ses responsabilités, l'infirmière praticienne spécialisée contribue au suivi des patients préalablement diagnostiqués, en étroite collaboration avec le médecin traitant. Elle offre des soins aux patients qui souffrent de problèmes de santé complexes, chroniques ou présentant des épisodes aigus.
- L'infirmière praticienne spécialisée exerce les activités médicales énumérées à l'article 36.1 de la L.I.L., selon sa spécialité. En respectant les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation de médicaments, elle prescrit des examens diagnostiques, utilise des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, prescrit des médicaments et autres substances de même que des traitements médicaux ; enfin, elle utilise des techniques ou applique des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.
- L'infirmière praticienne spécialisée participe à l'élaboration et à l'implantation de programmes d'éducation pour le patient et sa famille ; à cette fin, elle fait des interventions en approche familiale et a recours à des stratégies éducatives aidantes. Elle doit porter une attention particulière à la promotion de la santé de même qu'à la prévention de la maladie et des accidents, afin de maintenir la santé et le bien-être physique, émotif, mental et spirituel de la personne.

Soutien clinique aux infirmières et aux autres professionnels

Le soutien clinique vise l'amélioration des soins au patient et à sa famille et l'enrichissement des connaissances des infirmières. L'infirmière praticienne spécialisée apporte son expertise propre à l'égard des problèmes du patient et de sa famille et à la prise des décisions qui en découlent et ce, en collaborant avec les médecins, les infirmières et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire :

- elle participe à l'élaboration et à l'évaluation des protocoles médicaux et infirmiers, ainsi que des normes de pratique de soins pour le patient ;
- elle contribue aux prises de décision et à la planification de programmes se rapportant à sa spécialité ;
- elle sert également d'agent de liaison et de personne-ressource pour l'équipe soignante de son milieu et des centres référents ;
- elle participe à des comités ou groupes de travail visant l'amélioration continue de la qualité des soins de sa spécialité au sein de son organisation.

11

Formation et enseignement

L'infirmière praticienne spécialisée collabore au développement et à la mise à jour de programmes de formation de base et de programmes avancés pour le personnel infirmier afin de maintenir ou de développer ses compétences :

- elle contribue à l'amélioration des soins infirmiers en influençant la pratique quotidienne des infirmières ;
- elle assure l'encadrement d'étudiantes graduées et contribue à celui des futures infirmières praticiennes. De plus, elle participe à l'enseignement universitaire dans le cadre de sa spécialité ;
- elle maintient et développe ses connaissances et ses compétences.

Recherche

Les connaissances et les habiletés de l'infirmière praticienne spécialisée, en matière de recherche, lui permettent de définir, d'évaluer et d'améliorer sa pratique ainsi que d'exercer son leadership en soins infirmiers :

- elle analyse et interprète les recherches récentes ; elle intègre les résultats de recherche probants dans sa pratique quotidienne, apporte les modifications nécessaires et évalue l'impact du changement ;
- elle identifie des problèmes cliniques et réalise des projets de recherche en soins infirmiers ou y apporte sa collaboration ; elle peut également collaborer à la recherche clinique médicale ;
- 12 • elle éduque et informe le patient et sa famille dans le but de faciliter une prise de décision libre et éclairée à l'égard de sa participation à des essais cliniques ;
- elle contribue au rayonnement de son milieu et à l'avancement de sa profession, notamment en faisant connaître les résultats des travaux de recherche (présentations ou publications) aux niveaux local, régional, national et international.

La pratique clinique interdisciplinaire s'inscrit dans un nouveau contexte de soins engendré par les changements législatifs modifiant le *Code des professions* et d'autres lois particulières dans le domaine de la santé. Les milieux de soins sont invités à prendre en compte la complémentarité entre les disciplines, la définition des champs de pratique, la création et l'implantation de nouveaux rôles tel celui de l'infirmière praticienne spécialisée, et par le fait même, la mise en place de nouvelles relations interprofessionnelles.

L'interdisciplinarité fait appel à la collaboration, au partage des savoirs et de l'information. Elle fait référence à un climat de travail convivial et à une capacité à travailler en équipe, élément qui facilite l'intégration du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. Cette capacité sous-tend un rôle important de l'infirmière praticienne spécialisée dans la coordination des soins fournis par les autres membres de l'équipe, sous la direction du médecin traitant. En effet, lorsqu'il est question de soins spécialisés et surspécialisés, la coordination des soins nécessite une collaboration étroite entre les différents professionnels de la santé. Savoir communiquer efficacement avec les professionnels de l'équipe soignante afin de connaître leur jugement clinique et leurs décisions et ce, dans des conditions souvent stressantes, constitue un atout nécessaire à la collaboration. Celle-ci doit se manifester entre tous les membres de l'équipe interdisciplinaire, tels que les infirmières praticiennes, les infirmières soignantes, les infirmières cadres, les infirmières cliniciennes, les médecins, les résidents en médecine, les pharmaciens, etc.

Bien que la collaboration avec l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire soit importante, la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin demeure l'élément central de la pratique clinique interdisciplinaire. Ces deux professionnels participent à l'évaluation de l'état de santé des patients, s'assurent de la qualité et de la planification des soins et s'impliquent dans la formation des étudiantes infirmières et des résidents en médecine.

La pratique clinique interdisciplinaire doit prendre le temps de s'instaurer adéquatement. Elle s'approprie et émane du désir des professionnels concernés de travailler ensemble. Pour qu'une pratique clinique interdisciplinaire s'installe, se développe et mûrisse jusqu'à son plein épanouissement, il faut miser sur le respect et la valorisation de la contribution de chacun des professionnels de l'équipe soignante. La compétence professionnelle est l'élément essentiel qui crée le respect et la valorisation nécessaire pour rendre viable

une relation de collaboration. Pour réussir, il faut retenir que le but ultime de l'interdisciplinarité doit être d'améliorer la qualité des soins aux patients et que la contribution de chacun des partenaires impliqués est importante. De plus, il faut créer une organisation qui facilite les échanges d'information pour les prises de décision. Dans la volonté d'améliorer le processus, chaque difficulté doit être considérée comme une source de croissance.

MODALITÉS ORGANISATIONNELLES FAVORISANT L'INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DANS LES MILIEUX CLINIQUES

Ce chapitre porte sur l'intégration dans le milieu, le maintien et l'amélioration des compétences de l'infirmière praticienne spécialisée, de même que sur l'évaluation de la qualité des soins qu'elle dispense. Pour leur part, les aspects légaux concernant la pratique professionnelle en établissement et la surveillance de l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée par les ordres professionnels sont traités par la suite.

Intégration dans le milieu

L'établissement a la responsabilité de soutenir le développement et la mise en place des conditions d'encadrement et de soutien professionnel essentiels à l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. À cet effet, il doit prévoir un programme d'intégration dans le milieu clinique, programme élaboré de façon à offrir une flexibilité permettant de s'adapter aux besoins individuels des infirmières praticiennes spécialisées. Ces besoins peuvent varier, notamment en fonction de l'expérience clinique de l'infirmière praticienne dans le domaine de la spécialité.

Afin de favoriser cette intégration, il est souhaitable de jumeler l'infirmière praticienne spécialisée à un mentor et ce, pour la durée complète de la période d'intégration. Le mentor peut être un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée disponible dans l'établissement, ou les deux. En l'absence d'une telle praticienne, une infirmière clinicienne spécialisée dans le domaine pourra collaborer avec le médecin.

De plus, la période d'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée doit inclure des évaluations, idéalement une à la mi-temps et une autre à la fin de la période d'intégration. Cette dernière évaluation vise à déterminer si l'infirmière en question s'est bien adaptée à son nouveau rôle, au milieu clinique et à l'environnement professionnel. À cette fin, l'établissement doit élaborer les outils nécessaires dont, par exemple, un volet d'auto-évaluation et un volet de mise en commun auxquels participent la directrice des soins infirmiers (DSI) et le chef de département clinique, ce dernier détenant l'expertise et l'autorité pour évaluer les activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée. Le but de cette démarche évaluative est de favoriser le développement professionnel de l'infirmière praticienne spécialisée.

Maintien et amélioration des compétences

Il est essentiel que les milieux cliniques se dotent d'un mécanisme de maintien et d'amélioration des compétences de l'infirmière praticienne. Ce mécanisme peut se traduire par des activités de développement professionnel continu dans le milieu clinique ou à l'extérieur. Il permet à l'infirmière praticienne de maintenir à jour ses connaissances et ses habiletés spécialisées, en développant ses compétences cliniques et en participant à différents types d'activités de formation. Ces activités peuvent être extérieures, telles que les colloques et les congrès, ou organisées par le milieu clinique, notamment les discussions de cas avec les résidents en médecine, les présentations et séminaires, le journal-club de même que la lecture d'articles scientifiques, etc. Dans le but de maintenir et d'améliorer ses compétences, l'infirmière praticienne spécialisée doit consacrer un nombre minimal de 80 heures au développement professionnel continu sur une période de deux ans dans le domaine de sa spécialité. Elle a la responsabilité de soumettre aux autorités compétentes des attestations de participation à de telles activités. À titre d'infirmière praticienne spécialisée, elle doit participer aux activités de développement professionnel organisées à l'intérieur du département où elle exerce.

16

Évaluation de la qualité des soins

Avec l'implantation d'un nouveau rôle dans l'équipe interdisciplinaire, il est essentiel que chaque milieu développe des stratégies d'évaluation permettant de vérifier les connaissances et les compétences de l'infirmière praticienne spécialisée. L'évaluation doit porter notamment sur les points suivants : la compétence clinique, la communication/collaboration, le développement professionnel et le professionnalisme/déontologie.

Compétence clinique

On entend par compétence clinique l'ensemble des connaissances, aptitudes cliniques et techniques, ainsi que le jugement que doit posséder l'infirmière praticienne spécialisée pour recueillir et interpréter les données relatives à l'état de santé du patient, prendre des décisions cliniques appropriées, procéder aux examens diagnostiques et aux traitements médicaux nécessaires dans le cadre de sa spécialité.

Communication/Collaboration

Afin de fournir des soins de qualité, l'infirmière praticienne spécialisée établit une collaboration optimale avec ses pairs et les autres membres de l'équipe soignante. Elle soutient également l'enseignement et la formation des professionnels.

Développement professionnel

L'infirmière praticienne spécialisée doit maintenir à jour ses connaissances. Par des activités de développement professionnel continu et de recherche, elle contribue à l'enrichissement du savoir infirmier et s'appuie sur des résultats probants pour prendre des décisions thérapeutiques.

Professionalisme/Déontologie

L'infirmière praticienne spécialisée a un rôle à jouer à l'égard de la promotion et du maintien de la santé et du bien-être de la population. Elle donne des soins de qualité avec intégrité, honnêteté et compassion. Elle adopte des comportements professionnels appropriés. Elle doit connaître les aspects légaux et éthiques de sa pratique, elle doit relever les dilemmes éthiques et contribuer à leur résolution lorsque nécessaire.

Outil d'évaluation

Il est souhaitable que l'établissement élabore un outil d'évaluation des compétences s'adressant spécifiquement aux infirmières praticiennes spécialisées. Cet outil doit être préparé conjointement par la DSI et le chef de département clinique qui procéderont, au moins annuellement, à l'évaluation de l'infirmière praticienne spécialisée. Cette évaluation tient compte autant des aspects des soins infirmiers que des aspects des soins médicaux, et elle doit être déposée au dossier de l'infirmière praticienne spécialisée.

17

Aspects légaux concernant la pratique professionnelle de l'infirmière praticienne spécialisée en établissement

Différentes instances se sont vu octroyer des pouvoirs spécifiques de surveillance et de contrôle dans les cas où la pratique professionnelle de l'infirmière praticienne spécialisée a lieu dans un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.S.S.S.S.). Ces pouvoirs s'ajoutent alors à ceux déjà énoncés dans les dispositions de cette loi. Il importe de noter que ces modifications législatives s'inscrivent à l'intérieur du cadre légal actuellement en vigueur et qu'elles ne modifient pas les autres pouvoirs attribués à ces instances. D'ailleurs, les règles actuelles qui régissent l'admission et le congé des usagers des établissements demeurent inchangées.

La directrice des soins infirmiers

Tout comme pour les activités prévues à l'article 36 de la L.I.I., la L.S.S.S.S. accorde à la DSI un pouvoir de contrôle des activités exercées par les infirmières en vertu de l'article 36.1.

La L.S.S.S.S. 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 L.I.I. et à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières praticiennes spécialisées². Cette même disposition prévoit également que la DSI doit tenir et mettre à jour un registre des infirmières praticiennes spécialisées qui exercent dans l'établissement.

Cependant, le principal pouvoir de contrôle de la DSI est prévu à l'article 207.1 de la L.S.S.S.S. 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 le centre par une infirmière praticienne spécialisée, de l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la L.I.I. Il s'agit d'un important pouvoir d'intervention et de sanction.

Le chef de département clinique

En plus du pouvoir d'intervention et de sanction dans une situation d'urgence et ce, tel qu'il a été mentionné précédemment, l'article 190 de la L.S.S.S.S. 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 infirmières praticiennes spécialisées. Cette surveillance s'exerce alors sous réserve des responsabilités assumées par la DSI.

18

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

Tel qu'il est prévu dans le *Code des professions*, le comité d'inspection professionnelle (Bureau de surveillance de l'exercice infirmier de l'OIIQ) doit surveiller l'exercice de la profession de ses membres et faire enquête sur leurs compétences professionnelles. Ce comité développera éventuellement un programme particulier visant l'infirmière praticienne spécialisée.

Le Bureau du CMQ peut également vérifier la qualité des activités médicales exercées par les infirmières praticiennes spécialisées. La *Loi médicale* prévoit que le Bureau du CMQ peut désigner un médecin ou un comité à cette fin. Dans l'éventualité où le Bureau le juge nécessaire, le rapport de vérification sera transmis à l'OIIQ afin que des mesures appropriées soient prises pour corriger les lacunes observées.

² Selon l'article 192 de la L.S.S.S.S., les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées par l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* doivent être approuvées par le conseil d'administration de l'établissement pour prendre effet. Le conseil d'administration doit cependant, préalablement à l'approbation de ces règles, obtenir la recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que celle du conseil des infirmières et infirmiers.

RÈGLES DE SOINS MÉDICAUX ET RÈGLES D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Dans le but de permettre l'exercice des activités médicales prévues à l'article 36.1 de la L.I.I., le conseil d'administration de l'établissement où les infirmières praticiennes spécialisées vont exercer de telles activités devra approuver des règles d'utilisation des médicaments et des règles de soins médicaux, tel que l'exige 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*.

Ces règles d'utilisation des médicaments et de soins médicaux permettront à chaque établissement de définir, en fonction de ses besoins et de ses ressources, sans négliger sa culture organisationnelle, les rôles de l'infirmière praticienne spécialisée relativement à la prescription de médicaments, d'examens ou de traitements, ainsi qu'à l'utilisation de techniques diagnostiques ou thérapeutiques, ou de traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

La L.S.S.S.S. encadre le mécanisme d'adoption et précise les effets d'une règle de soins médicaux et ceux d'une règle d'utilisation des médicaments.

« Sous l'autorité du CMDP, le chef de département clinique est responsable [...] d'élaborer pour son département des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments [...] » (art. 190).

« Le DSI doit collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments [...] » (art. 207, par. 2.1).

Celles-ci « [...] entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration qui doit, au préalable, obtenir la recommandation [...] du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et [...] du conseil des infirmières et infirmiers » (art. 192).

Cette responsabilité du CMDP et du CII, soit de faire une recommandation au CA, se retrouve respectivement à l'article 214, par. 6° et à l'article 220, par. 2.1° de la L.S.S.S.S.

De plus, le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROAE) précise certaines modalités à respecter dans ce processus, notamment le rôle du chef du département de pharmacie et celui du comité de pharmacologie :

a) Sous l'autorité du CMDP du centre hospitalier, le chef du département de pharmacie « [...] élabore les règles d'utilisation des médicaments et les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances, notamment en ce qui concerne les critères de validité des ordonnances [...] » (art. 77).

b) Le comité de pharmacologie, un comité obligatoire du CMDP, doit « [...] conseiller le chef du département de pharmacie [...] sur les règles d'utilisation des médicaments dans le centre hospitalier [...] ».

Même s'il n'est pas défini par la L.S.S.S., ni par le ROAE, de façon générale, le contenu d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments peut être associé à celui d'un protocole, à savoir « la description des procédures, méthodes, limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement »³. La structure est la même, les effets sont différents.

20

Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments concernent la manière de dispenser des soins, y compris des médicaments, et peuvent viser l'indication médicale et baliser l'autonomie du professionnel. Il s'agit de règles obligatoires que les professionnels visés doivent respecter sous peine de s'exposer à des mesures disciplinaires. Par comparaison, le protocole est un outil qui peut être modifié par le médecin prescripteur lorsqu'il rédige son ordonnance.

L'ordonnance, qu'elle soit individuelle ou collective, peut être complète en soi, mais peut également servir à déclencher un protocole, une règle de soins médicaux, une règle d'utilisation de médicaments ou une règle d'utilisation des ressources.

La structure est identique pour un protocole, une règle de soins médicaux, une règle d'utilisation de médicaments ou une règle d'utilisation des ressources. En voici les principaux éléments :

- l'indication (condition clinique, clientèle) ;
- le professionnel visé ;
- les contre-indications, s'il y a lieu ;
- les directives ;
- les précautions à prendre, s'il y a lieu ;
- les limites.

Il importe donc également de distinguer les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments des règles de soins infirmiers. Les deux premières doivent être notamment approuvées par le conseil d'administration de l'établissement, les dernières par la DSI.

³ Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 11.2.

De plus, afin d'éviter toute confusion, il faut préciser qu'une règle d'utilisation des médicaments est spécifique aux médicaments, alors qu'une règle de soins médicaux vise tous les soins médicaux, à l'exclusion des médicaments. Une règle de soins médicaux pourrait prévoir l'utilisation de médicaments, mais uniquement à la condition de s'appuyer, de façon explicite, sur une règle spécifique d'utilisation des médicaments.

Dans les limites de sa spécialité, l'infirmière praticienne spécialisée peut prescrire un médicament inscrit à l'annexe II ou III du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, sauf si une règle d'utilisation des médicaments en limite l'utilisation à l'intérieur de l'établissement. Il faut retenir que le conseil d'administration peut approuver des règles ayant un effet plus limitatif que celles imposées par le règlement du Collège des médecins du Québec. Cependant, les règles locales ne peuvent être plus libérales ou permissives. L'infirmière praticienne doit également respecter les normes édictées dans le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du CMQ, approuvé par l'Office des professions du Québec le 24 février 2005. Elle doit aussi respecter les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances, selon le règlement en vigueur dans l'établissement.

Ainsi, malgré leur inscription à l'annexe II du *Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments*, des médicaments tels ceux qui suivent, énumérés à titre d'exemples, devraient également être visés par des règles d'utilisation de médicaments :

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Adrénaline | Lopéramide et ses sels |
| Diphénylhydramine et ses sels | Mannitol |
| Glucagon | Magnésium et ses sels |
| Héparine | Nitroglycérine |
| Hyoscine et ses sels | Potassium |
| Insuline | Procaïne et ses sels |
| Insuline humaine | Sodium |
| Lidocaïne | Tétracaïne et ses sels |

Afin de bien définir les relations entre les divers partenaires de l'établissement et ceux du réseau, le CMDP devrait faire des recommandations au CA de l'établissement relativement aux règles d'utilisation des ressources. Celles-ci devraient porter notamment sur le mécanisme d'orientation du patient vers son médecin traitant dans la communauté (spécialiste ou médecin de famille), la nature et la fréquence des notes afférentes, etc.

C O N C L U S I O N

Ces lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée découlent de discussions entre médecins et infirmières et tiennent compte d'un certain nombre de facteurs historiques, légaux et contextuels. Ces lignes directrices représentent un outil essentiel à la détermination des balises nécessaires à la pratique des infirmières praticiennes spécialisées, au sein des établissements concernés.

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

R É F É R E N C E S

Alberta Association of Registered Nurses (2003). *Nurse Practitioners: A Vital Members of the Health-Care Team*, Edmonton, AARN.

American Nurses Association (2003). *Nursing's Social Policy Statement*, 2^e éd., Washington (D.C.), ANA.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). *La pratique infirmière avancée : cadre national*, éd. rev., Ottawa, AIIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2003). *L'infirmière praticienne : énoncé de position*, éd. rev., Ottawa, AIIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Législation, réglementation et éducation des infirmières praticiennes au Canada : fiche d'information*, éd. rev., Ottawa, AIIIC.

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

Collège des médecins du Québec (1998). *La complémentarité dans les services d'obstétrique et de néonatalogie*, Montréal, CMQ.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (s.d.). *Final In-Training Evaluation Report. Neonatal-Perinatal Medicine* [CanMed], Ottawa, CRMCC.

D'Amour, D. (2001). « Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? », *Ruptures*, vol. 8, n° 1, p. 136-145.

D'Amour, D. (2002). « La collaboration professionnelle : un choix obligé », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 339-363.

D'Amour, D., Sicotte, C., et Lévy, R. (1999). « L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 3, p. 67-94.

Goudreau, J. (2003). « La collaboration professionnelle en GMF », conférence présentée lors d'une rencontre organisée par l'OIIQ sur le rôle des infirmières en GMF, 31 octobre 2003.

Goulet, O. (2002). « Une pratique infirmière autonome : un projet ambitieux », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 163-180.

Groleau, I. (2002). *La valeur de la pratique infirmière avancée pour l'efficience de l'organisation des services de santé au Québec*, mémoire, Québec, Université Laval, Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive.

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, Elsevier Saunders.

Hanson, C.M., et Hamric, A.B. (2003). « Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing », *Nursing Outlook*, vol. 51, n^o 5, p. 203-211.

Hanson, C.M., et Spross, J.A. (2004). « Collaboration », dans A.B. Hamric, J.A. Spross et C.M. Hanson (sous la dir. de), *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 3^e éd., Philadelphie, Elsevier Saunders, p. 341-378.

Henneman, E.A., Lee, J.L., et Cohen, J.I. (1995). « Collaboration: A concept analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, n^o 1, p. 103-109.

King, K.B., et Baggs, J.G. (1998). « Collaboration: The essence of acute care nurse practitioner practice », dans R.M. Kleinpell et M.R. Piano (sous la dir. de), *Practice Issues for the Acute Care Nurse Practitioner*, New York, Springer.

King, L., Lee, J.L., et Henneman, E. (1993). « A collaborative practice model for critical care », *American Journal of Critical Care*, vol. 2, n^o 6, p. 444-449.

Kleinpell, R.M., Faut-Callahan, M., Lauer, K., Kremer, M.J., Murphy, M., et Sperhac, A. (2002). « Collaborative practice in advanced practice nursing in acute care », *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 14, n^o 3, p. 307-313.

Krumm, S. (1992). « Collaboration between oncology clinical nurse specialists and nursing administrators », *Oncology Nursing Forum*, vol. 19, n^o 1 (suppl.), p. 21-24.

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

Lockhart-Wood, K. (2000). « Collaboration between nurses and doctors in clinical practice », *British Journal of Nursing*, vol. 9, n^o 5, p. 276-280.

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

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.

Ménard, J.P., et Martin, D. (1992). *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Yvon Blais.

Mills, M.E. (1990). « The CNS and collaborative practice », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 4, n° 4, p. 194-195.

National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education (2002). *Criteria for Evaluation of Nurse Practitioner Programs*, 2^e éd., Washington (D.C.), American Association of Colleges of Nursing ; National Organization of Nurse Practitioner Faculties.

Norsen, L., Opladen, J., et Quinn, J. (1995). « Practice model. Collaborative practice », *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 7, n° 1, p. 43-52.

25

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004a). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, nouv. éd., Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004b). « Un autre pas dans la bonne direction ! », *Le Journal*, vol. 1, n° 3, p. 1, 3.

Pike, A.W., McHugh, M., Canney, K.C., Miller, N.E., Reiley, P., et Seibert, C.P. (1993). « A new architecture for quality assurance: Nurse-physician collaboration », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 7, n° 3, p. 1-8.

Registered Nurses Association of British Columbia (2003). *Competencies Required for Nurse Practitioners in British Columbia*, Vancouver, RNABC.

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. 1.2.

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.

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

Roy, D. (2003). *Conceptualisation de la pratique infirmière dans un contexte d'interdisciplinarité au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF) du Québec*, mémoire, Rimouski, Université du Québec à Rimouski, Département de biologie, chimie et sciences de la santé.

Sprague-McRae, J.M. (1996). « The advanced practice nurse and physician relationship: Considerations for practice », *Advanced Practice Nursing Quarterly*, vol. 2, n° 1, p. 33-40.

Stichler, J.F. (1995). « Professional interdependence: The art of collaboration », *Advanced Practiced Nursing Quarterly*, vol. 1, n° 1, p. 53-61.

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.

ANNEXE

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'infirmière praticienne spécialisée 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 toute circonstance, 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.

Selon les dispositions de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* et malgré l'étroite collaboration qu'exigent ces deux exercices professionnels, le cadre légal régissant l'infirmière praticienne spécialisée ne crée aucun nouveau lien de subordination envers les médecins qui aurait pour conséquence de rendre ces derniers responsables des erreurs commises par les infirmières praticiennes lors de l'exercice des activités autorisées. Au contraire, la relation juridique qui existera entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées sera identique à celle qui existe actuellement entre les médecins et les infirmières.

La responsabilité du médecin 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 accrue.

Ainsi, à moins que le médecin ne soit obligé d'assumer à un certain moment une responsabilité fonctionnelle plus étroite, par exemple qu'il soit obligé de surveiller les activités professionnelles exercées par l'infirmière praticienne spécialisée, ou à moins que l'infirmière praticienne spécialisée n'agisse momentanément à titre de préposée du médecin⁴, la

⁴ Selon l'article 1463 du *Code civil du Québec*, pour être qualifiée de préposée du médecin, l'infirmière praticienne spécialisée doit agir sous le contrôle, les ordres ou les instructions du médecin et ce, dans l'exécution de ses fonctions. Voir à ce sujet P. Lesage-Jarjoura et S. Philips-Nootens, *Éléments de responsabilité civile médicale*, 2^e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2001.

responsabilité qui incombe à ce dernier à l'égard des soins et traitements donnés à des patients par une infirmière praticienne spécialisée demeure inchangée.

L'infirmière praticienne spécialisée qui, dans le cadre de sa pratique en établissement, commettrait une faute dans ses activités professionnelles, en appliquant une règle valide de soins médicaux adoptée selon les dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, n'engagerait que sa responsabilité et non celle du médecin avec qui elle exerce, par ailleurs, en collaboration.

Il en serait cependant autrement si l'infirmière praticienne spécialisée exerçait ses activités en appliquant une règle de soins médicaux qui serait fautive ou erronée. Dans un tel cas, et tout comme en matière d'ordonnance erronée⁵, non seulement cette infirmière praticienne pourrait-elle engager sa propre responsabilité, mais elle pourrait également engager, par son exercice, celle d'autres intervenants.

28

Hormis certaines situations spécifiques, bien que les infirmières praticiennes spécialisées et les médecins exercent en étroite collaboration dans un même but, aucun nouveau lien juridique de subordination n'est créé, chacun s'engageant envers les patients pour les activités professionnelles qui relèvent de son exercice.

⁵ Voir J.P. Ménard et D. Martin, *La responsabilité médicale pour la faute d'autrui*, Cowansville, Yvon Blais, 1992.