

Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie

Lignes directrices



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ÉDITION

COORDINATION

Joël Brodeur, inf., M. Sc. adm.
D.E.S.S. Gestion et développement des organisations
D.E.S.S. Développement des organisations –
Gestion de l'amélioration et de la performance
Ceinture noire Lean Six Sigma
Directeur
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Caroline Roy, inf., M. Sc. inf.
Directrice adjointe, Pratique infirmière avancée et
relations avec les partenaires
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RECHERCHE ET RÉDACTION

Carol-Anne Langlois, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

SOUTIEN À LA RÉDACTION

France Laflamme, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Martine Maillé, inf., M. Sc. adm.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^e Amélie Proulx
Directrice adjointe, Réglementation
Direction, Affaires juridiques
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^e Linda Bélanger
Directrice adjointe
Direction des services juridiques
Collège des médecins du Québec

D^r Jean-Bernard Trudeau, M.D.
Secrétaire adjoint
Direction générale
Collège des médecins du Québec

Notes :

- Le terme « personne » utilisé dans le texte englobe également les notions de « patient », « résident », « client », « bénéficiaire » et « usager » ou son représentant légal, le cas échéant.
- Conformément aux politiques rédactionnelles respectives de l'OIIQ et du CMQ, le féminin inclut le masculin lorsqu'il est question des infirmières praticiennes spécialisées, et le masculin inclut le féminin lorsqu'il est question des médecins, et ce, en vue d'alléger le présent document.

PRODUCTION

RÉVISION LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge
Direction, Marketing et événements
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

DISTRIBUTION

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

Collège des médecins du Québec
Bureau 3500
1250, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 0G2
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MEDECIN
info@cmq.org
www.cmq.org

Ce document est disponible sur les sites de l'OIIQ et du CMQ.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

OIIQ : ISBN 978-2-89229-717-1 (PDF)
CMQ : ISBN 978-2-924674-17-8 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018
© Collège des médecins du Québec, 2018

Tous droits réservés

ADOPTION

Adopté par le Conseil d'administration

- de l'OIIQ : le 19 avril 2018
- du CMQ : le 6 avril 2018

Table des matières

Introduction	7
1 Offre de services de l’infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (IPSNN)	9
1.1 Clientèle visée	9
1.2 Lieux de pratique	10
1.2.1 Soins intensifs et urgence	11
1.3 Rôle et activités de l’IPSNN	11
1.3.1 Transfert interétablissement.....	12
1.3.1.1 Planification du transfert.....	12
1.3.1.2 Accompagnement lors du transfert	13
1.3.2 Suivi d’une maladie chronique	13
1.3.3 Activités relatives aux soins palliatifs	13
1.4 Activités médicales de l’IPSNN	14
1.4.1 Ordonnances.....	15
1.4.1.1 Ordonnance individuelle.....	15
1.4.1.2 Ordonnance collective.....	17
1.4.1.3 Niveau d’intervention médicale (NIM)	17
1.4.2 Congé hospitalier	17
1.4.3 Prescription des examens diagnostiques.....	18
1.4.4 Utilisation des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice.....	19
1.4.5 Prescription des médicaments ou d’autres substances.....	19
1.4.5.1 Ordonnance concernant les stupéfiants – Particularités.....	20
1.4.5.2 Prescription des médicaments contrôlés.....	21
1.4.6 Prescription des traitements médicaux	21
1.4.7 Utilisation des techniques ou application des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice	22

2	Partenariat et pratique de collaboration	23
2.1	Définition du partenariat.....	24
2.2	Facteurs clés pour un partenariat IPSNN-médecin réussi.....	24
2.3	Entente de partenariat	28
2.3.1	Rôle de l'entente de partenariat	28
2.3.2	Éléments du contenu de l'entente	29
2.3.2.1	Membres de l'équipe	29
2.3.2.2	Type de clientèle	29
2.3.2.3	Services ou soins qui sont offerts par l'IPSNN.....	30
2.3.2.4	Procédure à suivre pour les demandes d'intervention d'un médecin	30
2.3.2.5	Procédure à suivre pour les demandes de consultation médicale.....	32
2.3.2.6	Moyens de communication entre l'IPSNN et le médecin	33
2.3.2.7	Mécanismes de surveillance générale des activités médicales exercées par l'IPSNN.....	33
2.3.2.8	Modalités applicables à la révision ou à la modification de l'entente.....	33
2.3.2.9	Durée de l'entente et procédure de résiliation ou de renouvellement.....	34
2.3.2.10	Règles relatives à la conservation ou au transfert des dossiers lorsque l'entente de partenariat prend fin.....	35
2.4	Collaboration interprofessionnelle.....	35
2.4.1	Demande de service professionnel.....	36
2.4.2	Collaboration avec les autres classes de spécialités d'IPS	36
3	Aspects légaux et encadrement de la pratique de l'IPSNN	37
3.1	Cadre réglementaire	37
3.2	Conditions d'exercice.....	38
3.2.1	Partenariat.....	38
3.2.2	Déclaration d'exercice	39
3.3	Modalités applicables à la pratique de l'IPSNN en établissement	39
3.3.1	Directeur des soins infirmiers.....	39
3.3.2	Directeur des services professionnels	40
3.3.3	Chef de département clinique	40
3.4	Surveillance générale exercée par le médecin partenaire.....	40
3.5	Surveillance de l'exercice de l'IPSNN par les ordres professionnels.....	41
3.6	Stage/cours de perfectionnement applicable à l'IPSNN	42
3.7	Responsabilité professionnelle	42
3.8	Consentement aux soins	43
3.9	Assurance responsabilité professionnelle.....	43

3.10	Modalités de pratique applicables à l'étudiante infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (EIPSNN)	44
3.10.1	Supervision des activités médicales exercées par l'EIPSNN	44
3.11	Modalités de pratique applicables à la candidate infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (CIPSNN)	45
3.11.1	Supervision des activités médicales exercées par la CIPSNN	45
3.12	Comité consultatif	46
3.13	Exigences en matière de développement professionnel infirmier (DPI)	46
	Conclusion	48
	Glossaire	49
	Références	51
	Annexe 1 Exercer une activité médicale : schématisation du processus de réflexion ...	54
	Annexe 2 Éléments de l'entente de partenariat	55
	Annexe 3 Experts et organismes consultés.....	56

Liste des figures

Figure 1	Facteurs clés pour un partenariat IPSNN-MD.....	27
Figure 2	Éléments essentiels pour le développement d'un portfolio professionnel	47

Liste des tableaux

Tableau 1	Balises pour exercer des activités médicales.....	15
Tableau 2	Précisions quant aux ordonnances rédigées par une EIPSNN et une CIPSNN.....	16
Tableau 3	Éléments distinctifs des rôles et responsabilités de l'IPSNN et du médecin	26

Liste des acronymes

CIP	Comité d'inspection professionnelle
CIPS	Candidate infirmière praticienne spécialisée
CIPSNN	Candidate infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
DPI	Développement professionnel infirmier
DSI	Directeur des soins infirmiers
DSP	Directeur des services professionnels
EIPS	Étudiante infirmière praticienne spécialisée
EIPSNN	Étudiante infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSNN	Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
LII	Loi sur les infirmières et les infirmiers
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIM	Niveau d'intervention médicale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Introduction

Dix ans après l'entrée en vigueur des règlements encadrant la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), il s'est avéré nécessaire d'apporter des ajustements substantiels afin d'optimiser leur rôle professionnel et de contribuer davantage à la qualité des soins et services de santé offerts. Dans cette optique, des modifications importantes ont été adoptées aux règlements encadrant la pratique des IPS, notamment :

- *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée;*
- *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées.*

Les présentes lignes directrices ont été élaborées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) afin d'illustrer la réglementation qui encadre l'étendue des activités de l'IPS ainsi que la pratique de collaboration avec les médecins. Ce document n'a pas pour objectif de déterminer l'organisation des soins, mais constitue plutôt un guide visant à soutenir les IPS et les médecins dans leur travail, en fonction du milieu dans lequel ils évoluent.

L'IPS est une infirmière qui a complété une formation universitaire de deuxième cycle variant entre 70 et 75 crédits et qui a réussi un examen professionnel de spécialité en vue de détenir un certificat de spécialiste pour une catégorie de clientèle. Elle détient des connaissances et des habiletés de niveau avancé, ce qui lui permet de réaliser un processus de raisonnement clinique visant à répondre aux problèmes de santé d'une clientèle particulière, selon le contexte et les règlements en vigueur.

Les IPS combinent à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et l'exercice de cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII), soit :

1. prescrire des examens diagnostiques;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives 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 travaille en partenariat avec un ou plusieurs médecins. Ce partenariat doit être constaté par écrit.

Les présentes lignes directrices traitent du rôle de l'**IPSNN**. Le premier chapitre expose l'offre de services de l'IPSNN, la clientèle visée, les lieux de pratique ainsi que son rôle et ses responsabilités en matière d'activités médicales. Le deuxième chapitre traite des différents aspects liés au partenariat et à la pratique de collaboration, tout en intégrant les éléments relatifs à l'entente de partenariat entre l'IPSNN et le médecin partenaire. Le troisième et dernier chapitre explique les modalités liées aux aspects légaux et à l'encadrement de la pratique de l'IPSNN, y compris celle de l'étudiante et de la candidate IPSNN.

1

Offre de services de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (IPSNN)

Le rôle de l'IPSNN vise à améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins et services de deuxième et troisième lignes, et ce, en temps opportun, pour une clientèle néonatale. Pour y parvenir, l'offre de services de l'IPSNN combine à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et l'exercice d'activités médicales.

En vue d'exercer les activités médicales, l'IPSNN doit obligatoirement travailler en partenariat avec un médecin¹ qui exerce dans les domaines visés par sa pratique. Conséquemment, une IPSNN ne peut pas laisser croire qu'elle exerce sans partenariat avec un médecin. L'IPSNN et le médecin doivent donc informer leur clientèle de leur pratique en partenariat.

1.1 Clientèle visée

L'IPSNN assure des soins infirmiers et exerce des activités auprès de nouveau-nés prématurés ou à terme qui présentent un problème de santé complexe (chronique, aigu ou critique), faisant l'objet minimalement d'un diagnostic provisoire. Les besoins de cette clientèle, en termes de soins de santé, pouvant être influencés par la structure, le fonctionnement et le développement de la famille, l'IPSNN offre ses services en étroite partenariat avec les parents², mais aussi avec les proches et la communauté. La clientèle suivie par l'IPSNN doit être en concordance avec la pratique clinique du médecin partenaire.

¹ Le terme « un médecin » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte. Le terme englobe, tout au long du texte, autant le partenariat avec un ou plusieurs médecins, un ou des départements qu'un ou des services cliniques.

² Le terme « parent » utilisé dans le texte englobe les notions de « représentant légal », « d'autorité parentale » ou de « tuteur », le cas échéant.

1.2 Lieux de pratique

L'IPSNN exerce dans un centre hospitalier, y compris les cliniques externes, de deuxième ligne et de troisième ligne et où pratique obligatoirement un médecin. Les lieux de pratique de l'IPSNN doivent être en concordance avec ceux du médecin partenaire.

L'IPSNN intervient donc auprès des nouveau-nés qui requièrent (ou ont requis) une admission aux soins intensifs ou intermédiaires néonataux et de leurs parents à différents stades de la période périnatale. Par exemple, l'IPSNN est en mesure d'intervenir :

- lors de la consultation prénatale en collaboration avec un médecin;
- au moment de la naissance, lors de la prise en charge du nouveau-né prématuré ou à terme présentant des complications;
- aux soins intensifs ou intermédiaires néonataux afin d'assurer la prise en charge et le suivi du nouveau-né et de sa famille;
- à la clinique externe de néonatalogie pour le suivi du développement du nouveau-né.

Elle intervient donc en différents lieux déterminés par :

- les besoins du nouveau-né en termes de suivi et de prise en charge d'un problème de santé complexe (chronique, aigu ou critique);
- la possibilité, pour l'IPSNN, de mettre à profit ses compétences infirmières avancées en évaluation clinique, en pharmacologie et en physiopathologie;
- la possibilité, pour l'IPSNN d'utiliser les cinq activités médicales qu'elle peut exercer en vertu de l'article 36.1 de la LII et du *Règlement les infirmières praticiennes spécialisées*.

Les services de deuxième ligne « comprennent des services d'assistance, de soutien et d'hébergement³ ainsi qu'un ensemble de services de santé principalement spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure complexe en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques »⁴. Ils s'adressent aux nouveau-nés qui présentent « une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociales ainsi qu'aux [nouveau-nés] ayant des problèmes de santé complexes, lesquels ne peuvent être résolus par les soins de première ligne »⁵.

Les services de troisième ligne offrent un niveau de soins « ultraspécialisés [et] s'adressent [aux nouveau-nés] ayant des problèmes de santé très complexes ou dont la prévalence est très faible »⁶.

³ L'hébergement d'un nouveau-né dans des services de deuxième ligne renvoie au séjour dans un établissement.

⁴ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, art. 2 (5°).

⁵ *Ibid.*

⁶ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, art. 2 (6°).

1.2.1 Soins intensifs et urgence

L'IPSNN peut, dans des circonstances particulières, exercer des activités médicales à l'urgence d'un centre hospitalier exploité par un établissement. Ainsi, considérant l'importance d'améliorer la trajectoire de soins, l'IPSNN peut répondre aux demandes de consultation du service des urgences lorsque ces demandes visent le suivi ou la prise en charge de la clientèle propre à sa classe de spécialité. Un diagnostic provisoire devra minimalement avoir été établi préalablement par un médecin et les modalités de collaboration avec un médecin partenaire quant à la précision du diagnostic final devront être respectées. Le service d'urgence ne peut pas être le seul lieu d'exercice de l'IPSNN, l'activité principale de l'IPSNN devant demeurer le suivi et la prise en charge de la clientèle.

Compte tenu des lieux de pratique visés, il est important que l'IPSNN soit en mesure d'intervenir lorsque le nouveau-né présente un problème mettant subitement sa vie en danger, entre autres lors d'arrêt cardiorespiratoire. Conformément à l'article 5 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* et à l'article 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'IPSNN devra acquérir et maintenir ses compétences professionnelles en réanimation néonatale par l'obtention d'une attestation en réanimation délivrée par la Société canadienne de pédiatrie.

1.3 Rôle et activités de l'IPSNN

L'IPSNN a enrichi ses connaissances propres à la discipline infirmière, en plus d'avoir acquis des compétences grâce auxquelles elle peut accomplir certaines activités relevant de la pratique médicale, ce qui lui permet d'assurer un fort leadership intraprofessionnel et interprofessionnel. Ces habiletés de collaboration sont nécessaires à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de la sécurité et de la qualité des services.

Par son rôle de praticienne spécialisée en néonatalogie, elle met à profit son expertise professionnelle pour contribuer à l'amélioration des trajectoires de soins, de l'organisation des services, de la mise en place de pratiques cliniques appuyées par les résultats probants et de la prévention de la fragmentation des soins. Elle peut également accompagner les infirmières qu'elle côtoie dans le développement de leur rôle, collaborer à la formation de futures IPS par l'enseignement universitaire et la supervision de stage, contribuer à des projets de recherche touchant sa pratique et celle de son équipe et concourir au développement du rôle de l'IPS avec différentes instances décisionnelles (ordres professionnels, MSSS, directions partenaires, etc.).

La pratique clinique étant au cœur de ses activités, l'IPSNN y consacre la majorité de son temps. Lors de soins directs au nouveau-né, elle procède à l'évaluation avancée de l'état de santé en privilégiant une approche globale qui tient compte de la compréhension et de l'analyse des dimensions biologique, physique, mentale, psychologique, sociale et spirituelle, ainsi que des déterminants de santé propres au nouveau-né et à sa famille.

De plus, de par ses connaissances avancées en physiopathologie, en évaluation physique et en pharmacologie, elle possède les compétences nécessaires pour prescrire et interpréter des examens diagnostiques, prescrire des traitements médicaux et pharmacologiques et appliquer des techniques invasives à des fins diagnostiques et thérapeutiques. La vulnérabilité inhérente à la clientèle suivie par l'IPSNN exige qu'elle intègre consciemment des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des blessures à sa pratique quotidienne.

En matière de défense d'intérêt, l'IPSNN :

- sait reconnaître les facteurs de risques et les signes de maltraitance;
- est tenue, à titre de professionnelle qui prodigue des soins à des enfants, de se conformer à l'obligation de signalement prévue aux articles 39 et 39.1 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*;
- valorise et favorise le développement des compétences parentales;
- promeut le juste accès aux soins de santé.

Il est entendu que l'IPSNN joue un rôle prédominant dans l'accompagnement des familles. En utilisant des stratégies et des approches reconnues, elle documente l'information relative à la structure, au développement et au fonctionnement de la famille et vise à mobiliser les compétences, les capacités, l'expertise et les croyances des proches et de la famille quant à la gestion de la santé et de la maladie.

Ayant développé des compétences avancées en éducation à la santé et en communication, elle est en mesure de créer une relation de partenariat avec les parents. Cela lui permet d'individualiser les stratégies et les approches visant le développement des capacités d'autosoins et la modification d'habitudes de vie pour favoriser la santé.

Enfin, pour des situations de soins parfois complexes, l'IPSNN fait preuve de jugement clinique et est compétente pour effectuer un processus de raisonnement clinique lui permettant de contribuer à la résolution de problèmes, y compris l'élaboration d'hypothèses pouvant mener à une impression clinique. L'IPSNN s'assure du respect des droits du nouveau-né, de ses parents, de la famille et de la collectivité à travers les différents processus décisionnels et la résolution de dilemmes éthiques. Il est reconnu que les parents doivent être informés et respectés, avoir accès à des soins et des services de qualité et pouvoir exprimer leurs besoins et leurs préoccupations.

1.3.1 Transfert interétablissement

L'IPSNN peut contribuer au transfert interétablissement en assurant la planification ou l'accompagnement, selon les modalités prévues par l'établissement. Soulignons que malgré la contribution de l'IPSNN à la planification du transfert, la décision de procéder à celui-ci devra être prise par un médecin puisqu'il est celui qui en assume la responsabilité. En effet, en vertu de l'article 33 du *Code de déontologie des médecins*, le médecin qui dirige un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient tant qu'il n'a pas eu la confirmation que cet autre médecin a pris en charge le patient.

1.3.1.1 Planification du transfert

Dans un souci de continuité des soins, l'IPSNN contribue à la planification du transfert en :

- collaborant à la décision de transférer;
- collaborant à la détermination du type d'accompagnement approprié, le tout basé sur les politiques d'établissement et le guide publié à ce sujet par le CMQ (1998);
- révisant le dossier clinique afin de s'assurer de la mise à jour des divers plans d'intervention et du transfert de l'information clinique pertinente aux techniciens ambulanciers paramédics (TAP) ou à tout autre intervenant, le cas échéant, et à l'équipe clinique qui prendra en charge le nouveau-né.

1.3.1.2 Accompagnement lors du transfert

L'IPSNN peut accompagner le nouveau-né, avec ou sans la présence d'autres professionnels, lorsque l'état clinique est instable et requiert l'accompagnement par une IPSNN en raison des risques associés au transport. Il est important pour l'IPSNN de bien comprendre les particularités de travailler dans un environnement préhospitalier, différent de son milieu habituel. Lorsque la situation le requiert, elle doit surtout être en mesure d'exercer des activités médicales, de mettre à profit ses compétences liées à la pratique infirmière avancée et de communiquer avec un médecin ou l'équipe clinique, au besoin.

1.3.2 Suivi d'une maladie chronique

Avant que n'ait lieu le suivi d'une maladie chronique, celle-ci doit faire l'objet :

- d'un diagnostic établi par un médecin;
- d'un plan de traitement médical précisant les résultats souhaités.

Ainsi, dans le cadre de son suivi clinique, l'IPSNN prescrit, ajuste, renouvelle ou cesse les médicaments pour les nouveau-nés qui présentent des maladies chroniques dont le diagnostic est établi dans le cadre du suivi conjoint qu'elle assure avec un médecin partenaire.

Le diagnostic peut avoir été établi par un médecin qui n'est pas un médecin partenaire de l'IPSNN. Par exemple, une IPSNN pourrait prescrire une nouvelle médication pour un suivi initialement débuté par un médecin parce que les cibles des objectifs thérapeutiques ne sont pas atteintes ou qu'il y a présence d'effets indésirables.

Rappelons que le médecin est le seul professionnel habilité de par sa formation, ses compétences et son expérience clinique, à élaborer un diagnostic différentiel qui pourra lui permettre ultimement d'établir un diagnostic provisoire ou final.

1.3.3 Activités relatives aux soins palliatifs

L'IPSNN peut exercer des activités médicales auprès de la clientèle qui requiert des soins palliatifs si les conditions suivantes sont réunies :

- le diagnostic de la condition terminale a été confirmé par le médecin;
- le médecin estime que le pronostic du nouveau-né est réservé;
- un plan de traitement médical précisant les objectifs souhaités a été établi par le médecin partenaire.

Avant de commencer une sédation palliative, le médecin partenaire doit obligatoirement être impliqué dans la décision.

L'encéphalopathie hypoxique-ischémique, les anomalies chromosomiques ou congénitales, les maladies métaboliques, neuromusculaires ou neurodégénératives, les infections et les divers traumatismes sont les principales conditions des nouveau-nés à qui sont dispensés des soins de fin de vie.

Les soins palliatifs sont des soins complexes, complets et actifs, pour lesquels l'expertise de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire est mise à profit.

Le tandem IPSNN / médecin partenaire, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, accompagne la famille tout au long du parcours palliatif. À cette étape, les besoins de cette clientèle peuvent évoluer et se complexifier rapidement. Lors de la survenue

d'un nouveau problème ou en présence de symptômes réfractaires au plan de traitement médical initial, l'élaboration d'un diagnostic est souvent nécessaire pour optimiser les traitements médicaux. Le médecin partenaire devra alors réévaluer le nouveau-né, ajuster le plan de traitement puis poursuivre la prise en charge conjointe avec l'IPSNN. Afin d'assurer des soins et des services personnalisés, intégrés et continus, l'IPSNN et le médecin partenaire devront planifier un mode de communication interactif et soutenu.

1.4 Activités médicales de l'IPSNN

En vertu de l'article 36.1 de la LII et du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, en plus des activités propres à la profession d'infirmière, l'IPSNN peut exercer les cinq activités médicales suivantes :

1. prescrire des examens diagnostiques;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives 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.

Quelles que soient les activités médicales exercées par l'IPSNN, celle-ci a l'obligation de demander l'intervention du médecin partenaire dans les situations suivantes :

1. Les soins requis par le nouveau-né dépassent ses compétences, son domaine de soins ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité.
2. Les signes, les symptômes ou les résultats des examens diagnostiques indiquent que l'état de santé du nouveau-né s'est détérioré, et elle n'est plus en mesure d'en assurer le suivi.
3. Les résultats escomptés de la thérapie ne se sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte, selon le cas, et le nouveau-né ne répond pas au traitement habituel.

L'encadrement réglementaire fait en sorte que la pratique de l'IPSNN n'est pas limitée à une liste de médicaments, d'examens diagnostiques, de traitements médicaux et de techniques invasives à des visées diagnostiques ou de traitement. Toutefois, certaines balises encadrent la pratique de ces activités médicales.

Tableau 1 Balises pour exercer des activités médicales

Pour exercer une activité médicale, l'IPSNN doit s'assurer qu'elle a la compétence nécessaire à sa réalisation, à la surveillance clinique et au suivi clinique requis.

De plus, l'IPSNN doit s'assurer que l'activité médicale :

- concorde avec sa classe de spécialité;
- concorde avec le domaine d'activité du médecin partenaire;
- est requise par l'état de santé du nouveau-né;
- est conforme aux résultats probants*.

* Se référer au glossaire pour plus de détails.

De plus, la décision d'exercer ou non une activité médicale repose sur un processus de réflexion illustré à l'annexe 1 et certains paramètres d'analyse tirés du *Cadre d'analyse des demandes de partage d'activités médicales* (CMQ, 2017a). Voici les principaux paramètres à considérer :

L'activité médicale impliquant un diagnostic en cours de réalisation ne peut pas être effectuée par l'IPSNN.

- Complexité technique de l'activité professionnelle visée.
- Complexité clinique de l'activité professionnelle visée.
- Type de prise en charge et de surveillance clinique requis.
- Risques de préjudice associés à l'activité professionnelle.
- Niveau d'atteinte à l'intégrité physique.
- Gravité et fréquence des complications associées à l'activité.
- Capacité du professionnel à gérer les complications.

En cas de doute sur la possibilité d'effectuer une activité, l'IPSNN devrait s'abstenir de l'exercer et consulter son médecin partenaire. Si le doute persiste, tant de la part de l'IPSNN que du médecin partenaire, ils doivent communiquer avec leur ordre professionnel respectif afin d'obtenir des précisions.

1.4.1 Ordonnances

1.4.1.1 Ordonnance individuelle

L'IPSNN qui rédige ou délivre verbalement une ordonnance individuelle doit respecter les normes prévues à la section II du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*. Outre ce Règlement, l'IPSNN doit se référer au guide d'exercice intitulé *Les ordonnances individuelles faites par un médecin* (CMQ, 2016a) pour la rédaction de ses ordonnances. Soulignons que l'IPSNN doit aussi se conformer aux modalités entourant l'émission des ordonnances qui sont définies par les établissements, en vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*.

Outre ce qui est prévu au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, l'IPSNN doit toujours ajouter :

- son numéro de permis d'exercice de l'OIIQ;
- son numéro de prescripteur⁷;
- l'abréviation propre à sa situation professionnelle et à sa spécialité (IPSNN).
 - Par exemple : 81xxxx IPSNN

Les candidates et les étudiantes IPSNN doivent ajouter :

- leur situation professionnelle : un « C » lorsqu'elles sont candidates ou un « E » lorsqu'elles sont stagiaires;
- leur spécialité d'étude (néonatalogie).
 - Par exemple : 81xxxx CIPSNN ou 81xxxx EIPSNN

Tableau 2
Précisions quant aux ordonnances rédigées par une EIPSNN et une CIPSNN

EIPSNN	<ul style="list-style-type: none"> • La supervision des activités médicales exercées par une EIPSNN implique l'obligation pour le médecin ou l'IPSNN de contresigner l'ordonnance rédigée par celle-ci.
CIPSNN	<ul style="list-style-type: none"> • Seules les prescriptions de médicaments contrôlés doivent être contresignées par le médecin ou l'IPSNN qui la supervise.

Précision sur la notion d'ordonnance verbale

Afin d'éviter toute confusion, il importe d'être vigilant lorsqu'une ordonnance individuelle découlant d'une discussion entre le médecin partenaire et l'IPSNN est émise. En effet, la rédaction de l'ordonnance doit permettre d'identifier sans équivoque le prescripteur afin que le pharmacien puisse communiquer avec ce dernier en cas de nécessité. Ce qui implique que, dans certaines situations, l'IPSNN devrait inscrire l'ordonnance comme étant une ordonnance verbale du médecin partenaire.

L'IPSNN peut prescrire des interventions qu'un autre professionnel peut appliquer. Lorsqu'elle rédige une telle ordonnance, l'IPSNN doit demeurer disponible pour répondre aux demandes de cette personne ou lui apporter des précisions.

⁷ Utiliser uniquement les six premiers chiffres du numéro désigné par la RAMQ pour les ordonnances.

1.4.1.2 Ordonnance collective

Il revient au médecin de rédiger une ordonnance collective et d'être responsable de son contenu scientifique. L'IPSNN ne peut pas être responsable de l'élaboration ou de la validation d'une ordonnance collective. Par contre, elle peut collaborer avec le médecin pour la rédiger au même titre que l'équipe de soins. De plus, elle ne peut pas agir à titre de signataire ni de répondante pour une telle ordonnance puisqu'il s'agit d'une responsabilité médicale.

1.4.1.3 Niveau d'intervention médicale (NIM)⁸

« Les niveaux d'intervention médicale (NIM) désignent les préférences de la personne concernant les investigations, les soins ou les traitements à recevoir. » (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015)

La détermination d'un NIM est un acte médical. Une discussion sur le sujet doit avoir lieu entre les parents et le médecin lorsque ce dernier a effectué une évaluation médicale globale du nouveau-né et qu'il peut donner les informations nécessaires sur l'ensemble de ses diagnostics, y compris les investigations suggérées, les traitements possibles et le pronostic global. Cette discussion devrait si possible se tenir en présence de l'IPSNN. Une note relatant les points les plus importants de cette rencontre doit être versée au dossier. Le choix d'un NIM traduit les valeurs et volontés exprimées par les parents en objectifs de soins. Contrairement à la croyance populaire, un NIM n'est pas l'équivalent d'un consentement. Devant un problème aigu, et même en présence d'un NIM, un consentement aux soins doit être obtenu des parents, avant d'effectuer une prise en charge du problème.

Même si la responsabilité finale du NIM incombe au médecin, l'IPSNN peut collaborer à ce processus notamment en amorçant la discussion sur le sujet, en s'assurant que les parents ont reçu toutes les informations nécessaires et en informant le médecin de toute situation où il pourrait être opportun de rediscuter le NIM.

1.4.2 Congé hospitalier

Au Québec, la réglementation encadrant la pratique ne permet pas à l'IPS de donner à la personne son congé hospitalier. Cette activité est régie par le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* qui prévoit que le congé, dans un centre hospitalier, doit être signé par un médecin ou le dentiste traitant.

Le congé étant un processus et non une activité isolée dans l'épisode de soins, l'IPSNN peut y contribuer activement dès l'admission. Tout au long de l'épisode de soins, elle communiquera régulièrement avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et les parents afin d'orienter le traitement vers une trajectoire de soins favorable à un rétablissement et au retour au milieu de vie.

Il est impératif que l'IPSNN prévoie des périodes d'échanges avec le médecin partenaire afin de s'assurer que l'évolution clinique du nouveau-né permet l'atteinte des objectifs établis au plan de traitement médical et, par le fait même, des étapes menant au congé.

⁸ Différents guides publiés par le Collège des médecins du Québec élaborent davantage sur le processus que le médecin doit compléter avec le patient pour parvenir à un choix de NIM.

Au moment où il autorise le congé, le médecin a la responsabilité de rédiger la note de départ qui comprend (CMQ, 2005) :

- la mise à jour de chacun des problèmes et des précisions sur l'état du patient lors de son départ;
- les diverses recommandations relatives aux problèmes présentés par le patient (ex. : orientation, rendez-vous).

Le médecin doit aussi rédiger, le cas échéant, une ordonnance de départ qui comprend :

- les médicaments prescrits, la posologie et la durée de l'ordonnance;
- le poids à la naissance et au congé;
- le type d'allaitement;
- la condition au congé;
- le résultat des examens complémentaires pertinents;
- les recommandations du médecin traitant;
- le suivi à effectuer à l'externe.

1.4.3 Prescription des examens diagnostiques

L'IPSNN peut prescrire des examens diagnostiques pour les indications de base dans sa spécialité.

La prescription d'un examen diagnostique vise à :

- confirmer la présence d'un problème de santé, d'une condition médicale ou d'une blessure;
- choisir le traitement le plus approprié;
- effectuer une surveillance ou un suivi requis;
- procéder à divers dépistages.

Lorsqu'elle prescrit des examens diagnostiques, l'IPSNN a la responsabilité :

- d'expliquer aux parents la nécessité et la finalité de l'examen;
- d'analyser les résultats, et au besoin, d'en discuter avec le médecin partenaire;
- de communiquer les résultats aux parents et aux autres professionnels de la santé impliqués dans les soins du nouveau-né;
- de s'assurer qu'un résultat récent du même examen diagnostique n'est pas autrement disponible⁹;
- de s'assurer du suivi adéquat des examens diagnostiques prescrits.

Il importe de rappeler que l'interprétation finale des examens radiologiques, des examens échographiques et de l'électrocardiogramme relève de la responsabilité d'un médecin. Malgré tout, l'IPSNN peut amorcer un traitement avant l'interprétation finale de l'examen.

⁹ Il peut être pertinent de répéter certains tests malgré leur caractère récent lorsque la situation le justifie et le requiert pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

1.4.4 Utilisation des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice

L'IPSNN peut prescrire et utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice pour les indications de base dans sa spécialité.

L'utilisation des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice vise à :

- confirmer la présence d'un problème de santé, d'une condition médicale ou d'une blessure;
- choisir le traitement le plus approprié;
- effectuer une surveillance ou un suivi requis;
- procéder à divers dépistages.

Lorsqu'elle utilise des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice pour toute clientèle qui relève de sa classe de spécialité, l'IPSNN a la responsabilité :

- de s'assurer que l'indication de l'examen est conforme aux résultats probants;
- de s'assurer que l'examen pertinent est fait au moment opportun selon la situation clinique;
- de s'assurer que les mesures choisies sont appropriées et proportionnées à la situation clinique;
- d'expliquer les motifs de l'utilisation et la procédure aux parents et de s'assurer de leur compréhension;
- de déterminer et d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis, en plus de détecter rapidement les signes de complications, en collaboration, le cas échéant, avec l'équipe de soins;
- d'intervenir avec diligence et compétence pour gérer les complications et d'aviser le médecin partenaire de ses interventions;
- de communiquer aux parents les résultats de l'intervention.

1.4.5 Prescription des médicaments ou d'autres substances

L'IPSNN prescrit, ajuste, renouvelle et cesse les médicaments ou d'autres substances pour les indications de base dans sa spécialité.

L'IPSNN peut prescrire tout médicament ou toute substance lorsque la rédaction d'une ordonnance est une condition pour la vente ou la disponibilité au Québec¹⁰. De même, l'IPSNN peut prescrire ou recommander un médicament en vente libre, pour autant que son utilisation soit conforme aux résultats probants. De plus, elle peut prescrire un médicament composé de plus d'une substance ainsi que les vaccins.

Comme c'est le cas pour le médecin, l'ordonnance individuelle visant un médicament est valide pour une durée maximale de 24 mois à compter de sa signature, à moins d'indication contraire¹¹.

¹⁰ Il est à noter que l'IPS ne peut pas prescrire, ni ajuster, ni renouveler le cannabis thérapeutique, y compris ses préparations et ses dérivés.

¹¹ *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, art. 11.

Lorsque l'IPSNN prescrit un médicament ou d'autres substances, elle vise à :

- prévenir, traiter, stabiliser ou soulager un problème de santé, une symptomatologie, une condition médicale ou une blessure.

Lorsqu'elle prescrit des médicaments ou d'autres substances, l'IPSNN a la responsabilité :

- de choisir le médicament ou la substance appropriée à la condition de santé, en tenant compte de l'histoire pharmaceutique et non pharmaceutique;
- d'expliquer aux parents la justification du choix du médicament, les effets thérapeutiques attendus, les effets secondaires éventuels, les précautions à prendre et l'impact sur sa vie quotidienne;
- d'évaluer les effets de la thérapie médicamenteuse;
- d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis par l'état de santé;
- d'assurer le suivi des effets indésirables et des interactions, de les déceler, de les prévenir et de les traiter si nécessaire.

1.4.5.1 Ordonnance concernant les stupéfiants¹² – Particularités

Dans le cas des stupéfiants, l'IPSNN doit se conformer à la législation fédérale qui règlemente l'usage des narcotiques et des drogues au Canada¹³. Ainsi, l'IPSNN ne peut pas prescrire de stupéfiants par ordonnance verbale (ex. : morphine), à moins qu'il ne le soit permis en vertu du *Règlement sur les stupéfiants*. À titre de référence, le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPS) énumère les médicaments pouvant être considérés comme des stupéfiants d'ordonnance verbale. Par ailleurs, l'IPSNN n'est pas autorisée à prescrire les substances énumérées à l'article 4(2) du *Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens*, lesquelles incluent notamment les stéroïdes anabolisants et leurs dérivés, l'opium, la diacétylmorphine (héroïne) et la feuille de coca.

¹² Depuis le 21 novembre 2012, la réglementation fédérale (*Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens* découlant de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*) permet aux IPS de prescrire les médicaments contrôlés, notamment les narcotiques et les benzodiazépines.

¹³ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*;
Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées;
Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens;
Règlement sur les stupéfiants.

1.4.5.2 Prescription des médicaments contrôlés

Lorsque l'IPSNN prescrit des médicaments contrôlés, elle doit le faire de façon sécuritaire, prudente et diligente, car ceux-ci peuvent provoquer de la dépendance, de la tolérance ou des symptômes dus au sevrage, et divers effets secondaires. L'évaluation et le suivi clinique sont des étapes importantes pour ne pas compromettre la sécurité du nouveau-né.

Lorsqu'elle prescrit des médicaments contrôlés, l'IPSNN a la responsabilité :

- d'évaluer la possibilité de prescrire une approche pharmacologique ou non pharmacologique scientifiquement reconnue avant de prescrire un médicament contrôlé;
- de clarifier les attentes et les croyances des parents par rapport aux effets thérapeutiques de la médication;
- de procéder à l'enseignement pour prévenir ou traiter les effets indésirables de la médication;
- d'individualiser la posologie en limitant la quantité de médicaments prescrits à celle qui est strictement nécessaire;
- d'évaluer les effets de la thérapie médicamenteuse;
- d'évaluer les signes et symptômes de dépendance et de réviser le plan de traitement si nécessaire;
- de surveiller rigoureusement les ordonnances des médicaments contrôlés;
- d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis par la condition de santé;
- de procéder au sevrage de la médication, au besoin, avant de la cesser.

Méthadone et traitements pour les troubles liés à l'usage des opioïdes

Aux fins d'assurer une pratique sécuritaire, des règles encadrant la prescription de la méthadone et des traitements pour les troubles liés à l'usage des opioïdes sont à définir. D'ici à ce que les règles soient établies entre les ordres concernés, les IPS devraient s'abstenir de prescrire tout traitement.

1.4.6 Prescription des traitements médicaux

L'IPSNN peut prescrire, appliquer, ajuster ou cesser des traitements médicaux, fournitures, équipements ou appareils pour les indications de base dans sa spécialité.

La prescription des traitements médicaux vise à :

- prévenir, traiter, stabiliser ou soulager une symptomatologie associée à un problème de santé, une condition médicale ou une blessure;
- maintenir ou favoriser l'autonomie fonctionnelle, la santé et le bien-être.

Lorsque l'IPSNN prescrit un traitement médical, elle a la responsabilité :

- de s'assurer que le traitement est pertinent et efficace et qu'il s'appuie sur des résultats probants;
- d'expliquer aux parents le but du traitement, les effets thérapeutiques, la procédure, les effets secondaires et les complications possibles, ainsi que les précautions à prendre pendant le traitement;
- d'intervenir avec diligence et compétence lors de l'apparition de signes de complications et d'aviser le médecin partenaire de ses interventions;
- de déterminer et d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis, en plus de détecter rapidement les signes de complication et d'intervenir prestement si nécessaire, en collaboration, le cas échéant, avec l'équipe de soins.

1.4.7 Utilisation des techniques ou application des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice

L'IPSNN peut utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice pour les indications de base dans sa spécialité.

L'utilisation des techniques ou l'application des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice vise à :

- prévenir, traiter, stabiliser ou soulager une symptomatologie associée à un problème de santé, à une condition médicale ou à une blessure;
- surveiller l'évolution clinique d'une symptomatologie, d'un problème de santé, d'une condition médicale ou d'une blessure;
- maintenir ou favoriser l'autonomie fonctionnelle, la santé et le bien-être.

Lorsqu'elle utilise des techniques ou applique des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudices, l'IPSNN a la responsabilité :

- de s'assurer que l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux est faite au moment opportun selon la situation clinique;
- de s'assurer que les techniques ou les traitements médicaux choisis sont appropriés et proportionnés à la situation clinique;
- d'expliquer les motifs de l'utilisation de la technique ou du traitement médical aux parents et de s'assurer de leur compréhension;
- de déterminer et d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis, en plus de détecter rapidement les signes de complications, en collaboration, le cas échéant, avec l'équipe de soins;
- d'intervenir avec diligence et compétence lors de l'apparition de signes de complications et d'aviser le médecin partenaire de ses interventions;
- de communiquer aux parents les résultats de l'utilisation de la technique ou de l'application du traitement médical.

2

Partenariat et pratique de collaboration

Pour répondre aux besoins contemporains de santé de la population québécoise, les professionnels de la santé doivent rendre leur expertise accessible afin de développer une offre de service concertée, adaptée et centrée sur la personne et ses proches.

La collaboration interprofessionnelle et la prise en charge partagée dans un contexte de pratique collaborative contribuent à assurer la qualité et la sécurité des soins, améliorent l'accès aux soins et services de santé pour la population et facilitent la coordination et la continuité des soins pour la personne (OIIQ, CMQ et OPQ, 2015). Ce type de collaboration est défini comme « un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).

Conformément à l'article 46 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'IPS ne peut pas refuser de collaborer avec les professionnels du domaine de la santé qui donnent des soins, des traitements ou des services nécessaires au bien-être du nouveau-né. Le *Code de déontologie des médecins* prévoit également que le médecin a le devoir de collaborer et de communiquer avec les autres professionnels qui participent aux soins du patient (CMQ, 2017b).

Comme mentionné précédemment, pour exercer ses activités médicales, l'IPS doit établir un partenariat avec un médecin et travailler en partenariat avec ce dernier, dans le but notamment de promouvoir la collaboration interprofessionnelle et ainsi de rehausser la qualité et la sécurité des soins, en plus d'améliorer l'accès aux soins et aux services de santé. Conséquemment, une IPS ne peut pas laisser croire qu'elle exerce sans partenariat avec un médecin. L'IPS et le médecin doivent donc informer la clientèle de leur pratique en partenariat.

2.1 Définition du partenariat

Le partenariat se définit comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie professionnelle, acceptent de mettre en commun leurs expertises et leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié.

Le partenariat entre l'IPSNN et le médecin partenaire se concrétise par :

- une relation professionnelle fondée sur le respect de l'autre et la collégialité;
- des échanges et discussions qui consistent à planifier et à coordonner les interventions de façon concertée, personnalisée et continue afin de répondre aux besoins de la clientèle;
- un processus dynamique et continu d'interactions et d'apprentissages, fondé sur la reconnaissance des expertises mutuelles.

En somme, le partenariat entre l'IPSNN et le médecin partenaire est une relation de confiance, de réciprocité et de respect mutuel. Ainsi, il importe que leurs connaissances et compétences spécifiques soient utilisées à leur plein potentiel.

La plupart du temps, le partenariat s'établira entre deux professionnels partageant le même lieu d'exercice afin de faciliter les communications et le partage des responsabilités entre l'IPSNN et le médecin partenaire tout au long du continuum de soins. Dans certaines situations particulières, le partenariat pourra s'établir à distance; cependant, il importe alors que des mécanismes soient mis en place pour permettre des interactions et des échanges réguliers et constants entre l'IPSNN et le médecin partenaire. Des rencontres périodiques en personne sont fortement recommandées. Finalement, les deux professionnels doivent aussi établir des corridors de services propres à assurer le suivi de la clientèle et le transfert des responsabilités entre l'IPSNN et le médecin partenaire lorsque requis.

2.2 Facteurs clés pour un partenariat IPSNN-médecin réussi

Afin de développer un partenariat IPSNN-médecin réussi et de tirer avantage d'une collaboration efficace et constructive, certaines conditions sont requises.

Un partenariat réussi :

- prend racine dans une volonté des professionnels concernés, de travailler ensemble dans un même but : celui d'atteindre des résultats de soins optimaux en collaboration avec la clientèle;
- s'inscrit dans une connaissance et une compréhension appropriées de la portée des rôles respectifs afin d'optimiser la pratique et les compétences propres à chacun. Ainsi, il importe que le rôle, les responsabilités et les domaines d'imputabilité respectifs soient explicites et clairement définis. Le tableau 3 présente sommairement des éléments distinctifs des rôles de chacun;
- implique l'instauration et le maintien d'un lien de confiance entre les professionnels. La confiance se bâtit sur l'assurance et la certitude que chaque professionnel est apte à exercer son rôle et ses responsabilités de façon compétente;

- nécessite la mise en place de mécanismes de communication efficaces. L'élaboration de processus de transmission d'informations et de prise de décisions cliniques permet d'assurer davantage de fluidité dans les relations interprofessionnelles. C'est pourquoi les modalités de communication sont enchâssées dans l'entente de partenariat afin d'identifier les mécanismes de communication à privilégier.

Tableau 3
Éléments distinctifs des rôles et responsabilités de l'IPSNN et du médecin

	Infirmière praticienne spécialisée	Médecin
Rôle	<ul style="list-style-type: none"> ● Procéder à une évaluation avancée de l'état de santé. ● Établir des hypothèses ainsi que des impressions cliniques. ● Déterminer les interventions thérapeutiques appropriées dans sa classe de spécialité. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Procéder à l'évaluation médicale. ● Établir le diagnostic et les diagnostics différentiels. ● Établir le plan de traitement médical.
Responsabilités partagées	<ul style="list-style-type: none"> ● Élaborer une entente de partenariat. ● Informer la famille du nouveau-né soigné de sa pratique en partenariat. ● Déterminer les activités qui relèvent de la compétence propre à chacun¹. ● Prévoir des rencontres formelles et sur une base régulière. 	
Responsabilités spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Adresser au médecin lorsque la situation clinique l'exige². <ul style="list-style-type: none"> ■ Les soins requis par le nouveau-né dépassent ses compétences ou son domaine de soins, ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité. ■ Les signes, les symptômes ou les résultats des examens diagnostiques indiquent que l'état de santé du nouveau-né s'est détérioré et qu'elle n'est pas en mesure d'en assurer le suivi. ■ Les résultats escomptés de la thérapie ne se sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte, selon le cas, et le nouveau-né ne répond pas au traitement habituel. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Répondre aux demandes d'intervention et aux demandes d'avis formulées par l'IPSNN conformément aux modalités convenues dans l'entente. ● Assurer une surveillance générale des activités médicales de l'IPSNN.

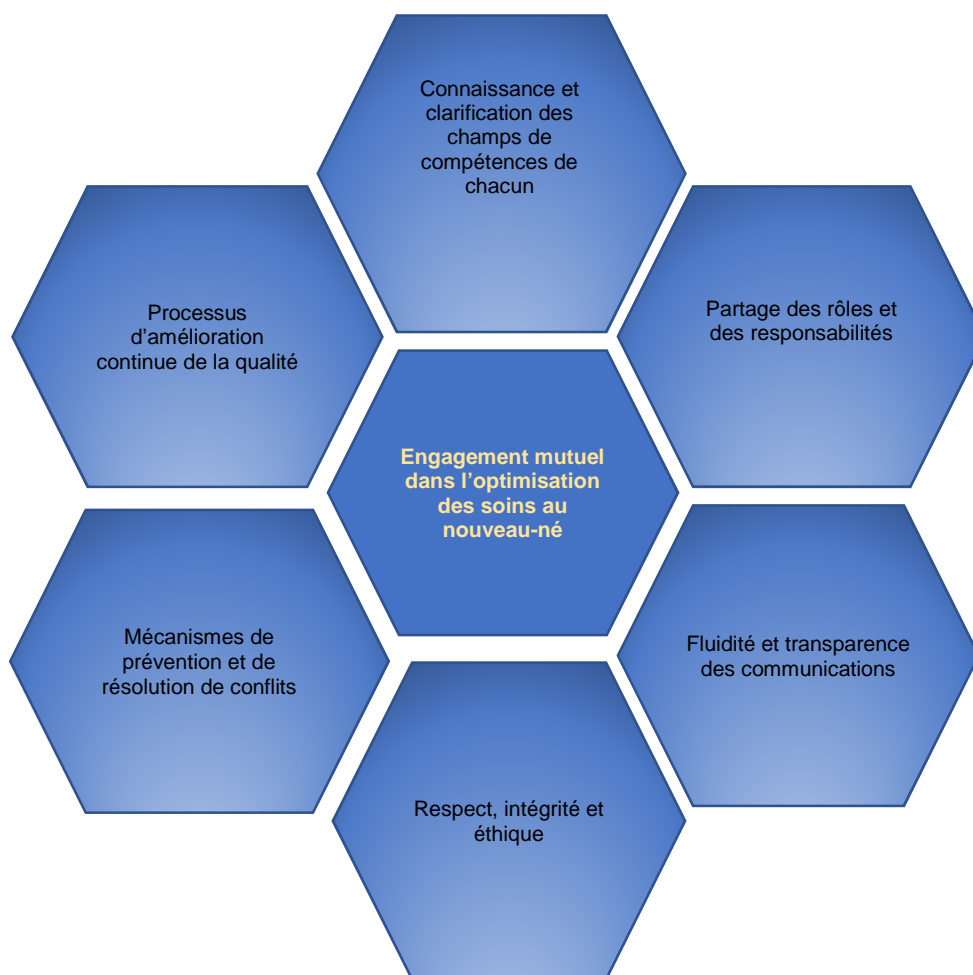
¹ La détermination des activités qui relèvent de la compétence propre à chaque partenaire s'effectue en considérant les aspects suivants :

- Les lois et règlements régissant la pratique;
- Ses devoirs et obligations déontologiques;
- Les outils mis à disposition : l'algorithme de réflexion inclus dans les présentes lignes directrices (voir l'annexe 1), ainsi que les paramètres d'analyse prévus à l'annexe 1 du *Cadre d'analyse des demandes de partage d'activités médicales* (CMQ, 2017a).

² Les motifs où l'IPS doit demander obligatoirement l'intervention du médecin partenaire sont énoncés à l'article 15 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*.

En somme, différents facteurs sont reconnus pour favoriser l'actualisation d'un partenariat optimal. Ces différents facteurs clés sont résumés à la figure 1.

Figure 1
Facteurs clés pour un partenariat IPSNN-MD



2.3 Entente de partenariat

Conformément au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, et ce, indépendamment du statut ou du lieu de pratique, l'IPSNN exerce les activités prévues à ce Règlement en partenariat avec un ou plusieurs médecins (membres actifs au Tableau du CMQ), un service ou un département. Ce partenariat doit être officialisé par une entente écrite. L'entente de partenariat est convenue entre l'IPSNN et le médecin partenaire. Il est fortement recommandé que les directeurs des soins infirmiers (DSI), directeurs des services professionnels (DSP) et autres directeurs, le cas échéant, participent aux discussions entourant l'élaboration de l'entente.

La présente section regroupe les différents éléments à prendre en considération pour clarifier les principes et modalités balisant le partenariat entre ces professionnels.

2.3.1 Rôle de l'entente de partenariat

L'entente de partenariat formulée par écrit constitue une entente formelle entre l'IPSNN et un ou plusieurs médecins, un département ou un service clinique, par laquelle ils conviennent de travailler en étroite collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs en matière de suivi de clientèle. Il s'agit d'une entente de collaboration entre des partenaires autonomes et non d'une relation de supervision comme lors d'un apprentissage formel dans le cadre académique.

L'entente de partenariat permet aux partenaires :

- de clarifier les principes et les modalités balisant la collaboration pour l'exercice des activités médicales;
- de clarifier les rôles et les responsabilités individuelles de chacun;
- d'identifier les processus de communication, de prise de décisions et de gestion de la clientèle dans le cadre de la pratique collaborative.
- d'identifier les mécanismes visant à assurer la continuité des soins et de permettre le maintien d'une pratique de proximité pour la clientèle.

Une entente de partenariat est un document évolutif que les partenaires peuvent modifier au fur et à mesure que la nature de leur collaboration évolue. Soulignons que l'entente de partenariat n'est pas un contrat de travail¹⁴ ni un contrat de société de personnes, puisque l'IPSNN n'est pas subordonnée aux médecins partenaires avec qui elle exerce. En réalité, l'entente de partenariat constitue une entente de collaboration formalisée. L'IPSNN peut établir un partenariat avec plus d'un médecin pour couvrir l'ensemble des activités qu'elle exerce, y compris avec un médecin spécialiste.

¹⁴ L'entente de partenariat entre une IPSNN et un ou plusieurs médecins, un service ou un département, 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 un contrat par lequel une personne s'oblige, pour un temps déterminé ou indéterminé et moyennant rémunération, à effectuer un travail sous la direction ou le contrôle d'une autre personne.

2.3.2 Éléments du contenu de l'entente

L'article 13 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* précise les éléments minimaux devant être prévus à l'entente de partenariat. Un tableau résumé se trouve en annexe 2. La section suivante aborde de manière plus spécifique chacun des éléments minimaux devant figurer à l'entente de partenariat.

2.3.2.1 Membres de l'équipe

Chaque membre de l'équipe doit être identifié. Ainsi, l'entente de partenariat doit préciser les partenaires visés par l'entente qui exerceront en collaboration, soit le nom de l'IPSNN et celui du médecin partenaire. Lorsque l'entente est conclue avec un département ou un service clinique, seul le chef de département ou de service est tenu de signer cette entente.

L'identification de chacun des professionnels partenaires comprend les informations suivantes :

Pour chaque médecin partenaire

- nom et prénom¹⁵;
- spécialité du médecin;
- numéro de permis;
- adresse du lieu d'exercice;
- numéros de téléphone, y compris le numéro résidentiel, le cellulaire et celui du téléavertisseur, le cas échéant.

Pour l'IPSNN

- nom et prénom;
- classe de spécialité et domaine de soins, le cas échéant;
- numéro de permis;
- nom de l'employeur.
- adresse du lieu d'exercice;
- numéros de téléphone, y compris le numéro résidentiel, le cellulaire et celui du téléavertisseur, le cas échéant.

2.3.2.2 Type de clientèle

L'entente de partenariat doit décrire les clientèles qui seront desservies par l'IPSNN et au besoin, celles qui sont exclues. Dans tous les cas, il s'agira de nouveau-nés prématurés ou à terme qui présentent un problème de santé complexe (chronique, aigu ou critique), faisant l'objet minimalement d'un diagnostic provisoire et qui requiert des soins de deuxième ou de troisième ligne.

Les caractéristiques permettant de cibler les types de clientèles doivent être définies.

¹⁵ Si l'entente est conclue avec un département ou un service clinique, seules les informations concernant le chef doivent y être inscrites.

2.3.2.3 Services ou soins qui sont offerts par l'IPSNN

Les services offerts en partenariat, les responsabilités et les rôles respectifs de l'IPSNN et du médecin partenaire doivent être décrits clairement. Ils doivent tenir compte des champs d'exercice respectifs de l'IPSNN et du médecin partenaire, lesquels sont établis par la législation et la réglementation provinciales. La portée des activités autorisées à l'IPSNN en vertu du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* est décrite dans le chapitre précédent.

Il importe de préciser que les services ou soins offerts par l'IPSNN doivent être en concordance avec la pratique clinique du médecin partenaire afin d'assurer la continuité des services et des soins. Par ailleurs, rien n'empêche une IPSNN de conclure une entente avec plusieurs médecins pour couvrir l'ensemble des services et soins qu'elle est légalement autorisée à dispenser.

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

Conformément à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, l'IPSNN peut, de façon autonome, procéder à l'évaluation de l'état de santé et au dépistage de problèmes de santé de la clientèle qui la consulte. L'entente doit refléter l'autonomie de l'IPSNN à cet égard.

Lorsqu'elle décèle un ou plusieurs problèmes de santé, l'IPSNN peut décider des examens, du traitement ou du suivi particulier à faire. Elle agit en toute autonomie à l'intérieur des conditions établies par le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*.

2.3.2.4 Procédure à suivre pour les demandes d'intervention d'un médecin

Dans l'exercice de ses diverses activités professionnelles, l'IPSNN collabore étroitement avec un médecin partenaire ou un département/service clinique.

L'IPSNN peut demander l'intervention du médecin partenaire à n'importe quelle étape du continuum de soins. Les médecins partenaires doivent se rendre disponibles pour répondre aux demandes d'intervention qui leur sont adressées par l'IPSNN. Cette disponibilité s'établira en fonction du degré d'urgence de la situation de santé du nouveau-né.

Cette relation de partenariat nécessite de formaliser les modalités de demande d'intervention et de transfert. Lorsque l'entente est conclue entre une IPSNN et un département ou un service clinique, l'établissement doit prévoir des mécanismes en vue d'assurer l'accès à un médecin pour répondre aux demandes d'interventions adressées par l'IPSNN.

Intervention obligatoire du médecin partenaire

L'article 15 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* prévoit explicitement les motifs pour lesquels l'IPS doit demander obligatoirement l'intervention du médecin partenaire.

1. Les soins requis par le patient dépassent ses compétences, son domaine de soins ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité.
2. Les signes, les symptômes ou les résultats des examens diagnostiques indiquent que l'état de santé du patient s'est détérioré, et elle n'est plus en mesure d'en assurer le suivi.
3. Les résultats escomptés de la thérapie ne se sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte, selon le cas, et le patient ne répond pas au traitement habituel.

Interventions du médecin partenaire

Puisque qu'il peut arriver que le médecin partenaire n'exerce pas toujours dans les mêmes lieux que l'IPSNN, les mécanismes de collaboration qui assurent la continuité des soins à la clientèle doivent être convenus d'avance entre l'IPSNN et le médecin partenaire. Ces mécanismes doivent être garants d'instaurer une pratique de proximité entre l'IPSNN et le médecin partenaire. Dans ce contexte, il est pertinent de déterminer dans l'entente où sera orientée le nouveau-né et sa famille si l'intervention d'un médecin partenaire est requise, selon la gravité de l'état de santé du nouveau-né.

Il est également recommandé de préciser dans l'entente de partenariat les mécanismes de communication à privilégier lorsque l'IPSNN effectue une demande d'intervention à un médecin partenaire, soit :

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

L'entente doit également prévoir de quelle façon le médecin partenaire donnera suite aux différentes demandes d'intervention de l'IPSNN.

Dans tous les cas, la demande d'intervention doit faire état des éléments suivants :

- le motif de la demande d'intervention;
- le type d'intervention requise par le médecin partenaire;
- le niveau d'urgence de l'intervention requise.

Le type d'intervention du médecin partenaire peut varier.

Notes importantes

- Lorsque l'IPSNN effectue une demande d'intervention au médecin partenaire, elle doit s'assurer que le médecin a accès à toute l'information pertinente. Réciproquement, le médecin partenaire doit répondre à la demande d'intervention dans les délais requis. La réponse du médecin partenaire doit être adaptée à la situation du nouveau-né et au type d'intervention demandée et à son niveau d'urgence.
- Quelle que soit la façon dont la demande d'intervention est formulée, elle doit toujours être consignée par écrit au dossier du nouveau-né, et ce, au moment où la demande est faite. Lorsque la réponse du médecin partenaire est donnée au cours d'un entretien téléphonique, l'IPSNN doit la consigner au dossier du nouveau-né. Il en est de même s'il s'agit d'une ordonnance individuelle. Si la réponse du médecin est une ordonnance, celle-ci doit respecter les normes relatives au mode de communication de l'ordonnance individuelle (CMQ, 2016a).
- À la suite de l'intervention du médecin partenaire, l'IPSNN peut poursuivre l'exercice de ses activités dans les limites du plan de traitement médical établi.

2.3.2.5 Procédure à suivre pour les demandes de consultation médicale

L'IPSNN peut demander une consultation médicale autre qu'avec son médecin partenaire. La décision d'avoir recours à une consultation doit être :

- éclairée par les résultats probants;
- étroitement liée à la pratique et la classe de spécialité de l'IPSNN;
- conforme aux modalités convenues dans l'entente de partenariat.

L'entente de partenariat doit préciser la procédure à suivre pour une demande de consultation médicale. En fait, il s'agit de préciser les moyens déployés pour assurer la communication entre l'IPSNN et le médecin partenaire afin de s'entendre sur la façon de procéder pour les demandes et les suivis des consultations médicales.

Lorsque l'IPSNN demande une consultation médicale, elle doit s'assurer que le médecin consulté a accès à toute l'information pertinente. L'IPSNN est responsable d'assurer le suivi des résultats de la consultation dans les limites de sa classe de spécialité. Selon l'évolution de l'état de santé du nouveau-né, ce dernier pourrait être orienté vers le médecin partenaire.

Le rapport du médecin consultant devrait comprendre les éléments suivants (CMQ, 2005) :

- les renseignements ayant permis d'établir son diagnostic ou d'étayer son opinion médicale;
- son diagnostic ou son opinion médicale;
- ses recommandations, y compris l'acceptation des soins simultanés ou du transfert, le cas échéant;
- la date et l'heure de la consultation;
- son identification, son numéro de permis et sa signature.

De plus, à la suite de modifications au *Code de déontologie des médecins*, une disposition a été ajoutée pour clairement indiquer au médecin qu'il a le devoir de collaborer et de communiquer avec les autres professionnels qui participent aux soins du patient (CMQ, 2017b).

2.3.2.6 Moyens de communication entre l'IPSNN et le médecin

Les signataires de l'entente de partenariat doivent prévoir des moyens de communication efficaces entre eux dans le but d'assurer la continuité des soins à la clientèle. Ils doivent, à cette fin, convenir des modalités d'accès de l'IPSNN aux médecins partenaires et vice versa pour les activités usuelles ou lors de l'absence de l'un ou l'autre des partenaires.

2.3.2.7 Mécanismes de surveillance générale des activités médicales exercées par l'IPSNN

Selon l'article 14 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, le médecin partenaire exerce une surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales de l'IPSNN ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités liées à l'exercice des activités médicales. À noter que cette notion de surveillance doit être distinguée de la notion de supervision. La notion de surveillance générale exercée par le médecin partenaire ainsi que les éléments de la surveillance sont décrits au point 3.4 du chapitre 3.

À cette fin, le ou les signataires de l'entente de partenariat doivent convenir des modalités de réalisation de cette activité de surveillance (ex. : la fréquence des rencontres) par les professionnels et les inclure dans l'entente.

2.3.2.8 Modalités applicables à la révision ou à la modification de l'entente

L'entente de partenariat est un document évolutif que les parties peuvent modifier selon l'évolution de leurs activités et l'évaluation conjointe de leur partenariat. L'entente doit comprendre des modalités de révision et de modification.

Révision

L'entente de partenariat devrait 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. La révision ne devrait pas excéder trois (3) ans.

Modification

Les parties doivent pouvoir modifier l'entente par consentement mutuel. En effet, l'entente doit refléter 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 ni le processus de modification de l'entente. Ainsi, un simple addenda signé par les parties suffit pour modifier l'entente.

2.3.2.9 Durée de l'entente et procédure de résiliation ou de renouvellement

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

Résiliation

L'entente de partenariat peut être résiliée en tout temps si un préavis raisonnable est donné. Dans un contexte de pénurie des ressources et selon l'organisation des services en établissement, 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 touchés. Il est donc très important que les parties discutent des conséquences possibles que pourrait causer le départ de l'un ou l'autre d'entre eux.

Avant de résilier une entente de partenariat, les signataires de l'entente doivent :

- identifier les raisons et les conséquences de la résiliation de l'entente;
- établir un délai raisonnable permettant d'éviter des conséquences pour la clientèle.

À noter que, conformément à son Code de déontologie, le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire (art. 35).

En cas de cessation d'exercice complète ou partielle, en vertu de ses obligations déontologiques (art. 36), le médecin doit :

- informer ses patients en leur donnant un préavis dans un délai raisonnable.

Il est importe de rappeler que, conformément à son Code de déontologie, l'IPSNN ne peut pas cesser de rendre des services professionnels à la personne, sauf pour un motif juste et raisonnable (art. 26.1).

En cas de cessation d'exercice, en vertu de ses obligations déontologiques (art. 27), l'IPSNN doit :

- informer la clientèle dans un délai raisonnable;
- prendre les moyens nécessaires pour que cette cessation de services ne soit pas préjudiciable.

2.3.2.10 Règles relatives à la conservation ou au transfert des dossiers lorsque l'entente de partenariat prend fin

La conservation et le transfert des dossiers doivent être effectués conformément aux modalités prévues aux différents règlements¹⁶ régissant la pratique des professionnels visés. Des mécanismes relatifs à la conservation et au transfert des dossiers doivent être convenus d'avance et inclus à l'entente de partenariat, s'il advenait que celle-ci prenne fin. Lorsque l'IPSNN est rattachée à un établissement de santé visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), les dossiers sont gérés par celui-ci. Ainsi, l'IPSNN doit respecter les règles, politiques et procédures qui y sont en vigueur.

2.4 Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle à laquelle contribuera l'IPSNN sera optimisée par la pratique collaborative de tous les intervenants, ce qui permettra un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prise de décisions. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).

La complexité croissante des besoins de santé confirme la nécessité de renforcer la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches. « Les modèles de soins qui privilégient la collaboration entre professionnels et la pleine utilisation de leurs compétences dans leurs champs d'exercice respectifs contribuent à l'atteinte de résultats de santé optimaux » (OIIQ et al., 2015). Le partage et la complémentarité des rôles entre les différents intervenants en santé et services sociaux deviennent un enjeu majeur de coordination et appellent à la reconnaissance et à la valorisation de l'apport de chacun. Ainsi, il s'avère essentiel de rappeler l'importance d'assurer une transmission efficace d'information à travers tout le continuum de soins et de services, particulièrement au médecin de famille désigné du nouveau-né (CMQ, 2016b).

Les principaux avantages de la pratique collaborative sont :

- 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 et une sécurité des soins supérieures menant à l'amélioration de la santé des populations;
- une augmentation de l'accès aux services de santé, de la coordination et de la continuité des soins.

¹⁶ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin; Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.*

2.4.1 Demande de service professionnel

L'IPSNN peut demander à divers professionnels de la santé d'intervenir auprès du nouveau-né pour s'assurer que l'ensemble de ses besoins en soins de santé sont satisfaits.

2.4.2 Collaboration avec les autres classes de spécialités d'IPS

La création de classes de spécialités d'IPS à partir de clientèles vise à mieux répondre aux besoins de santé de la population québécoise en assurant, en collaboration et en partenariat avec les autres intervenants en santé, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins et des services en temps opportun. La collaboration et le partage d'expertise entre les IPS sont donc essentiels pour prévenir la fragmentation des soins et la pratique en vase clos. Au sein d'un même établissement, cette collaboration doit pouvoir s'opérationnaliser simplement et efficacement, afin que les IPSNN puissent obtenir des conseils ou du soutien de leurs pairs rapidement. Par exemple, cet échange pourrait permettre, entre autres, pour un état de santé complexe ou compliqué, de faciliter la trajectoire de soins du nouveau-né et de sa famille, d'élargir le spectre des possibilités d'intervention et d'offrir l'intensité de soins requise pour cette situation.

3

Aspects légaux et encadrement de la pratique de l'IPSNN

3.1 Cadre réglementaire

Les règlements applicables à l'IPSNN découlent du cadre juridique prévu à l'article 36.1 de la LII. Conformément à cet article, une IPSNN peut, lorsqu'elle est habilitée par un règlement de l'OIIQ et par un règlement du CMQ, exercer les cinq activités médicales suivantes :

1. prescrire des examens diagnostiques;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives 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.

Découlant de ce cadre légal, la pratique de l'IPSNN est balisée par les cinq règlements suivants, lesquels relèvent des juridictions respectives de l'OIIQ, du CMQ et du gouvernement :

Les règlements adoptés par l'OIIQ :

- Le *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée* détermine les différentes classes de spécialités d'IPS et prévoit les conditions de délivrance du certificat de spécialiste pour chacune de ces classes (diplôme, examen).
- Le *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste d'infirmière praticienne spécialisée* détermine, pour chaque classe de spécialité d'IPS, les normes d'équivalence de diplômes et de formation applicables aux candidates de l'extérieur du Québec.

- Le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* détermine les cas où une IPS peut se voir imposer un stage et/ou un cours de perfectionnement.

Le règlement adopté par le CMQ :

- Le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* détermine les activités médicales qui peuvent être exercées par l'IPS dans les différentes classes de spécialités ainsi que les conditions requises pour qu'elle puisse les exercer.

Le règlement adopté par le gouvernement :

- Le *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels* détermine les différents diplômes donnant droit à la délivrance d'un certificat de spécialiste IPS pour chaque classe de spécialité.

En complément de ce cadre réglementaire, les présentes lignes directrices sont adoptées conjointement par l'OIIQ et le CMQ et établissent les modalités de pratique pour l'IPSNN.

3.2 Conditions d'exercice

3.2.1 Partenariat

Quel que soit le milieu d'exercice de l'IPSNN, elle ne pourra exercer qu'à la condition de le faire en partenariat avec un ou plusieurs médecins exerçant dans les domaines visés par sa pratique. Un partenariat pourra également être établi avec un ou des départements ainsi qu'avec un ou des services cliniques d'un centre hospitalier exploité par un établissement.

Le médecin partenaire peut exercer dans des lieux physiques distincts de celui de l'IPSNN, toutefois, il importe de rappeler que la pratique en partenariat implique l'instauration de mécanismes visant à assurer la continuité des soins et permettre le maintien d'une pratique de proximité en combinant diverses stratégies adaptées à l'environnement de pratique afin d'atteindre des résultats de soins optimaux pour la clientèle.

Le rôle et les éléments du contenu de l'entente de partenariat sont abordés plus amplement au chapitre 2 du présent document.

3.2.2 Déclaration d'exercice

Avant d'exercer les activités médicales visées à l'article 36.1 de la LII, et, par la suite, au plus tard le 1^{er} avril de chaque année, l'IPSNN doit produire à la secrétaire de l'OIIQ, sur le formulaire prescrit, une déclaration qui contient les renseignements suivants :

- sa classe de spécialité;
- le nom et le numéro de membre du ou des médecins partenaires avec lequel ou lesquels elle a signé une entente de partenariat. Lorsque l'entente est conclue avec un département ou un service clinique, seul le chef de département ou le chef de service, selon le cas, est identifié;
- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'établissement, de la clinique, du dispensaire ou de tout autre lieu où elle exerce dans le cadre de l'entente de partenariat.

L'IPSNN devra également signaler par écrit, selon le processus prévu par l'OIIQ, tout changement aux renseignements contenus à la déclaration d'exercice dans les délais prescrits au *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée* et du *Code des professions*.

3.3 Modalités applicables à la pratique de l'IPSNN 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'IPSNN a lieu dans un centre exploité par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. La LSSSS établit clairement les liens d'autorité et les responsabilités propres au DSI et au chef de département clinique.

3.3.1 Directeur des soins infirmiers

La LSSSS accorde au DSI, sous l'autorité du directeur général de l'établissement, un pouvoir de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers dispensés dans un centre, conformément aux activités prévues à l'article 36 de la LII.

De plus, la LSSSS prévoit à l'article 207 que le DSI doit 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 le DSI doit tenir et mettre à jour un registre des IPS qui exercent dans l'établissement.

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

3.3.2 Directeur des services professionnels

La LSSSS accorde au DSP, sous l'autorité du directeur général de l'établissement, un pouvoir de, notamment, diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique et surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Ce dernier contrôle et apprécie les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement.

De plus, sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement et sous l'autorité du directeur général, le DSP coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés.

La collaboration étroite entre le DSP et le DSI est donc de toute première importance pour un déploiement réussi des IPS au sein de l'établissement.

3.3.3 Chef de département clinique

En cas d'urgence, lorsque le DSI est dans l'impossibilité ou fait défaut d'agir, le chef de département clinique peut, en vertu de l'article 207.1 de la LSSSS, prendre une des mesures énumérées à la section 3.3.1.

L'article 190 de cette même loi attribue également au chef de département clinique la responsabilité, envers le 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 s'exerce alors sous réserve des responsabilités assumées par le DSI en ce qui concerne les activités infirmières. La surveillance des activités médicales assurée par le chef de département clinique s'exerce à l'égard d'une IPSNN de la même façon qu'elle est conduite à l'égard des médecins. Elle peut donc porter sur la compétence de l'IPSNN dans l'exercice de ses activités médicales, sur la qualité et la pertinence des services médicaux qu'elle donne ou sur l'observance des normes médicales poursuivant ces finalités.

Enfin, ce rôle de surveillance est exercé en étroite relation avec celui exercé par le ou les médecins partenaires dans le cadre de l'entente de partenariat.

3.4 Surveillance générale exercée par le médecin partenaire

Conformément au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, l'IPSNN exerce sa profession en partenariat avec un médecin exerçant dans les domaines visés par sa pratique, et ce, peu importe les milieux cliniques. En vertu de ce Règlement, le ou les médecins signataires de l'entente de partenariat devront exercer une surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales que l'IPSNN exerce, qu'elle soit dans le secteur public ou privé. Cette surveillance à l'égard des activités médicales exercées par l'IPSNN s'apparente à celle exercée par le chef de département clinique dans la LSSSS et ne doit pas être confondue avec la notion de supervision, laquelle s'applique à l'égard des EIPS et des CIPS. Ainsi, il ne s'agit pas d'une surveillance qui implique une supervision directe au cas par cas.

La surveillance générale comporte notamment les éléments suivants :

- des rencontres pour discuter des mécanismes de collaboration;
- des discussions de cas choisis par un médecin partenaire ou l'IPSNN;
- la sélection et la révision des dossiers de l'IPSNN par un médecin partenaire pour l'évaluation de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par cette dernière;
- l'évaluation de la prescription de médicaments, d'analyses et d'exams diagnostiques. Dans le cadre de cette obligation, le médecin partenaire doit porter une attention particulière en ce qui a trait à la prescription de médicaments contrôlés et d'antibiotiques, ainsi que, de façon générale, à la surprescription.

Les rencontres prévues entre l'IPSNN et un médecin partenaire doivent avoir lieu sur une base régulière et périodique. Même si les rencontres en présence sont à privilégier, elles peuvent se tenir à distance par des moyens technologiques. Afin de favoriser une collaboration interprofessionnelle satisfaisante et optimale, il est recommandé de privilégier des rencontres statutaires qui s'intègrent à la routine de travail et des moyens de communication qui permettent d'établir un contact visuel. L'entente de partenariat doit faire état des modalités de réalisation de cette surveillance.

Comme mentionné précédemment, lorsque l'IPSNN exerce ses activités en établissement, la surveillance se fait en étroite relation avec le chef de département clinique ou le chef du service clinique et la direction des soins infirmiers.

3.5 Surveillance de l'exercice de l'IPSNN par les ordres professionnels

Comme prescrit au *Code des professions*, le Comité d'inspection professionnelle (CIP) de l'OIIQ doit surveiller l'exercice de la profession par ses membres et faire enquête sur leurs compétences professionnelles. De ce fait, le CIP de l'OIIQ peut effectuer des inspections générales de l'exercice infirmier d'IPSNN, lequel comprend les activités visées aux articles 36 et 36.1 de la LII, dans le cadre de son programme annuel d'inspection professionnelle. De plus, il peut procéder à l'inspection particulière de l'IPSNN à la suite de signalements mettant en doute sa compétence professionnelle.

À l'instar de l'OIIQ, le CIP du CMQ doit également 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 lorsqu'elles sont exercées par des personnes habilitées par règlement du Conseil d'administration. Dans ce but, le Conseil d'administration du CMQ a confié au CIP le mandat de procéder à cette vérification dans le cadre des programmes d'inspection professionnelle. Dans le cas où ces personnes sont des professionnels, le Conseil d'administration, s'il le juge nécessaire, transmet le rapport de vérification à l'ordre dont ils sont membres.

Enfin, dans l'éventualité où un médecin partenaire fait l'objet d'une limitation de son droit d'exercice, il est possible que cette situation ait un impact sur le partenariat.

3.6 Stage/cours de perfectionnement applicable à l'IPSNN

Le Conseil d'administration de l'OIIQ peut, en vertu du *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, obliger une IPSNN à compléter avec succès un stage et/ou un cours de perfectionnement lorsque celle-ci a exercé à ce titre pendant moins de 1 300 heures au cours des quatre dernières années précédant sa déclaration.

3.7 Responsabilité professionnelle

Bien que l'IPSNN puisse exercer des activités professionnelles qui relèvent du domaine médical, elle est seule responsable des fautes ou erreurs qu'elle pourrait commettre dans sa pratique. Au même titre que les médecins ou les autres professionnels de la santé, elle se doit d'agir, en toutes circonstances, comme une IPS raisonnablement prudente, compétente et diligente. Un comportement ou un acte qui dérogerait à cette norme pourrait être jugé fautif et engager sa responsabilité.

Ainsi, la responsabilité d'un médecin partenaire ne peut être engagée pour une faute commise par une IPSNN que conformément aux règles du droit civil actuellement applicables. Il importe donc de souligner que la nature médicale des activités exercées par l'IPSNN 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 14 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* ou 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'IPSNN, 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 spécialité, l'IPSNN 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 nouveau-né et sa famille vers un médecin partenaire dans les situations prévues au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*. Dans tous les autres cas, c'est à elle de décider si elle doit demander ou non l'intervention d'un médecin partenaire en fonction des circonstances, selon son bon jugement, comme le ferait une IPSNN normalement prudente, compétente et diligente.

3.8 Consentement aux soins

Avant de procéder à son évaluation et d'effectuer tout traitement auprès du nouveau-né, l'IPSNN doit s'assurer d'obtenir le consentement libre et éclairé des parents ou du représentant légal, le cas échéant. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière. En principe, il peut être explicite ou tacite. Il peut être donné verbalement ou par écrit. Dans certains cas, la loi exige toutefois un consentement écrit.

Plus précisément, elle doit :

- expliquer la nature et le but des soins proposés ainsi que les risques, les effets secondaires et les bénéfices attendus de ce traitement, de même que les risques ou les conséquences de ne pas suivre le traitement;
- déterminer la durée de traitement et le processus de réévaluation de la pertinence du traitement;
- exposer les options ou les solutions de rechange possibles;
- s'exprimer dans un niveau de langage accessible pour les parents ou le représentant légal, et s'assurer de leur compréhension;
- répondre aux questions qui lui sont posées;
- s'assurer que le consentement est obtenu sans pression, ni menaces;
- documenter les informations transmises ainsi que la décision des parents ou du représentant légal au dossier.

L'IPSNN doit également s'assurer du respect des règles particulières en matière de consentement aux soins dans le cas des personnes mineures¹⁷.

Le consentement aux soins est un processus continu. Il doit être renouvelé ou ajusté tout au long de la progression de l'intervention du soin ou du traitement. Enfin, il importe de rappeler que la personne qui a donné son consentement peut le retirer en tout temps, sans formalité particulière.

3.9 Assurance responsabilité professionnelle

L'IPSNN, qui doit être inscrite au Tableau de l'OIIQ, bénéficie automatiquement de l'assurance responsabilité professionnelle actuellement en vigueur, qui offre une couverture pour l'ensemble des sinistres par période d'assurance. Cette assurance est obligatoire pour l'infirmière qui exerce comme IPSNN.

¹⁷ Voir notamment les articles 14, 16 à 19 et 21 du *Code civil du Québec*.

3.10 Modalités de pratique applicables à l'étudiante infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (EIPSNN)

L'EIPSNN peut, conformément au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, exercer des activités médicales à certaines conditions.

Les conditions d'exercice applicables à l'IPSNN le sont également pour l'EIPSNN, auxquelles s'ajoutent les conditions suivantes :

- elle exerce les activités médicales dans un milieu de stage déterminé en application de l'article 25 du *Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*;
- elle exerce ces activités sous la supervision d'une IPSNN ou d'un médecin, lesquels se trouvent sur place;
- les activités médicales exercées par l'EIPSNN sont requises aux fins de compléter le programme dans lequel elle est inscrite ou, le cas échéant, aux fins de compléter un stage ou une formation pour la reconnaissance d'une équivalence.

3.10.1 Supervision des activités médicales exercées par l'EIPSNN

La supervision des activités médicales exercées par une EIPSNN implique une obligation pour l'IPSNN ou le médecin d'être présent en tout temps afin d'être en mesure d'intervenir auprès de l'étudiante lorsque nécessaire. Il sera permis à l'IPSNN ou au médecin de s'absenter occasionnellement, à condition que l'un ou l'autre soit présent sur les lieux où l'EIPSNN exerce les activités médicales. L'EIPSNN n'a pas l'obligation de signer une entente de partenariat.

Par ailleurs, les activités médicales exercées par l'EIPSNN étant indissociables de la compétence en pratique infirmière avancée, la collaboration avec une IPSNN pour la supervision de la pratique de l'EIPSNN est jugée idéale dans tous les milieux où cela est possible. La supervision de la pratique de l'EIPSNN n'implique pas nécessairement un contrôle étroit sur le travail de l'étudiante. Elle peut prendre des degrés variables de contrôle, allant d'un suivi étroit, tel qu'une surveillance directe, immédiate ou au cas par cas, jusqu'à un accompagnement professionnel où l'IPSNN ou le médecin partenaire, selon le cas, agit comme un guide ou une personne-ressource en mesure de vérifier le travail et d'intervenir au besoin.

Le degré de supervision doit donc être modulé en fonction des circonstances (notamment des activités effectuées par l'EIPSNN, de la clientèle suivie, des compétences et de l'expérience de l'EIPSNN) et, à cet égard, laisse place au jugement du professionnel qui assume la supervision. Toutefois, cette supervision requiert l'obligation pour l'IPSNN ou le médecin de contresigner l'ordonnance rédigée par l'EIPSNN, mais non ses notes, et ce, à des fins de traçabilité.

Pour les fins de l'application de l'article 15 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, lequel précise les situations où une IPSNN doit obligatoirement demander l'intervention du médecin partenaire, est considéré comme médecin partenaire de l'EIPSNN soit le médecin qui la supervise, soit le médecin partenaire de l'IPSNN qui la supervise. Il est donc important que le médecin partenaire soit bien au fait de cette obligation.

3.11 Modalités de pratique applicables à la candidate infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (CIPSNN)

Il existe un statut préalable à la délivrance du certificat de spécialiste en néonatalogie permettant à une infirmière, qui a terminé sa formation universitaire de 2^e cycle avec succès, d'exercer des activités médicales, en attendant de réussir l'examen et d'obtenir son certificat de spécialité à certaines conditions. Ce statut est désigné comme étant celui de « candidate infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie » (CIPSNN).

Les conditions d'exercice applicables à l'IPSNN le sont également pour la CIPSNN, auxquelles s'ajoutent les conditions suivantes :

- elle exerce les activités médicales dans un centre exploité par un établissement où un DSI est nommé ou dans un cabinet médical, une clinique médicale, un dispensaire ou un autre lieu offrant des services de première ligne, dans la mesure où elle est à l'emploi d'un établissement dont le DSI s'assure de l'encadrement des soins qu'elle dispense;
- elle exerce ces activités sous la supervision d'une IPSNN ou d'un médecin, lesquels exercent dans son domaine de soins et se trouvent sur place.

3.11.1 Supervision des activités médicales exercées par la CIPSNN

La supervision des activités médicales exercées par une CIPSNN est similaire à celle exercée à l'égard d'une EIPSNN. Elle implique donc une obligation pour l'IPSNN ou le médecin d'être présent en tout temps afin d'être en mesure d'intervenir auprès de la CIPSNN lorsque nécessaire. Il sera permis à l'IPSNN ou au médecin de s'absenter occasionnellement, à condition que l'un ou l'autre soit présent sur les lieux où la CIPSNN exerce les activités médicales. Comme mentionné précédemment à la section 3.10.1, le degré de supervision doit être modulé en fonction des circonstances.

Les notes et les prescriptions de la CIPSNN n'ont pas à être contresignées par le médecin ni par l'IPSNN, à l'exception des ordonnances visant les médicaments contrôlés. Dans ce dernier cas, celles-ci doivent être contresignées par l'IPSNN ou le médecin partenaire.

Comme dans le cas de l'EIPSNN, aux fins de l'application de l'article 15 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, lequel précise les situations où une IPSNN doit obligatoirement demander l'intervention du médecin partenaire, est considéré comme le médecin partenaire de la candidate soit le médecin qui la supervise, soit le médecin partenaire de l'IPSNN qui la supervise.

Enfin, bien que la CIPSNN n'ait pas l'obligation de signer une entente de partenariat, il est suggéré que le médecin ou l'IPSNN qui assurera la supervision de la pratique de la CIPSNN mette en place des stratégies de supervision qui permettent à la candidate de se familiariser avec le partenariat IPSNN-médecin partenaire.

Nous vous référons également à la section 3.10.1.

3.12 Comité consultatif

Un comité consultatif sur la pratique de l'IPS est institué conformément à la section III.2 du *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée* ainsi que le chapitre IV du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*. Ce dernier, composé de membres nommés, selon le cas, par le Conseil d'administration de l'OIIQ et par celui du CMQ, a notamment pour mandat d'examiner de façon générale la qualité de la pratique clinique de l'IPS dans les différentes classes de spécialités en application de la réglementation, de recommander de nouvelles pratiques cliniques ou des améliorations pour répondre à l'évolution scientifique et aux nouveaux résultats probants, et de faire des recommandations au Conseil d'administration de l'OIIQ et à celui du CMQ sur les conditions et modalités d'exercice ainsi que sur les modifications à apporter aux règlements visant l'exercice de l'IPS. Enfin, il pourra analyser toute question liée à l'exercice de l'IPS et formuler des avis.

3.13 Exigences en matière de développement professionnel infirmier (DPI)

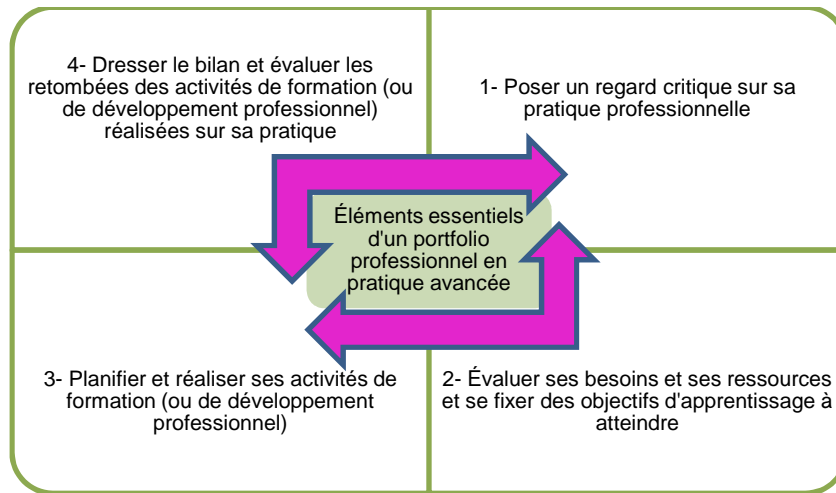
Comme infirmière en pratique avancée, l'IPSNN doit exercer la profession de façon à ce que les soins qu'elle prodigue répondent à des standards de qualité de haut niveau. Cela constitue une attente claire à la fois du public et de l'OIIQ. Pour ce faire, en plus de se conformer aux exigences de la Norme professionnelle de formation continue de l'Ordre, l'IPSNN doit rester à l'affût des nouvelles connaissances scientifiques émergentes et rechercher constamment à se développer professionnellement, particulièrement dans sa spécialité, que ce soit par la formation continue, la poursuite d'études académiques, la pratique clinique dans des milieux de pointe, les stages de perfectionnement, les programmes de certification, les communautés de pratique ou tout autre moyen lui permettant de poursuivre le développement de ses compétences en lien avec l'exercice de la profession.

De plus, comme l'IPSNN est appelée à réaliser des activités à haut risque de préjudice, il est attendu d'elle qu'elle soit en mesure de poser un regard critique sur sa pratique de manière à ce qu'elle prenne en charge de façon autonome son DPI.

À cet effet, un portfolio professionnel est l'un des outils scientifiques et cliniques qui ont été reconnus internationalement comme valorisant le DPI, surtout dans un contexte de pratique avancée. Par la réflexion qu'il exige de la part du professionnel, un tel outil, mis à jour de façon régulière, est plus susceptible de contribuer à l'amélioration des soins prodigués par une IPS que la réalisation seule d'un nombre d'heures d'activités de formation continue. Par conséquent, l'OIIQ recommande que les infirmières en pratique avancée, dont les IPSNN, se dotent d'un portfolio professionnel comme outil visant à soutenir le développement de leurs compétences et plus largement, leur DPI.

Il existe plusieurs modèles de portfolio professionnel qui, selon les auteurs, comptent un différent nombre d'étapes. Il incombe à l'IPSNN de choisir le modèle de portfolio professionnel qui lui semble le plus pertinent à sa pratique. Pour guider ce choix, l'OIIQ a élaboré un document pour soutenir l'élaboration d'un portfolio professionnel, *l'Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes* (2012). Ces étapes sont présentées dans la figure 2 ci-dessous.

Figure 2
Éléments essentiels pour le développement d'un portfolio professionnel



Source : OIIQ, 2012.

Conclusion

Ces lignes directrices sur les modalités de pratique de l'IPSNN 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 au développement d'une pratique d'IPSNN à son plein potentiel, et ce, peu importe son lieu de pratique.

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

Glossaire

Diagnostic

Identification d'un problème de santé ou d'une maladie à la suite de l'évaluation faite par un médecin qui peut requérir un examen complet de l'ensemble des organes, appareils et systèmes du corps humain. La pose d'un diagnostic implique de procéder au diagnostic différentiel des maladies par un processus de raisonnement clinique essentiel à la démarche. Ce raisonnement clinique ne se limite pas à un symptôme, un signe, un organe ou un système. Il s'agit d'un processus intégratif et de synthèse de toute l'information reçue de tous les systèmes du corps humain.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel est une liste de diagnostics pertinents et possibles pour expliquer une situation clinique particulière. À partir de cette liste et à la suite des investigations appropriées, le médecin peut alors confirmer le diagnostic ou les diagnostics qui expliquent la situation du patient, à partir duquel ou desquels il pourra élaborer le traitement médical. Le médecin reçoit une formation lui permettant d'acquérir des connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain (aspects anatomiques, physiologiques, psychologiques, fonctionnels et pathologiques), ce qui lui confère une expertise unique en la matière. Le diagnostic différentiel n'est pas une simple liste exhaustive des diagnostics que l'on peut trouver dans un manuel de référence en médecine ou même sur des sites Internet.

Diagnostic provisoire

Diagnostic établi par un médecin lorsque les informations nécessaires pour conclure ne permettent pas d'établir un diagnostic final.

Médecin partenaire

Il s'agit du médecin qui établit une entente de partenariat avec une IPSNN. Cette entente définit les modalités de collaboration entre les deux professionnels pour effectuer le suivi d'une clientèle déterminée.

Plan de traitement médical

Les stratégies d'intervention visant une situation de santé évolutive sont issues, entre autres, des résultats de l'investigation, du diagnostic et du pronostic. Le plan de traitement médical est individualisé au nouveau-né. Il comprend minimalement les objectifs de traitement (ex. : cibles thérapeutiques), l'intensité du suivi et la réévaluation requise. La collaboration entre l'IPSNN et le médecin partenaire quant au plan de traitement médical s'actualise par la détermination commune de ce plan. L'IPSNN et le médecin partenaire identifient les activités qui leur seront imparties, nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Pratique appuyée par les résultats probants

La pratique appuyée par les résultats probants est un processus qui consiste à intégrer consciemment les résultats probants, le savoir expérientiel et l'expérience de santé unique du nouveau-né, de sa famille et de leur environnement afin de soutenir des décisions cliniques. Les résultats probants proviennent, entre autres, des recherches publiées, de la littérature grise, des guides de pratique et des consensus d'experts cliniques.

Prévention de la maladie et des blessures

Ensemble des mesures prises pour réduire les facteurs de risques et les conséquences d'une maladie ou d'une blessure (AIIC, 2010).

Promotion de la santé

Processus qui permet aux gens de contrôler davantage leur santé et de l'améliorer. Ce processus englobe les interventions qui visent non seulement à renforcer les connaissances théoriques et pratiques et les capacités des personnes, mais aussi à modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, afin d'en atténuer l'effet sur la santé publique et individuelle (AIIC, 2010).

Soins palliatifs

Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire (*Loi concernant les soins de fin de vie*).

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada*. Repéré à https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/competency_framework_2010_f.pdf

Code civil du Québec, RLRQ, chapitre CCQ-1991.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ, chapitre I-8, r. 9.

Code de déontologie des médecins, RLRQ, chapitre M-9, r. 17.

Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.

Collège des médecins du Québec. (1998). *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients : guide d'exercice*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-1998-12-12-fr-complementarite-services-urgence-prise-en-charge-des-patients.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2005). *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : guide d'exercice*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2005-12-01-fr-tenue-des-dossiers-par-medecin-en-centre-hospitalier-de-soins-generaux-et-specialises.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2016a). *Les ordonnances individuelles faites par un médecin : guide d'exercice*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2016b). *Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille : énoncé de position*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-02-23-fr-premiere-ligne-forte-expertise-medecin-de-famille.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2017a). *Cadre d'analyse des demandes de partage d'activités médicales* (éd. rev.). Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-04-13-fr-cadre-analyse-partage-activites-medicales.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2017b). *Modifications au Code de déontologie des médecins : guide explicatif* (éd. rev.). Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf>

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., et O'Grady, E. T. (dir). (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5^e éd.). St. Louis, MO : Saunders/Elsevier.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins : portrait de la situation et revue de la littérature*. Repéré à http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Niveaux_intervention_medicale.pdf

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, chapitre S-32.0001.

Loi médicale, RLRQ, chapitre M-9.

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, chapitre 19.

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, chapitre P-34.1.

Loi sur la santé et la sécurité du travail, RLRQ, chapitre S-2.1.

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, RLRQ, chapitre A-3.001.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : norme professionnelle*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/386_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec, et Ordre des pharmaciens du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf>

Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées, DORS/2000-217.

Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée, RLRQ, chapitre I-8, r. 8.

Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 11.

Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels, RLRQ, chapitre C-26, r. 2.

Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin, RLRQ, chapitre M-9, r. 20.3.

Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, RLRQ, chapitre I-8, r. 14.

Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, D. 84-2018, (2018) 150 G.O. II, 900.

Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste d'infirmière praticienne spécialisée, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.2.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, RLRQ, chapitre M-9, r. 25.1.

Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens, DORS/2012-230.

Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Décision OPQ 2017-139, (2017) 149 G.O. II, 5456.

Règlement sur les stupéfiants, C.R.C., chapitre 1041.

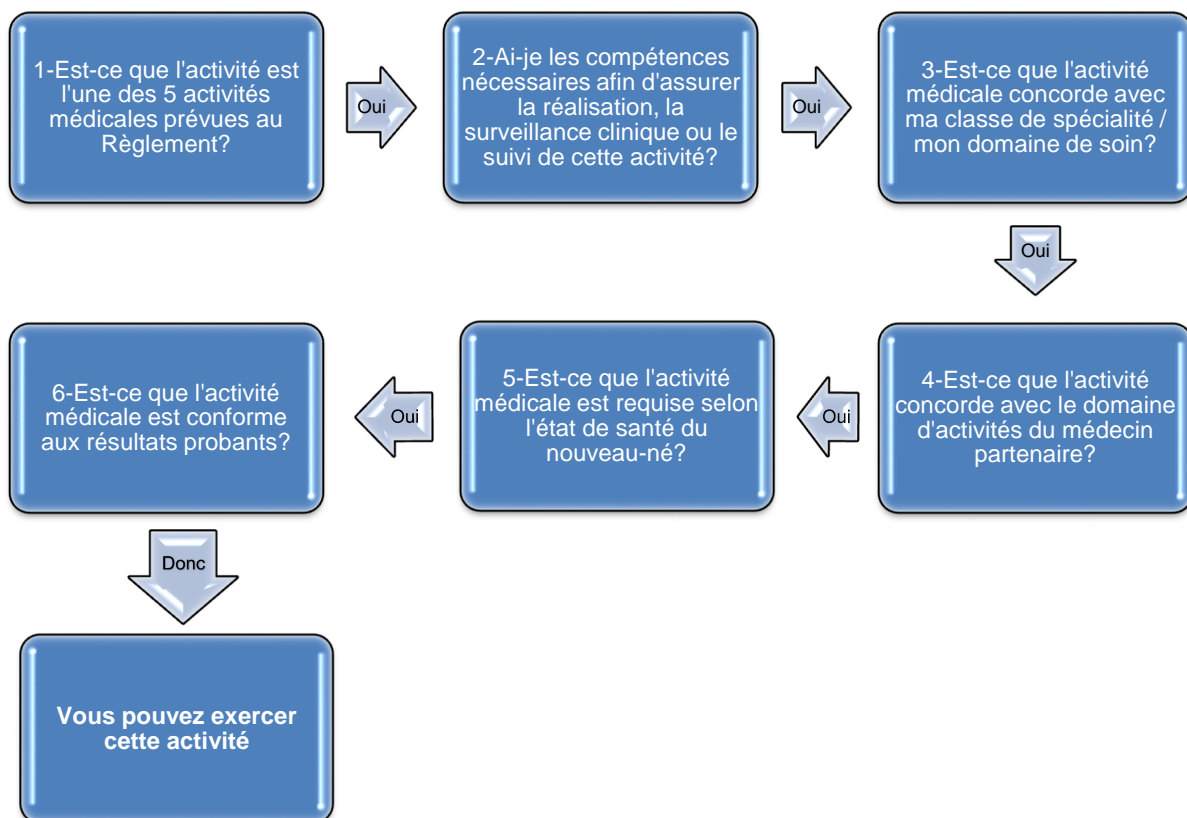
Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, chapitre S-5, r. 5.

Annexe 1

Exercer une activité médicale : schématisation du processus de réflexion

Processus de réflexion pour l'exercice d'une activité médicale

Liste de questions à se poser avant d'exercer une activité médicale : ainsi, l'IPSNN doit répondre **OUI** aux questions 1 à 6 avant d'exercer l'activité.



Annexe 2

Éléments de l'entente de partenariat

Conformément au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, l'entente de partenariat doit au minimum prévoir les éléments suivants :

1. le nom des médecins partenaires qui collaborent à l'entente;
2. le type de clientèle desservie par l'IPS ou le type de clientèle exclue;
3. les services ou les soins qui sont offerts par l'IPS ou ceux exclus;
4. la procédure à suivre pour les demandes d'intervention du médecin partenaire;
5. la procédure à suivre pour les demandes de consultation médicale;
6. les moyens de communication entre l'IPS et le médecin partenaire;
7. les mécanismes de surveillance prévus à l'article 14;
8. les modalités applicables à la révision ou à la modalité de l'entente;
9. la durée de l'entente et la procédure de résiliation ou de renouvellement;
10. les règles relatives à la conservation ou au transfert des dossiers lorsque l'entente de partenariat prend fin.

Annexe 3

Experts et organismes consultés

L'OIIQ et le CMQ tiennent à souligner l'apport des infirmières, des médecins, des experts et des organismes consultés dans le cadre de la réalisation de ces lignes directrices et à les remercier pour leur précieuse contribution.

Des remerciements particuliers sont également adressés à M^{mes} Suzanne Durand et Hélène d'Anjou pour leur contribution majeure aux travaux de développement et de réglementation du champ d'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée, menés durant de nombreuses années dans le cadre de leur ancienne fonction à l'OIIQ.

Collaboration spéciale

Marianne Lapointe, inf., M. Sc. A., IPSNN
Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Linda Morneault, inf., MSN, IPSNN, BC
Coordinatrice de programme IPS en néonatalogie
École des sciences infirmières Ingram, Université McGill
Unité de soins intensifs en néonatalogie, Hôpital de Montréal pour enfants
Centre universitaire de santé McGill

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph. D., LL. M.
Professeur-chercheur, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais