

**La légalisation de la pratique  
de l'infirmière spécialisée  
et de l'infirmière praticienne**

### 3. La légalisation de la pratique de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne

La profession d'infirmière, dans plusieurs pays industrialisés, évolue et s'adapte pour répondre aux besoins de santé de la population dans un contexte de transformation du système de santé. Les infirmières développent ainsi une pratique avancée en spécialité et en soins de santé primaires autant aux États-Unis, au Canada qu'au Québec mais à des rythmes différents.

Actuellement, au Québec, tous ont à cœur d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services. Ces préoccupations deviennent un moteur permettant l'émergence de solutions novatrices telles que les rôles infirmiers de pratique avancée.

La première section de ce chapitre décrit différentes modalités d'exercice infirmier en pratique avancée. Par la suite, nous évoquons les principales recommandations des comités ministériels visant l'introduction et le développement de ces nouveaux rôles au Québec. Nous vous présentons également des projets cliniques issus de différents milieux de soins où l'infirmière de pratique avancée joue un rôle de premier plan. Enfin, une proposition visant à légaliser cette pratique est présentée. Celle-ci s'inspire des tendances législatives nord-américaines et internationales recensées.

#### 3.1 La pratique infirmière avancée

Aux États-Unis, les rôles d'infirmière clinicienne spécialisée, d'infirmière anesthésiste, d'infirmière sage-femme et d'infirmière praticienne en spécialité et en soins de santé primaires sont considérés comme de la pratique infirmière avancée<sup>1</sup>. Tous ces rôles font généralement l'objet d'une réglementation. Seul le titre d'infirmière praticienne est protégé dans l'ensemble des États à l'exception du Tennessee.

Au Canada, deux rôles d'infirmières en pratique avancée sont connus sous les vocables « infirmière clinicienne spécialisée » et « infirmière praticienne »<sup>2</sup>. Toutefois, seul le rôle d'infirmière praticienne est réglementé.

Au Québec, la pratique infirmière avancée a été développée surtout par des infirmières cliniciennes spécialisées. Habituellement titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières, elles ont une expertise dans divers domaines de pratique clinique et exercent leur leadership à travers l'enseignement aux infirmières, le développement de nouvelles pratiques, la conception de programmes de soins et de cheminement clinique utiles à la coordination du suivi de la clientèle. Elles intègrent les résultats de la recherche à la pratique et sont consultées dans les situations de santé complexes. Dans certains cas, elles dispensent des soins à la clientèle, en collaboration étroite avec l'équipe interdisciplinaire, et font des recommandations aux médecins sur certains aspects du plan de traitement médical.

Le Bureau de l'OIIQ soutient l'introduction d'autres rôles de pratique avancée au Québec : l'infirmière spécialisée dans des domaines de spécialités cliniques et l'infirmière praticienne exerçant en soins de santé primaires.

Dans son domaine d'expertise, l'infirmière spécialisée exerce en étroite collaboration avec le médecin spécialiste dans les établissements de deuxième et de troisième ligne. Elle assure les soins et les traitements médicaux des patients suivis dans les cliniques ambulatoires spécialisées pour des problèmes de santé complexes chroniques et stables ou lors d'épisodes aigus de leur problème de santé. Elle prend également en charge le plan thérapeutique médical du patient hospitalisé dont l'état de santé est jugé critique ou instable. Elle diagnostique et détecte précocement les signes de complications. Elle procède aux consultations auprès d'autres professionnels, oriente au besoin et planifie le congé du patient.

L'infirmière praticienne, quant à elle, exerce en première ligne en CLSC, dans les cabinets de médecin, en centres de santé et en dispensaires. En collaboration avec le médecin omnipraticien, elle soigne, diagnostique et traite les patients de tout âge qui se présentent pour des problèmes de santé courants. De plus, elle assure le suivi du plan thérapeutique médical de certaines clientèles atteintes de maladies chroniques et stables incluant les épisodes aigus de leur problème de santé.

## **3.2 Les recommandations issues de comités ministériels**

### **3.2.1 La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (la commission Clair)**

Soucieux d'offrir à la population québécoise des services de qualité correspondant à ses besoins, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mandaté, au cours des dernières années, des groupes de travail pour évaluer différents aspects de l'organisation des modes de prestation des soins. Certains, dont la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, ont recommandé le développement du rôle d'infirmière praticienne comme une des solutions issues de leur analyse.

Au chapitre de l'organisation des services, un des premiers constats de la Commission est qu'il existe, dans le réseau de la santé, des problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination des services<sup>3</sup>.

Parmi les solutions, la Commission identifie d'entrée de jeu la nécessité de créer des groupes de médecine de famille en première ligne et recommande l'introduction d'infirmières praticiennes à l'intérieur de ces groupes<sup>4</sup>.

De l'avis de la Commission, 30 ou 40 projets de groupes de médecine de famille devraient émerger d'ici un an, et 75 % de la population du Québec devrait avoir accès à ces services dans cinq ans.

En introduisant le rôle d'infirmière praticienne dans les groupes de médecine de famille, la Commission a pris soin de mentionner qu'elle doit prendre en charge une clientèle présentant des problèmes de santé courants et effectuer des diagnostics et des traitements en accord avec le groupe de médecins.

À l'appui de sa proposition, la Commission prévoit d'emblée intégrer l'infirmière praticienne dans le réseau au moyen de projets d'implantation. Pour ce faire, elle précise que cette infirmière doit détenir une formation supérieure en sciences infirmières avec une orientation clinique ainsi qu'une formation médicale liée au domaine de la pratique<sup>5</sup>.

La Commission va plus loin et mentionne qu'il faut adapter rapidement la réglementation concernant les professions de la santé pour permettre l'encadrement légal et professionnel adéquat d'une pratique infirmière avancée dans certains secteurs spécialisés<sup>6</sup>.

Au chapitre des effectifs médicaux, la Commission constate qu'il existe une réelle pénurie de médecins dans certaines régions et dans certains types d'établissements. Citons par exemple les CHSLD, certaines spécialités et certains programmes ou activités. Elle recommande, entre autres solutions, la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes pour aider à résoudre l'aspect organisationnel de la répartition des médecins<sup>7</sup>.

De plus, elle qualifie comme de tout premier plan la recommandation faite par le Forum sur la situation dans les urgences relativement au développement du rôle de l'infirmière praticienne à l'urgence et l'introduction de la notion de triage avancé comme une fonction associée au rôle d'infirmière praticienne<sup>8</sup>.

### **3.2.2 Le Comité de travail de cardiologie tertiaire**

Le Comité de travail de cardiologie tertiaire, créé par la ministre de la Santé et des Services sociaux en octobre 1999, avait pour mandat :

- 1) de dresser l'état de la situation des services de cardiologie tertiaire quant aux ressources humaines et matérielles ;
- 2) de faire état de la progression de la demande et de l'évolution de la maladie ;

- 3) de formuler des stratégies pour assurer une accessibilité adéquate des services à l'intérieur de délais médicalement acceptés en favorisant un fonctionnement en réseau ;
- 4) de suggérer des modalités sur les modes de pratique qui tiennent compte des besoins des patients et des spécialistes en cardiologie tertiaire<sup>9</sup>.

Plusieurs phénomènes, dont l'augmentation annuelle de 4,3% du nombre de personnes souffrant de problèmes cardiaques et l'avènement d'une gamme toujours plus étendue de services de pointe, causent une pression constante dans ce secteur, et il devient essentiel d'augmenter la capacité du réseau à offrir les services. Les soins en cardiologie tertiaire ayant considérablement évolué, la demande pour les services a rapidement entraîné des délais dans l'accès aux services, et les listes d'attente se sont allongées<sup>10</sup>.

Le Comité valorise l'apport des infirmières. Il appuie la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie en cardiologie tertiaire ainsi que les démarches entreprises pour la mise en place d'un continuum de formation intégrée collège/université. Il réfère de manière favorable au Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, notamment pour résoudre la pénurie d'infirmières au Québec<sup>11</sup>.

De plus, le Comité recommande « d'entreprendre les démarches nécessaires auprès des instances concernées pour mettre en place un programme de formation pour les infirmières praticiennes »<sup>12</sup>. Il justifie le développement du rôle de l'infirmière praticienne en ces termes :

*« Une piste intéressante à envisager pour le Québec serait aussi le développement du rôle d'infirmière praticienne. En effet, dans un secteur ultraspécialisé comme la cardiologie tertiaire, la présence d'infirmières possédant les connaissances et l'expertise d'un domaine clinique précis pourrait enrichir le travail en équipe, la qualité et l'accessibilité des services offerts à la population. De plus, pour les candidates en soins infirmiers, ce type de spécialisation présente un intérêt certain. »<sup>13</sup>*

Le Comité recommande la mise en place du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) dans les meilleurs délais pour donner suite à ses recommandations<sup>14</sup>. D'ores et déjà, le RQCT est mis sur pied et les moyens ou les mesures pour atteindre chacun des objectifs retenus par le Forum sont en voie d'élaboration, particulièrement au chapitre de l'évaluation de la main-d'œuvre, l'étude de l'intégration de l'infirmière praticienne dans ce secteur<sup>15</sup>.

### 3.2.3 Le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière

Le mandat du Forum consistait à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations relatives à la planification des effectifs infirmiers du réseau et à proposer des orientations et des plans d'action à partir de consensus à l'égard des différentes problématiques et des visions communes quant aux solutions à promouvoir.

Dans son rapport de février 2001, le Forum mentionne d'entrée de jeu que « la contribution des infirmières est essentielle au fonctionnement du système de santé au Québec »<sup>16</sup>. Il énonce « qu'il ne suffit pas de disposer du nombre d'infirmières requis ; il faut également que les infirmières aient la formation et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles, y compris les besoins plus spécialisés »<sup>17</sup>.

Parmi les objectifs formulés par le Forum, deux d'entre eux viennent entre autres appuyer des efforts déjà entrepris par l'OIIQ : de mettre en place un continuum de formation intégrée collège/université et d'assurer les conditions permettant aux infirmières d'exercer le rôle d'infirmière première assistante en chirurgie<sup>18</sup>.

Le Forum souligne que de nouveaux rôles infirmiers sont en émergence et qu'il y a beaucoup de demandes pour ces nouvelles fonctions. Il cite, à titre d'exemple, la pratique avancée au triage à l'urgence, en néphrologie, en psychiatrie, dans le secteur enfance-famille, les soins à domicile, les services courants en CLSC, en CHSLD<sup>19</sup>.

Dans son plan d'action national, le Forum énonce parmi les objectifs à poursuivre le développement du rôle de l'infirmière praticienne comme une des composantes de la solution du problème de la pénurie d'infirmières pour les prochaines années<sup>20</sup>. En effet, ces rôles valorisants sont susceptibles de favoriser la rétention d'expertise au sein de la profession.

### 3.3 Les projets québécois de la pratique de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne

#### 3.3.1 Les projets en néonatalogie intensive

En Amérique du Nord, malgré l'amélioration des services offerts en néonatalogie, la prématurité et l'insuffisance de poids des bébés perdurent, et on observe, fait non négligeable, une pénurie importante de ressources médicales surspécialisées en néonatalogie.

Au Québec, c'est à l'Hôpital de Montréal pour Enfants et à l'Hôpital Sainte-Justine, dans des unités de soins tertiaires de soins intensifs néonataux, qu'ont eu lieu les premières expériences d'implantation du rôle de *neonatal clinician nurse*.

Le projet à l'Hôpital Sainte-Justine a vu le jour en septembre 1996 pour répondre aux besoins de l'unité néonatale<sup>21</sup>. L'Université de Montréal, avec la collaboration de l'Hôpital Sainte-Justine, a offert aux infirmières des crédits au niveau du 2<sup>e</sup> cycle universitaire.

À l'Hôpital de Montréal pour Enfants, le projet a débuté en janvier 1996. Des infirmières d'expérience en néonatalogie et possédant un baccalauréat ont reçu une formation adaptée à leurs besoins et dispensée par les professionnels de l'établissement. Depuis ce temps, ces infirmières administrent des soins complexes aux nouveau-nés en soins intensifs de néonatalogie<sup>22</sup>; elles pratiquent en collaboration avec les médecins et sont habilitées à exercer des fonctions antérieurement réservées aux médecins.

Une étude sur l'évaluation de l'impact de l'introduction de l'infirmière spécialisée à l'Hôpital de Montréal pour Enfants montre qu'aucune différence significative n'a été décelée entre les résultats de santé des bébés pris en charge par les résidents en pédiatrie et ceux pris en charge par les infirmières en pratique avancée, pour les variables suivantes<sup>23</sup>:

- l'amélioration de la santé entre l'admission et le congé;
- le nombre de jours sur ventilateur;
- la durée moyenne de séjour;
- la mortalité enregistrée 24 heures après l'admission dans le secteur.

Ces résultats corroborent les tendances notées dans le cadre d'études américaines et ont incité notamment l'Hôpital de Montréal pour Enfants à maintenir cette pratique infirmière de façon permanente.

### 3.3.2 Le projet en néphrologie

L'Association des néphrologues du Québec et la Société québécoise de néphrologie ont tenu, le 30 mars 2000, le symposium *Les soins en hémodialyse : nouvelles approches*. Parmi les solutions avancées pour répondre aux besoins des clientèles, l'Association propose le développement d'un rôle clinique avancé d'infirmière dans ce milieu de soins critiques s'inspirant du rôle d'infirmière praticienne spécialisée<sup>24</sup>. Plusieurs néphrologues estiment que l'intégration de ces infirmières à l'équipe de soins, dans le contexte des cliniques de pré-dialyse, aurait un réel impact sur l'amélioration du résultat coût-efficacité et qu'en hémodialyse, elles contribueraient à une réduction de la morbidité chez la clientèle.

Fort de ce constat et compte tenu des compressions budgétaires, du peu de relève des effectifs médicaux en néphrologie, de l'évolution de la technologie et d'une augmentation de l'ordre de 15 % du nombre de patients dialysés, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont envisage la mise sur pied d'un projet d'infirmière en pratique avancée en hémodialyse<sup>25</sup>.

La littérature scientifique dans ce domaine est éloquent quant à l'apport de cette ressource à la prestation des soins. Citons l'étude récente du Dr Bolton de l'University of Virginia School of Medicine qui confirme la valeur de cette contribution infirmière en néphrologie<sup>26</sup>. Cette étude porte sur les services rendus à une clientèle en phase terminale de maladie rénale qui bénéficie des services d'infirmières praticiennes exerçant selon un modèle de collaboration avec les néphrologues, dans un centre hospitalier ultraspécialisé. Les résultats démontrent que :

- les infirmières praticiennes augmentent significativement la productivité ;
- le taux de survie de leurs clients est statistiquement supérieur aux standards américains ;
- les malades sont satisfaits du confort ressenti, des soins reçus et du niveau de connaissances des infirmières praticiennes ;
- les clients ont exprimé leur préférence pour les infirmières praticiennes, car elles offrent la possibilité d'accéder plus facilement aux services.

### 3.3.3 Les projets en soins de santé primaires

Afin de s'adapter aux changements imposés par son environnement, le CLSC Côte-des-Neiges, en collaboration avec l'Université McGill, développe le rôle de l'infirmière en pratique familiale qui vise à satisfaire trois grands objectifs pour cette organisation : la réponse à la clientèle, le développement professionnel et la rétention du personnel<sup>27</sup>.



À l'intérieur de ce projet, l'infirmière praticienne exercera un rôle élargi en étroite interaction avec les médecins et les pharmaciens et sera appelée à poser des gestes réservés aux médecins.

Sa position privilégiée lui permettra de répondre dans un délai plus court à la demande croissante en soins de première ligne. Elle pourra de plus s'investir dans des recherches sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, permettant aux différentes clientèles de profiter des résultats de ces recherches. Pour accéder à cette fonction, une formation de 2<sup>e</sup> cycle universitaire et un stage seront exigés.

Dans le contexte de soins de santé en régions isolées, le Centre de santé de Témiscaming, qui sert une population de 4 000 habitants, a présenté, en février 2001, un projet-pilote d'un an visant l'intégration d'une infirmière praticienne en première ligne au sein du groupe de médecins de famille. Dans ce centre, les médecins pratiquent déjà conformément au concept de groupes de médecine de famille, tel que recommandé par la commission Clair.

Lors de l'implantation de ce projet, l'infirmière praticienne en première ligne formée en Ontario aura la possibilité de prescrire certains médicaments et vaccins, de prescrire certains tests de laboratoire et tests diagnostics, tels des radiographies, des échographies et des ECG en situation d'urgence<sup>28</sup>.

Les initiatives du CLSC Côte-des-Neiges et du Centre de santé de Témiscaming s'inscrivent dans la même lignée que la recommandation de la commission Clair concernant le développement des groupes de médecine de famille en collaboration avec l'infirmière praticienne et s'appuient sur des études démontrant la qualité de la contribution de l'infirmière.

Enfin, deux importantes études américaines appuient l'intégration de l'infirmière de première ligne. L'une menée par l'Office of Technology Assessment<sup>29</sup> et l'autre, par Brown et Grimes<sup>30</sup> font ressortir que les résultats des soins offerts par les médecins ou par les infirmières praticiennes sont comparables et que le taux de satisfaction de la clientèle est plus élevé avec les infirmières praticiennes. Une troisième étude menée en Angleterre auprès d'un groupe de patients ayant un premier rendez-vous dans une clinique en première ligne confirme cette tendance<sup>31</sup>.

En régions isolées, les infirmières pratiquent dans une situation précaire étant donné l'éloignement et la non-disponibilité de médecins sur place. En dispensaire, elles sont souvent les seules professionnelles accessibles en tout temps pour assurer des services préventifs et curatifs de première ligne. Cette pratique non reconnue sur le plan légal au Québec exigerait des qualifications équivalentes aux praticiennes reconnues dans certaines provinces. Tout en reconnaissant la compétence des infirmières en place, l'obligation de formation supérieure et une légalisation de leur pratique s'imposent.

## 3.4 Les tendances législatives

### 3.4.1 En Amérique du Nord

Le document de l'OIIQ *État de la réglementation de l'exercice infirmier au Canada et aux États-Unis*, produit en novembre 2000, dresse un portrait de la réglementation de la pratique infirmière avancée<sup>32</sup>.

Pour la pratique en soins de santé primaires au Canada, l'Alberta, l'Ontario et Terre-Neuve ont actuellement des dispositions légales ou réglementaires reconnaissant un rôle d'infirmière praticienne dans ce secteur. La Nouvelle-Écosse propose également un projet de loi visant à reconnaître cette pratique.

Par ailleurs, dans les domaines de spécialités, la reconnaissance légale de ce rôle progresse. La Nouvelle-Écosse propose également sa reconnaissance dans un projet de loi. Depuis l'automne 2000, Terre-Neuve a réglementé le titre d'infirmière praticienne spécialiste.

En Saskatchewan, un projet de loi relatif à la reconnaissance du rôle de *clinical advanced nurse* a été déposé pour lecture à l'Assemblée législative, le 28 mars dernier. Le Manitoba est toujours en attente de sanction royale pour un projet de loi visant à réglementer des activités de pratique avancée.

Rappelons qu'en Ontario, l'infirmière praticienne en soins de santé primaires occupe, depuis 1998, une place au sein des équipes de médecine familiale dans plusieurs régions, tant rurales qu'urbaines. D'ailleurs, les constats du gouvernement ontarien, en matière de réorganisation des services en santé primaires amorcée en novembre 1999, s'apparentent en plusieurs points aux constats et aux recommandations du rapport de la commission Clair<sup>33</sup>.

Aux États-Unis, les rôles avancés sont répandus et réglementés dans les 50 États. Environ 60 000 infirmières exercent en première ligne ou dans des centres hospitaliers spécialisés ou ultraspécialisés auprès de clientèles adultes, pédiatriques et obstétricales. Fait à noter, l'ensemble des États américains confère un pouvoir d'ordonnance de médicaments aux infirmières de pratique avancée. De ce nombre, 42 incluent les substances contrôlées. Au Canada, les provinces qui réglementent cette pratique permettent également la prescription de médicaments.

### 3.4.2 Ailleurs dans le monde

Au Royaume-Uni, les infirmières praticiennes exercent principalement dans les services de première ligne, malgré l'absence de réglementation. Ces infirmières posent des diagnostics, prescrivent des médicaments et traitent des problèmes courants de santé. Des démarches sont

présentement entreprises par le United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting pour réglementer le rôle de l'infirmière praticienne au Royaume-Uni (voir l'annexe 3, fiche 1).

Depuis novembre 2000, en Australie, le New South Wales est la première province à avoir légalisé le rôle d'infirmière praticienne, et des projets de démonstration sont présentement en implantation. La loi reconnaît et protège le titre d'infirmière praticienne et l'autorise à prescrire une catégorie limitée de médicaments. La province du Western Australia expérimente le rôle de l'infirmière praticienne en région (voir l'annexe 3, fiche 2).

En Nouvelle-Zélande, un projet de loi visant à réglementer le rôle de l'infirmière praticienne a été proposé en octobre 2000. Selon ce projet, l'infirmière exerce dans le secteur des services ambulatoires, des soins aigus et de longue durée. Elle pose des diagnostics, prescrit des médicaments, prescrit et interprète des tests diagnostics (voir l'annexe 3, fiche 3).

### **3.5 La proposition de modification de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers***

#### **3.5.1 Le champ descriptif de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne**

Le Bureau de l'OIIQ considère de la plus haute importance que la légalisation de la pratique avancée se situe dans le prolongement de la pratique actuelle des infirmières. Cette légalisation est avant tout une question d'intérêt public. Par ailleurs, elle soutiendra la motivation des infirmières à faire reconnaître leurs compétence et expertise. De plus, elle les stimulera à progresser dans leur carrière et obligera un ajustement des programmes de formation universitaire. D'ailleurs, un communiqué de presse récent du gouvernement de la Saskatchewan souligne que cela peut être une mesure de valorisation des infirmières susceptible de créer de l'attraction dans la profession et de réduire ainsi la pénurie.

Compte tenu de la spécificité du rôle exercé par l'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne par rapport à l'ensemble des infirmières, il y a lieu d'inclure un champ descriptif dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* afin que le public puisse connaître la nature de ce rôle, ce qui le caractérise et ce qui le distingue de celui exercé par les infirmières en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.

### **Proposition de champ descriptif de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne**

L'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne exercent des rôles cliniques qui s'inscrivent dans le prolongement de la pratique infirmière. En plus des fonctions liées à l'exercice infirmier, elles enrichissent leur évaluation de l'état de santé physique et mentale, notamment en prescrivant et en interprétant des examens et des tests diagnostiques. Elles diagnostiquent des problèmes de santé et les traitent en prescrivant des médicaments et des traitements médicaux. Elles posent des actes médicaux à haut risque propres à leur domaine de pratique.

L'infirmière spécialisée pratique en étroite collaboration avec les médecins spécialistes dans des établissements de deuxième et de troisième ligne. Elle assure les soins et les traitements médicaux des patients souffrant de problèmes de santé complexes chroniques et stables ou lors d'épisodes aigus de leur problème de santé. Elle prend en charge le plan thérapeutique médical des patients dont l'état de santé est jugé critique ou instable et détecte précocement les signes de complications.

En collaboration avec le médecin omnipraticien œuvrant en première ligne, l'infirmière praticienne diagnostique et traite les patients de tout âge présentant des problèmes de santé courants. Elle assure le suivi du plan thérapeutique médical de certaines clientèles atteintes de maladies chroniques et stables incluant les épisodes aigus de leur problème de santé.

En plus de détenir une formation universitaire en sciences infirmières, l'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne possèdent des connaissances et des habiletés avancées propres au domaine de pratique clinique, notamment sur les plans de l'évaluation clinique, du diagnostic, de la physiopathologie et du traitement pharmacologique et non pharmacologique.

#### **3.5.2 La réserve des titres professionnels : infirmière spécialisée et infirmière praticienne**

Afin de permettre au public de reconnaître les infirmières qui exercent comme infirmières spécialisées dans des domaines de spécialité et en soins de santé primaires, il y a lieu de déterminer les titres professionnels correspondant à ces rôles et de les réserver aux infirmières titulaires d'un certificat de spécialiste, comme prévu dans le *Code des professions*.

Il y a lieu de réserver deux titres compte tenu des conditions d'obtention et des modalités de collaboration différentes avec les médecins. De façon plus spécifique, le titre d'infirmière spécialiste sera réservé pour les infirmières spécialisées dans des domaines de spécialité. Le titre d'infirmière praticienne devra être réservé dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* pour les infirmières spécialisées en soins de santé primaires.

En ce qui a trait à l'infirmière clinicienne spécialisée, ce titre n'a jamais été réglementé au Québec étant donné que son rôle, fort diversifié, a évolué jusqu'à maintenant à l'intérieur du champ de l'exercice infirmier.

### 3.5.3 La réserve d'activités professionnelles de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne

En raison du risque de préjudice associé à l'exercice des activités de diagnostic et de traitement, des activités professionnelles doivent être réservées à l'infirmière spécialisée et à l'infirmière praticienne. Ces activités font appel à des connaissances et à des habiletés propres au domaine de pratique et ne font pas partie du champ d'interventions habituel de l'infirmière détenant un permis régulier d'exercice.

#### Proposition d'activités professionnelles à réserver à l'infirmière spécialisée et à l'infirmière praticienne

Il s'agit d'une réserve d'activités exprimées de façon générale dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. L'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne ne peuvent exercer leur réserve d'activités que dans leur domaine de pratique respectif. Les activités sont :

- Diagnostiquer des problèmes de santé.
- Prescrire et interpréter des examens et des tests diagnostiques.
- Prescrire et effectuer des traitements médicaux.
- Prescrire et ajuster des médicaments.

Compte tenu des priorités identifiées au Québec, nous pouvons cibler huit domaines de pratique où l'infirmière spécialisée peut intervenir, à savoir :

- la cardiologie ;
- la gériatrie ;
- la néonatalogie ;
- la néphrologie ;
- les soins périopératoires ;
- la psychiatrie ;
- l'urgence ; et
- les soins critiques.

Mais d'ores et déjà, d'autres domaines de pratique pourront faire l'objet d'encadrement similaire, telles l'oncologie, la périnatalité, la pédiatrie et la santé des femmes.

Quant à l'infirmière praticienne, son expertise lui permet d'œuvrer dans les domaines de soins de santé primaires tant en milieu urbain et rural qu'en région isolée.

Les fiches 4 à 11 de l'annexe 3 présentent, à titre indicatif, des éléments de contexte de pratique, des clientèles visées ainsi que des exemples d'activités professionnelles de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne. Des projets réalisés dans des milieux de soins, tels le St. Michael's Hospital en Ontario et le Beth Israel Medical Center de New York, ont servi de référence pour décrire les activités professionnelles de l'infirmière spécialisée en cardiologie, et les 20 projets-pilotes mis en place par le gouvernement ontarien ont permis de cerner la contribution des infirmières spécialisées en gériatrie. En psychiatrie, le projet-pilote du Public General Hospital du Chatham Kent Health Alliance de l'Ontario, entre autres, a servi de référence. Pour la pratique des infirmières spécialisées à l'urgence, les projets de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, des États-Unis, et du Royaume-Uni ont tous été éclairants. Quant à la pratique des infirmières praticiennes, l'Ontario sert indubitablement de référence.

#### **3.5.4 Les modalités d'application**

En collaboration avec le Collège des médecins du Québec, les différents domaines de pratique devront être définis de même que les conditions d'expérience et de formation requises pour exercer les rôles d'infirmière spécialisée et d'infirmière praticienne.

On recommande qu'en raison du risque de préjudice associé à l'exercice des activités de diagnostic et de traitement inhérents aux responsabilités de ces infirmières, ces activités soient réservées à des infirmières détenant un certificat de spécialiste. La réserve du titre confirme que ces infirmières possèdent une formation et des compétences additionnelles à celles exigées pour la délivrance du permis régulier d'exercice de la profession d'infirmière.

Les rôles d'infirmière spécialisée et d'infirmière praticienne impliquent une étroite collaboration avec l'équipe médicale. Pour ces motifs, les conditions associées à l'exercice de ces rôles doivent impliquer l'élaboration de mécanismes de collaboration avec les médecins. Divers projets de réglementation canadienne en cours notamment en Nouvelle-Écosse peuvent servir d'inspiration. Ces mécanismes permettent de préciser, en fonction des besoins du milieu, les paramètres et les modalités de la pratique de l'infirmière pour les activités de diagnostic et de traitement.

Pour les infirmières spécialisées, ces modalités pourraient être approuvées localement par les CMDP et les CII des établissements, après recommandation des chefs des services cliniques concernés. Quant aux infirmières praticiennes, ces modalités pourraient être adoptées provincialement.

## Références

1. American Nurses Association (1996). *Scope and Standards of Advanced Practice Registered Nursing*, Washington (D.C.), American Nurses Publishing.
2. Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000). *La pratique infirmière avancée : cadre national*, Ottawa, AIIC.
3. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 22-29.
4. *Ibid.*, p. 52-56.
5. *Ibid.*, p. 108-109.
6. *Ibid.*, p. 97.
7. *Ibid.*, p. 99-102.
8. *Ibid.*, p. 85.
9. Comité de travail de cardiologie tertiaire (2000). *Cardiologie tertiaire : situation actuelle, perspectives et propositions*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
10. *Ibid.*, p. 9, 14.
11. *Ibid.*, p. 62.
12. *Ibid.*, p. 93.
13. *Ibid.*, p. 62-63.
14. *Ibid.*, p. 12.
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Réseau québécois de cardiologie tertiaire : proposition de plan de travail, 2001-2003*, document de travail n° 2, Québec, MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires, p. 15.
16. Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2001). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 7.
17. *Ibid.*, p. 43.
18. *Ibid.*, p. 128, 137.
19. *Ibid.*, p. 43.

20. *Ibid.*, p. 136.
21. Letendre, F., et Mandeville, J. (1998). *Les infirmières spécialistes en néonatalogie : un exemple concret de pratique avancée en sciences infirmières*, rapport d'un projet d'innovation, Montréal, Université de Montréal—Faculté des sciences infirmières.
22. Claveau, M., Lamer, P., Morneault, L., et Outerbridge, E. (1997). *Neonatal Nurse Clinician Program*, Montréal, Montreal Children's Hospital.
23. Desrochers, J. (1999). *Analyse quantitative de l'impact de l'introduction d'un modèle de pratique infirmière avancée dans une unité tertiaire de soins intensifs de néonatalogie*, mémoire, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé.
24. *Symposium « Les soins en hémodialyse : nouvelles approches », Montréal, 30 mars 2000*, recueil de textes, Montréal, Association des néphrologues du Québec, Société québécoise de néphrologie.
25. Dagenais, J. (1999). *Impact de l'infirmière praticienne en hémodialyse*, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
26. Bolton, W.K. (1998). « Nephrology nurse practitioners in a collaborative care model », *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 31, n° 5, p. 786-793.
27. CLSC Côte-des-Neiges (2001). *L'infirmière de pratique familiale*, Montréal, le CLSC.
28. Gurekas, V., Bourget, G., et Bérubé, J. (2001). *L'intégration de l'infirmière praticienne au Centre de santé de Témiscaming : projet d'implantation*, document de travail, Témiscaming, Centre de santé de Témiscaming.
29. U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1986). *Nurse Practitioners, Physician Assistants and Certified Nurse-Midwives : A Policy Analysis*, Health Technology Case Study 37, OTA-HCS-37, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.
30. Brown, S.A., et Grimes, D.E. (1993). *Nurse Practitioners and Certified Nurse-Midwives : A Meta-analysis of Studies on Nurses in Primary Care Roles*, Washington (D.C.), American Nurses Publishing.
31. Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., et Leese, B. (2000). « Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care », *British Medical Journal*, vol. 320, n° 7241, p. 1048-1053.
32. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2000). *État de la réglementation de l'exercice infirmier au Canada et aux États-Unis*, Montréal, OIIQ.
33. Health Services Restructuring Commission (1999). *Primary Health Care Strategy*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario, la Commission.