



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

GUIDE

GUIDE D'APPLICATION

de la nouvelle *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et de
la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres
dispositions législatives dans le domaine de la santé*

avril 2003

Ce guide a pour seul but de procurer aux infirmières un soutien dans leur pratique professionnelle pour l'application des nouvelles dispositions législatives. Compte tenu du caractère évolutif des pratiques professionnelles, ce guide pourra faire l'objet d'une révision ultérieure.

Ce document est disponible à la section « Être infirmière au Québec »,
sous la rubrique « Lois et règlements » du site Web de l'OIIQ dont l'adresse est :
www.oiiq.org

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de
l'OIIQ, le féminin est utilisé sans préjudice et
seulement pour alléger la présentation.

COORDINATION DES TRAVAUX

Carole Mercier, inf., M.Sc.

Directrice-conseil

Direction des affaires externes, OIIQ

RÉDACTION

Carole Mercier, inf., M.Sc.

Directrice-conseil

Direction des affaires externes, OIIQ

Céline Thibault, inf., M.A.

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel, OIIQ

M^e Hélène D'Anjou, LL.M.

Avocate

Direction des services juridiques, OIIQ

et collaboratrices

DISTRIBUTION

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Montréal (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : (514) 935-2501, ou 1 800 363-6048

Télécopieur : (514) 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

SECRÉTARIAT

Louise Michaud

Secrétaire

Direction des affaires externes, OIIQ

LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS (2002)

Article 36. L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

1. évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (2001, chapitre 60);
5. effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
8. appliquer des techniques invasives;
9. contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
13. mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. décider de l'utilisation des mesures de contention. **(en vigueur le 1^{er} juin 2003)**

Article 36.1. L'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 19 de la *Loi médicale* (chapitre M-9) et du paragraphe *f* de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la *Loi médicale* :

1. prescrire des examens diagnostiques;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
3. prescrire des médicaments ou d'autres substances;
4. prescrire des traitements médicaux;
5. utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

CODE DES PROFESSIONS (2002)

Article 39.3 Aux fins de l'article 37.1 du présent Code et du deuxième alinéa de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8), le terme « ordonnance » signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective.

Article 39.4. L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités, sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles.

ADOPTION ET ENTRÉE EN VIGUEUR

Le 14 juin 2002, le projet de loi n° 90 *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* a été adopté par l'Assemblée nationale et sanctionné par le lieutenant-gouverneur en conseil. À partir du moment où il a été sanctionné, le projet de loi n° 90 est devenu la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.Q. 2002, c.33).

Le 30 janvier 2003 sont entrées en vigueur toutes les dispositions générales de la loi ci-dessus ainsi que celles relatives aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux inhalothérapeutes, aux médecins, aux pharmaciens, aux technologues en radiologie et aux technologues médicaux. Depuis cette date, les non-professionnels sont aussi autorisés à exercer des activités précises dans certaines circonstances ou dans certains milieux¹.

Les dispositions relatives aux diététistes, aux orthophonistes et audiologistes, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes entreront en vigueur le 1^{er} juin 2003 de même que celles qui concernent la décision d'utiliser des mesures de contention par les médecins et les infirmières et l'exception visant à permettre à toute personne agissant pour le compte d'Héma-Québec d'effectuer des prélèvements sanguins à partir d'une tubulure déjà en place.²

Quelques dispositions entreront en vigueur à une date qui reste à déterminer. Ces dispositions concernent les manipulations vertébrales et articulaires par les physiothérapeutes et le retrait de l'obligation, pour le bureau de l'OHIQ, d'adopter un règlement de délégation d'actes à l'égard, notamment, des infirmières auxiliaires.

¹ Décret 1465-2002, (2002) 134 G.O. II, 8645.

² *Ibid.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
<i>Réforme des professions de la santé</i>	1
<i>Onze professions de la santé visées par les modifications législatives</i>	2
<i>Gains pour l'évolution de la profession d'infirmière</i>	2
<i>Modifications législatives</i>	3
CHAPITRE 1	5
PRINCIPAUX CHANGEMENTS APPORTÉS AU CADRE JURIDIQUE	5
<i>Champ d'exercice pour chaque profession</i>	6
<i>Zone commune d'activités professionnelles partagée par toutes les professions</i>	6
<i>Activités réservées</i>	7
<i>Conditions d'exercice d'une activité réservée</i>	7
<i>Ordonnance</i>	8
<i>Attestation de formation</i>	11
<i>Plan de traitement infirmier</i>	12
<i>Application de la Loi sur la santé publique</i>	12
<i>Application d'une loi</i>	13
<i>Modalité réglementaire</i>	13
<i>Dérogations à la réserve d'activités</i>	14
<i>Situations d'urgence</i>	14
<i>Non-professionnels exerçant certaines activités réservées</i>	15
<i>Règlement de délégation d'actes médicaux et infirmiers</i>	15
<i>Règles d'établissement</i>	16
<i>Responsabilité civile et devoirs déontologiques</i>	17
<i>Plan thérapeutique infirmier : responsabilité de l'infirmière</i>	19

CHAPITRE 2	23
PORTÉE DU CHAMP D'EXERCICE ET DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE.....	23
<i>Champ d'exercice</i>	23
<i>Activités réservées.....</i>	24
<i>Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.....</i>	24
<i>Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier</i>	26
<i>Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.....</i>	28
<i>Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.....</i>	28
<i>Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal</i>	30
<i>Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent</i>	31
<i>Décider de l'utilisation des mesures de contention</i>	38
<i>Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance</i>	44
<i>Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance</i>	45
<i>Appliquer des techniques invasives.....</i>	47
<i>Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.....</i>	48
<i>Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance</i>	50
<i>Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique</i>	50
<i>Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique</i>	55

CHAPITRE 3	63
DÉROGATIONS À LA RÉSERVE D'ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES	63
<i>Soins dispensés par un parent, une personne qui assume la garde d'un enfant ou un aidant naturel</i>	63
<i>Soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne</i>	65
<i>Administration de médicaments prescrits</i>	68
<i>Personnes agissant pour le compte d'Héma-Québec</i>	70
<i>Pouvoir réglementaire de l'Office des professions du Québec</i>	70
<i>Responsabilité des non-professionnels qui exercent des activités réservées dans le cadre de ces exceptions, celle des établissements et des professionnels à leur emploi.</i>	71
CHAPITRE 4	75
INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE	75
<i>Nouveaux leviers juridiques</i>	75
<i>Mécanismes de contrôle de la pratique des activités additionnelles en établissement : le rôle de la DSI et du CII</i>	76
<i>Règles de soins médicaux et règles d'utilisation des médicaments applicables aux activités additionnelles</i>	77
<i>Évaluation et contrôle de la qualité des activités additionnelles en établissement de santé</i>	77
<i>Sanctions pour motif disciplinaire ou incompétence</i>	78
<i>Mécanismes de contrôle de l'exercice des activités additionnelles en cabinet privé</i>	79
<i>Mécanisme de surveillance de la pratique des activités additionnelles par les ordres professionnels</i>	80
ANNEXE I	83
ANNEXE II	87

INTRODUCTION

Réforme des professions de la santé

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé¹ met à jour les compétences distinctives ou partagées de onze professions de la santé et incite à la collaboration interprofessionnelle. Pour chacune de ces professions, la Loi décrit un champ d'exercice actualisé et réserve des activités professionnelles en fonction de critères de protection du public. Ceux-ci comprennent notamment la compétence requise et les connaissances exigées pour exercer de telles activités ainsi que les risques de préjudice qu'elles comportent pour les patients si elles ne sont pas exercées par des personnes qualifiées.

Cette loi modernise la pratique des professions de la santé en permettant à chaque catégorie de professionnels d'utiliser au mieux ses compétences pour soigner la population. Il s'agit d'un pas décisif dans l'évolution de toutes les professions de la santé et d'une occasion à saisir pour réorganiser les soins et les services dans un objectif de qualité et d'accessibilité.

Cette réforme de taille a été menée par le ministre de la Justice et Responsable de l'application des lois professionnelles, en collaboration avec le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'avec l'Office des professions du Québec (OPQ). Le projet de loi fait suite aux travaux réalisés par le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines². Cette démarche s'inscrit à l'intérieur d'un projet plus vaste qui comprend aussi la révision des lois professionnelles dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines ainsi que dans le secteur privé³. En ce qui concerne ces deux dernières phases, le groupe de travail a déposé son rapport et les travaux suivent leur cours.

Onze professions de la santé visées par les modifications législatives

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| • Diététiste | • Orthophoniste et audiologiste |
| • Ergothérapeute | • Pharmacien |
| • Infirmière | • Physiothérapeute |
| • Infirmière auxiliaire | • Technologiste médical |
| • Inhalothérapeute | • Technologue en radiologie |
| • Médecin | |

Gains pour l'évolution de la profession d'infirmière

La présente réforme constitue un jalon historique et déterminant dans l'évolution de la profession d'infirmière, qui compte déjà plus de quatre-vingts ans d'histoire.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est un ordre professionnel qui regroupe près de 65 000 membres. Dès 1920, notre groupe professionnel était reconnu par le législateur, qui décidait de protéger le titre de « garde-malade enregistrée ». En 1946, une autre loi rendait obligatoire l'adhésion à l'association professionnelle pour l'exercice de la profession. C'est en 1973 que le législateur a défini, à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, l'exercice infirmier tel que nous le connaissons depuis 30 ans. Enfin l'adoption, en 1980, des règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers a été un autre instrument qui visait à favoriser (avec plus ou moins de succès) la collaboration interprofessionnelle ainsi que l'adaptation des activités professionnelles aux besoins évolutifs de la population.

L'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* offre un nouveau cadre législatif qui définit un champ d'exercice et des activités réservées aux infirmières reflétant l'évolution des compétences acquises au sein de la profession. Cette loi légitime les pratiques qui, avec les années, se sont

développées en marge du cadre juridique alors en vigueur et confirme la portée du jugement clinique de l'infirmière. En établissant plus clairement le rôle et la place de l'infirmière au sein de l'équipe de soins, cette nouvelle définition permettra à la profession d'infirmière de mieux s'articuler avec les autres professions de la santé.

LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE : PLUS DE 80 ANS D'HISTOIRE

Dates charnières :

1920 – 1946 – 1973 – 1980 - 2002

Modifications législatives

Pour aider à bien saisir la portée des modifications législatives et à évaluer leur incidence sur la pratique quotidienne des infirmières, le présent guide porte sur les points suivants :

1. Les principaux changements apportés au cadre juridique
2. La portée du champ d'exercice et des activités réservées à la profession d'infirmière
3. Les dérogations permettant à des non-professionnels d'exercer des activités réservées
4. Les modalités juridiques de l'infirmière praticienne spécialisée (*Nurse Practitioner*) et les responsabilités des directrices des soins infirmiers (DSI) et des conseils des infirmières et infirmiers (CII) à cet égard

L'OIIQ a conçu ce guide à l'intention de l'ensemble des infirmières en vue de faciliter l'application des changements qui découlent de la nouvelle Loi, dans un esprit de collaboration interprofessionnelle et de qualité de soins pour la population.

RÉFÉRENCES

1. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.
2. Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines : rapport d'étape*, Québec, Office des professions du Québec, 2001.
3. Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines : deuxième rapport*, Québec, Office des professions du Québec, 2002.

CHAPITRE 1

PRINCIPAUX CHANGEMENTS APPORTÉS AU CADRE JURIDIQUE

Les objectifs du gouvernement concernant la réforme des professions de la santé étaient de moderniser leur domaine d'exercice dans un contexte d'assouplissement et d'allègement réglementaire tout en favorisant la collaboration interprofessionnelle et en préservant l'objectif de protection du public.

Pour ce faire, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* prévoit :

- un champ d'exercice pour chaque profession;
- une zone commune d'activités professionnelles partagée par toutes les professions;
- des activités réservées pour chaque profession;
- des conditions d'exercice associées aux activités réservées;
- des dérogations à la réserve d'activités professionnelles.

Les professions qui avaient une réserve de titre professionnel (professions à titre réservé) continuent à être régies par le *Code des professions*¹, tandis que les professions à exercice exclusif, comme la profession d'infirmière, sont encore régies à la fois par leur loi particulière et par le *Code des professions*.

Champ d'exercice pour chaque profession

Chaque profession est définie par un champ d'exercice qui la décrit de façon générale en faisant ressortir la nature et la finalité de sa pratique professionnelle et ses principales activités. Ce champ d'exercice n'est pas exclusif. Il précise le contexte d'application des activités professionnelles exercées par les membres de l'Ordre et établit le domaine d'exercice.

Le *Code des professions* définit le champ d'exercice des diététistes, des ergothérapeutes, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des orthophonistes et audiologistes, des physiothérapeutes et des technologistes médicaux². Quant au champ d'exercice des professions suivantes : infirmières, médecins, pharmaciens, technologues en radiologie, il est décrit dans leur loi particulière. Ainsi, le champ d'exercice des infirmières est énoncé dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*³.

Zone commune d'activités professionnelles partagée par toutes les professions

Toutes les professions concernées par la réforme législative se sont vu reconnaître une participation à des activités à caractère promotionnel, préventif ou informatif, et même une responsabilité à cet égard, partagée selon leur domaine respectif. Ainsi, le *Code des professions* prévoit que :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles »⁴.

Les activités qui précèdent sont comprises dans le champ d'exercice de chacune des professions visées et doivent être liées à sa finalité.

Activités réservées

Des activités professionnelles ont été réservées à chacune des professions visées par la nouvelle Loi en fonction, on le rappelle, du risque de préjudice qu'elles comportent, des compétences requises et des connaissances exigées pour les exercer. Elles ont été retenues en raison notamment de leur complexité et de leur caractère invasif. Précisons que nul ne peut exercer une activité professionnelle réservée sans être membre d'un ordre sauf si une loi ou un règlement le permet⁵.

Les activités réservées sont souvent rédigées en termes généraux de façon à permettre l'évolution des pratiques mais elles ne peuvent s'appliquer qu'à l'intérieur des balises du champ d'exercice.

Les activités réservées peuvent être soit exclusives à une profession, soit partagées entre les professions de différents ordres. Ainsi, alors qu'une même activité peut être partagée par plusieurs catégories de professionnels, sa portée peut différer en fonction des paramètres fixés par le champ d'exercice de la profession.

Par exemple, les technologues en radiologie peuvent administrer des médicaments ou d'autres substances par voie intraveineuse lorsque ceux-ci font l'objet d'une ordonnance. Cette activité réservée s'exerce dans le cadre de l'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie⁶.

Conditions d'exercice d'une activité réservée

L'exercice d'activités réservées peut être assorti d'une ou de plusieurs des conditions suivantes :

- l'ordonnance;
- l'attestation de formation;
- le plan de traitement infirmier;

- l'application de la *Loi sur la santé publique*;
- l'application d'une loi;
- une modalité réglementaire.

Ordonnance

L'article 39.3 du *Code des professions* définit l'ordonnance comme suit :

« Signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective »⁷.

Dans le secteur de la santé physique, les professionnels habilités à émettre des ordonnances dans le cadre de leur champ d'exercice sont les médecins, les optométristes, les sages-femmes et les podiatres. Les infirmières praticiennes en spécialité seront de ce nombre.

Les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites que doivent respecter les prescripteurs sont énoncées aux règlements des ordres professionnels dont les membres peuvent émettre de telles ordonnances. À titre d'exemple, on a reproduit en annexe le règlement du Collège des médecins du Québec (CMQ) applicable aux ordonnances.

En ce qui a trait à l'ordonnance médicale individuelle, on rappelle que :

- le client doit être vu par le médecin préalablement;
- l'ordonnance ne vise que ce client;
- une ordonnance préimprimée équivaut à une ordonnance individuelle en autant qu'elle soit signée par un médecin, après une évaluation du client par ce dernier;

- une ordonnance individuelle peut avoir pour objet :
 - ✓ les médicaments;
 - ✓ les traitements médicaux;
 - ✓ les examens;
 - ✓ les soins.

L'ordonnance collective qui s'adresse à un groupe de personnes, peut être exécutée par des professionnels désignés comme habilités à le faire. Elle leur permet d'exercer les activités qui leur sont réservées sans avoir à attendre d'ordonnance individuelle dans les conditions suivantes :

- le client n'a pas à être vu préalablement par le médecin;
- pour répondre à des situations d'urgence, à des situations dites « de routine » ou des situations cliniques prédéterminées;
- peut exiger une évaluation préalable de la condition de santé du client (activité réservée à des professionnels désignés dont les infirmières).

Les ordonnances collectives peuvent préciser :

- le ou les professionnels visé(s);
- la ou les catégorie(s) de clientèle;
- le lieu;
- les indications (les circonstances);
- les contre-indications;
- les précautions et les directives applicables, le cas échéant.

Les ordonnances collectives peuvent avoir pour objet d'administrer, d'ajuster ou d'effectuer notamment :

- les médicaments;
- les traitements médicaux;
- les examens;
- les soins.

L'ordonnance collective remplace l'ordonnance permanente qu'on retrouvait dans le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*⁸. Les ordonnances permanentes, actuellement en vigueur, continuent de l'être jusqu'à ce qu'elles soient révisées en fonction de la définition de l'ordonnance collective.

Quant aux conditions « selon protocole, selon procédés ou selon surveillance immédiate » figurant aux règlements de délégation d'actes médicaux ou infirmiers, elles ne s'appliquent plus à l'exercice d'une activité réservée. Ces conditions peuvent toutefois être maintenues par les établissements en conformité avec les règles de soins médicaux ou infirmiers⁹ qui s'y rattachent, en vue d'assurer des conditions d'exercice sécuritaires ainsi qu'une uniformité des ordonnances collectives s'adressant à une même clientèle.

L'ordonnance collective est un outil plus souple parce qu'elle n'est pas limitée à une liste d'actes médicaux. Elle est liée aux activités réservées qui, en soi, ont une portée plus large. Ce qui permet aux infirmières de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, sans attendre une ordonnance individuelle. L'ordonnance collective n'est plus limitée aux établissements du réseau de la santé, ce qui ouvre la porte à d'autres lieux comme l'industrie, la clinique privée, les groupes de médecine de famille (GMF), les dispensaires, etc. Les établissements de santé détermineront aussi leurs propres règles pour l'élaboration et l'adoption des ordonnances collectives.

L'ordonnance collective s'avère être un des principaux outils de collaboration entre les médecins et les infirmières. Cet outil de collaboration devrait préférablement s'appliquer dans un contexte d'une équipe stable d'infirmières et régulièrement affectées à un secteur clinique donné. Les infirmières expertes d'un domaine clinique pourraient ainsi discuter et proposer aux médecins d'un département clinique les ordonnances collectives pertinentes au fonctionnement du service ou du suivi des clients.

Attestation de formation

Les activités sont réservées aux professionnels qui possèdent les connaissances et les compétences requises pour les exercer. Pour l'exercice de certaines de ces activités, le législateur exige qu'ils reçoivent et réussissent une formation additionnelle déterminée par règlement et qu'ils obtiennent une attestation de leur ordre à cet effet. Cette condition vise à répondre aux besoins émergents de la population et à favoriser l'évolution contrôlée de certaines professions. Les professionnels qui n'auront pas reçu, dans le cadre du programme de formation de base, la formation nécessaire pour exercer cette activité devront donc obtenir une attestation de formation additionnelle pour pouvoir la faire. Cette obligation permet donc aux professionnels d'exercer une activité réservée d'ici à ce que la mise à niveau de la formation de base soit chose faite pour tous les membres de la profession en regard de cette activité. La loi prévoit de telles attestations pour les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les technologistes médicaux et les pharmaciens¹⁰.

Par exemple, une infirmière auxiliaire pourra effectuer des ponctions veineuses selon une ordonnance lorsqu'une attestation de formation lui aura été délivrée par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), en vertu d'un règlement découlant du paragraphe *o* de l'article 94 du *Code des professions* (qui permet au bureau de l'Ordre d'imposer des activités de formation continue à ses membres).

De même, les pharmaciens peuvent prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter eux-mêmes l'ordonnance lorsqu'ils détiennent une attestation de formation à cet effet délivrée par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Plan de traitement infirmier

Cette condition s'applique aux infirmières auxiliaires dans l'exercice de l'activité réservée consistant à « prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier »¹¹. L'exercice de cette activité par les infirmières auxiliaires est donc conditionnelle à l'existence d'une ordonnance ou d'un plan de traitement infirmier établi par l'infirmière. (*Voir les sections sur le plan thérapeutique infirmier : la responsabilité de l'infirmière et sur la détermination du plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.*)

Application de la Loi sur la santé publique

Cette condition s'applique à deux activités réservées aux infirmières : procéder à la vaccination et initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'activités découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*¹². Elle permet, entre autres, à l'infirmière de procéder à la vaccination sans ordonnance individuelle ni collective des médecins de son établissement, dans le respect du *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*¹³. De plus, cette activité vise notamment le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) prévues dans le cadre d'un programme de santé publique.

Application d'une loi

Quelques activités d'évaluation ont été réservées car elles peuvent avoir une incidence sur l'exercice d'un droit ou l'accès à un service. Par exemple, les ergothérapeutes peuvent « procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi »¹⁴.

Il peut s'agir de déterminer l'admissibilité à un programme, le besoin d'un régime de protection, le danger que la personne peut représenter pour autrui ou la capacité fonctionnelle de conduire une automobile. L'activité d'évaluation est réservée lorsqu'elle est prépondérante dans les décisions qui peuvent avoir une incidence sur les droits des personnes. La loi établit la nécessité d'une évaluation et le système professionnel détermine quels sont les professionnels habilités à la faire. Cette activité d'évaluation doit être exercée dans le cadre de la finalité du champ d'exercice du professionnel en question¹⁵. La réserve de cette activité n'a pas pour effet de soustraire les autres professions de l'évaluation fonctionnelle lorsqu'une telle évaluation s'inscrit dans leur champ d'exercice et n'est pas spécifiquement requise par une loi.

Modalité réglementaire

D'autres activités pourront être exercées par des infirmières, à des conditions déterminées par règlement de l'OIIQ et du CMQ¹⁶. En effet, une infirmière pourra, dans le cadre de spécialités dites « d'infirmière praticienne », exercer les activités mentionnées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, qui consistent à prescrire des examens diagnostiques, des médicaments et des traitements et à utiliser des techniques invasives à haut risque de préjudice. À cette fin, l'infirmière devra être titulaire d'un certificat de spécialiste qui lui sera délivré aux conditions déterminées par règlement de l'OIIQ. Elle devra aussi être habilitée à cette fin par un règlement du CMQ qui précisera la nature de ces activités en fonction des domaines de spécialité ainsi que leurs conditions d'exercice.

Dérogations à la réserve d'activités

Seuls les professionnels membres d'un ordre peuvent exercer les activités réservées. Cependant, des situations nécessitent des exceptions à cette règle, comme les situations d'urgence et les cas où des non-professionnels peuvent exercer certaines activités réservées.

Situations d'urgence

Quoique cette exception ne résulte pas des nouvelles dispositions législatives, il est opportun d'en faire mention dans le cadre du présent chapitre. Elle concerne l'obligation de porter secours prévue à la *Charte des droits et libertés de la personne* et reprise au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. En vertu de la Charte, la protection de la vie et de l'intégrité physique de la personne exigent qu'on lui porte secours et qu'on lui fournisse les soins requis lorsque sa vie est en péril¹⁷. Quant au *Code de déontologie*, il prévoit que « l'infirmière ou l'infirmier doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour l'infirmière ou l'infirmier ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable »¹⁸.

Un professionnel peut donc exercer une activité qui ne lui est pas réservée pour répondre à une situation d'urgence s'il a les connaissances minimales requises pour l'exercer et qu'aucun professionnel habilité ne peut intervenir dans l'immédiat.

Par exemple, en cas de choc anaphylactique lié à des piqûres d'abeilles ou à des allergies sévères, l'infirmière peut décider d'administrer l'épinéphrine par auto-injecteur. Dans d'autres situations d'urgence, elle peut décider d'installer un cathéter dans une veine périphérique afin de permettre une intervention rapide.

Non-professionnels exerçant certaines activités réservées

Certaines situations ont dû être soustraites aux règles régissant les activités réservées. Les dispositions à cet effet figurent aux articles 39.6 à 39.10 du *Code des professions* et permettent à un non-professionnel d'exercer des activités réservées dans des contextes précis : à domicile, dans le cadre de ressources intermédiaires ou de type familial ou d'un programme de soutien à domicile, à l'école ou dans un autre milieu de vie substitut temporaire pour les enfants. Des explications supplémentaires sont fournies au chapitre 3.

Règlement de délégation d'actes médicaux et infirmiers

Le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*¹⁹ demeure en vigueur, mais la majorité des actes qu'il autorisait pour les professionnels se retrouvent maintenant dans les activités réservées en vertu des nouvelles dispositions législatives. Ainsi, tous les actes compris dans l'annexe A de ce règlement, à l'exception de l'assistance chirurgicale (A-1.43), sont inclus dans les activités réservées à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Comme la nouvelle Loi a préséance sur ce règlement, elle a pour effet de l'abroger. Mais le règlement de délégation d'actes médicaux continue de s'appliquer pour l'assistance chirurgicale, jusqu'à ce que cette activité soit intégrée dans une spécialité infirmière et fasse l'objet d'un autre règlement.

Le *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers*²⁰ est maintenu en vigueur pour une période indéterminée afin de permettre aux infirmières auxiliaires de continuer à poser deux actes qui ne figurent pas parmi les activités qui leur sont réservées. Il s'agit des actes A-2 (surveiller une perfusion intraveineuse et en maintenir le débit) et A-3 (enlever une perfusion intraveineuse lorsqu'elle est administrée à l'aide d'un cathéter de moins de cinq pouces).

L'application des nouvelles dispositions législatives nécessite une période de transition entre la délégation d'actes et ces dispositions. À cette fin, l'OPQ a élaboré, en collaboration avec les ordres concernés, des tableaux de concordance entre d'une part, les actes compris dans les règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers et, d'autre part les activités réservées aux différents professionnels²¹. Ces tableaux visent à démontrer qu'en vertu des nouvelles dispositions législatives, les professionnels peuvent poser les actes qui leur étaient antérieurement délégués et à préciser les nouvelles conditions d'exercice applicables.

Les ordres professionnels qui bénéficient d'une réserve d'activités disposent toujours du mécanisme d'autorisation d'actes prévu à l'article 94 h du *Code des professions*. C'est en vertu de ce pouvoir réglementaire que l'OIIQ a autorisé les externes en soins infirmiers à poser des actes infirmiers à certaines conditions²² et que le Collège des médecins du Québec a autorisé récemment les premiers répondants et certains techniciens ambulanciers à exercer des activités professionnelles dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence²³.

Règles d'établissement

Par cette réforme, le législateur a voulu établir une distinction nette entre les règles du système professionnel (l'offre de services) et les prérogatives des milieux en matière d'organisation du travail. En effet, même si des professionnels sont légalement habilités à exercer des activités, l'établissement peut décider qu'elles ne seront pas réalisées ou fixer des conditions locales régissant leur exercice, en fonction par exemple, des ressources disponibles ou de la préparation et de l'expérience des professionnels à son service. Ainsi, un établissement peut choisir quel type de professionnel dispensera quels soins, dans la mesure où ce choix respecte la finalité du champ d'exercice de chacun²⁴.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²⁵ confie aux établissements des responsabilités qui leur permettent de baliser la pratique des professionnels en fonction des besoins et du contexte propres au milieu. Ces mécanismes englobent notamment les règles de

soins médicaux et les règles de soins infirmiers ainsi que les décisions de l'établissement et des instances professionnelles quant à la gestion et à l'utilisation des ressources et à la distribution appropriée des soins médicaux et infirmiers.

Responsabilité civile et devoirs déontologiques

Les nouvelles dispositions législatives ne modifient pas la responsabilité civile et les devoirs déontologiques des infirmières. En vertu de sa responsabilité civile et de son *Code de déontologie*, l'infirmière doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et tenir à jour ses compétences afin de fournir des soins et des traitements selon les normes de pratique généralement reconnues²⁶.

L'obligation d'agir avec compétence impose aussi à l'infirmière de tenir compte des limites de ses habiletés et de ses connaissances²⁷. Elle doit donc refuser d'exercer une activité lorsqu'elle ne possède pas la compétence requise. Toutefois, si elle doit exercer cette activité dans le cadre de ses fonctions, l'infirmière doit s'assurer qu'elle a la compétence requise. Elle peut avoir recours à différents moyens pour satisfaire cette obligation. Par exemple, l'infirmière peut suivre une formation offerte par son établissement ou en formuler la demande à la DSI ou au CII.

Par ailleurs, l'exercice de certaines activités réservées selon l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* implique la responsabilité, pour l'infirmière, d'obtenir le consentement libre et éclairé du client, notamment pour la vaccination et pour la décision d'utiliser des mesures de contention. Il incombe au professionnel qui initie une intervention d'obtenir un consentement libre et éclairé du client et de lui fournir toute l'information nécessaire à cette fin. L'obligation de renseigner le client au préalable est reprise au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*²⁸. Même lorsqu'elle n'est pas tenue d'obtenir le consentement du client, l'infirmière doit lui fournir toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'elle prodigue²⁹.

Bref, comme les activités réservées en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* sont libellées en termes larges et qu'elles permettent l'évolution des pratiques, des réponses aux questions suivantes s'avèrent utiles pour l'intégration de ce nouveau cadre juridique à la pratique infirmière :

- est-ce une activité réservée et prévue dans mon champ de pratique?
- ai-je la formation et les compétences requises pour l'exercer?*
- ai-je besoin d'une ordonnance individuelle ou collective?
- quelles sont les complications possibles et puis-je les gérer?
- compte tenu de l'état de santé du client, est-ce préférable de consulter un autre professionnel ou d'y diriger le client?
- cette activité est-elle permise dans mon établissement? fait-elle l'objet d'une règle de soins médicaux ou infirmiers?

Le nouveau partage d'activités entre les différentes professions de la santé constitue un incitatif à la collaboration interprofessionnelle. Cette collaboration avec les autres professionnels du domaine de la santé pour assurer les soins, les traitements ou les services nécessaires au bien-être du client fait aussi partie des obligations déontologiques des infirmières³⁰. Dans cette optique, l'infirmière, lorsque l'état du client l'exige, consulte une autre infirmière, un autre professionnel de la santé ou toute autre personne compétente, ou dirige le client vers l'une de ces personnes³¹.

Le partage d'activités avec d'autres professionnels est incontournable : c'est l'esprit de la loi. Voici quelques critères qui aideront à décider si l'infirmière est la mieux placée pour accomplir une activité :

- s'agit-il d'une activité qui relève de son champ d'exercice?
- est-elle partagée?
- est-ce que le client a besoin d'une évaluation de sa condition physique et mentale?
- la situation de santé du client nécessite-t-elle une surveillance clinique?

* Certaines activités pourraient nécessiter une attestation de formation continue émise par l'OIIQ (ex. : installer un *PICC line*).

Dans le cas où un partage d'activités est convenu avec un autre professionnel :

- avons-nous établi clairement les modalités de suivi du patient et qui est responsable de quoi?
- quelles sont les informations cliniques qu'il faut absolument partager?

Plan thérapeutique infirmier : responsabilité de l'infirmière

Selon le nouveau champ d'exercice défini à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, il incombe à l'infirmière de déterminer le plan de soins et de traitements infirmiers et d'assurer sa réalisation. On lui a réservé les activités consistant à ajuster le plan thérapeutique infirmier et à déterminer le plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments.

Le plan thérapeutique infirmier inclut l'ensemble des soins et traitements infirmiers et des autres interventions déterminées par l'infirmière ainsi que les soins et traitements médicaux prescrits, incluant les stratégies d'intervention retenues³². L'infirmière détermine et ajuste le plan thérapeutique infirmier à partir d'activités qui lui sont réservées en propre, à savoir, l'évaluation de la condition de santé physique et mentale et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring. Le plan thérapeutique infirmier inclut, le cas échéant, les plans de traitements infirmiers déterminés pour des problèmes de santé spécifiques, tel le traitement d'une plaie.

Le plan de traitement infirmier constitue une condition légale aux activités de l'infirmière auxiliaire en matière de soins de plaies. De plus, comme la loi prévoit dans le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire que celle-ci contribue à la réalisation du plan de soins, elle doit nécessairement se référer au plan thérapeutique infirmier. D'ailleurs, on peut anticiper que les règles de soins infirmiers élaborées par l'établissement, en vertu de la *Loi sur les services de*

santé et les services sociaux, l'énoncent explicitement. Le plan thérapeutique infirmier s'avère donc l'outil principal de collaboration interprofessionnelle avec l'infirmière auxiliaire.

L'exécution du plan thérapeutique infirmier peut être confiée à quiconque est habilité pour l'exécuter, incluant les professionnels et les non-professionnels. Ainsi, l'exécution du plan de traitement lié aux plaies et altérations de la peau et des téguments peut être confiée à une infirmière auxiliaire parce qu'elle est habilitée à le faire, selon une ordonnance ou le plan de traitement infirmier, ou encore des mesures de prévention comme le changement périodique de position d'un client peuvent être réalisées par un préposé.

L'infirmière est pleinement responsable du plan thérapeutique infirmier qu'elle détermine et elle doit répondre du choix des interventions qu'elle préconise. Lorsqu'un autre professionnel ou une autre personne exécute des interventions prévues au plan déterminé par l'infirmière, la responsabilité de l'infirmière n'est pas engagée par la personne qui l'exécute. L'infirmière ne peut donc être tenue responsable d'une faute commise par un autre dans l'exécution du plan de traitement, à moins qu'elle n'ait une responsabilité de supervision (ex. : les externes en soins infirmiers).

Par contre, si l'infirmière participe à la réalisation du plan thérapeutique infirmier ou si elle l'adapte ou le modifie au fur et à mesure de sa réalisation, elle en partage la responsabilité avec la personne qui l'exécute, dans la mesure de ses propres fautes.

RÉFÉRENCES

1. *Code des professions* [C.prof.], L.R.Q., c. C-26.
2. C.prof., art. 37 ; *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33, art. 1.
3. *Loi sur les infirmières et les infirmiers* [L.i.i.], L.R.Q., c. I-8, art. 36 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 12.
4. C.prof., art. 39.4 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 4.
5. C.prof., art. 37.2 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 2 (professions à titre réservé). Cette interdiction est reprise dans les lois d'exercice exclusif visées par la réforme.
6. *Loi sur les technologues en radiologie*, L.R.Q., c. T-5, art. 7 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 31.
7. L.Q. 2002, c. 33, art. 4.
8. *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, [M-9, r. 1.1].
9. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [L.s.s.s.s.], L.R.Q., c. S-4.2, art. 190 (2), 207 (2), 214 (6) et 220 (2).
10. C.prof., art. 37.1 (3), (5) et (6) ; *Loi sur la pharmacie*, L.R.Q., c. P-10, art. 17 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 2 et 22.
11. C.prof., art. 37.1 (5) (c) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 2.
12. *Loi sur la santé publique*, L.Q. 2001, c. 60.
13. Comité sur l'immunisation du Québec, *Protocole d'immunisation du Québec*, 3^e éd., Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 1999.
14. C.prof., art. 37.1 (4) (a) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 2.
15. Office des professions du Québec, *Loi 90 (2002, chapitre 33), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002) : cahier explicatif*, Québec, OPQ, 2003, p. 7.
16. L.i.i., art. 36.1 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 12.
17. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 2.

18. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, D. 1513-2002, (2003) 135 G.O. II, 98, art. 1.
19. [M-9, r. 1.1].
20. *Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1.
21. Ces tableaux sont accessibles sur le site de l'OIIQ, [http://www.oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/tableaux_de_concordance-01-31.pdf].
22. *Règlement sur les actes professionnels qui, suivant certaines conditions et modalités, peuvent être posés par une externe en soins infirmiers*, Décret 512-2000, (2000) 132 G.O. II, 2677 [I-8, r. 0.2].
23. *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence*, Décret 233-2003, (2003) 135 G.O. II, 1457.
24. *Notes pour l'allocation de monsieur Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec, au 2e Colloque sur la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers en Estrie, le 22 octobre 2002*, [<http://www.opq.gouv.qc.ca/PDF/All-Coll-planif-mainoeuvre-2002-10-22.pdf>].
25. L.s.s.s.s.
26. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, D. 1513-2002, (2003) 135 G.O. II, 98, art. 17 et 18.
27. *Ibid.*, art. 17.
28. *Ibid.*, art. 41.
29. *Ibid.*, art. 40.
30. *Ibid.*, art. 46.
31. *Ibid.*, art. 19.
32. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 2002.

CHAPITRE 2

PORTÉE DU CHAMP D'EXERCICE ET DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE

Champ d'exercice

Le champ d'exercice de l'infirmière est défini à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Il s'énonce comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».

Ce champ d'exercice, en lien avec les activités réservées, reflète le rôle accru des infirmières en matière de soins de santé. Il leur confère une plus grande autonomie et reconnaît leur jugement clinique, par exemple pour l'évaluation initiale de l'état de santé d'une personne, en leur permettant d'initier des mesures diagnostiques ou des traitements selon une ordonnance ou encore en leur attribuant la responsabilité de la surveillance clinique, du suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes et de l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. Il consacre leur savoir-faire et leur capacité de décision en matière de soins et de traitements infirmiers, y compris le traitement des plaies et l'utilisation des mesures de contention. Il confirme leur rôle dans le cadre des examens diagnostiques, des traitements médicaux et des médicaments en leur permettant de les effectuer, de les administrer et de les ajuster, selon une

ordonnance. De plus, les infirmières ont obtenu un rôle unique pour les activités de santé publique.

Enfin, le champ d'exercice confirme le rôle de l'infirmière dans les sphères d'intervention suivantes : le maintien et le rétablissement de la santé, la prévention de la maladie et les soins en fin de vie. Le maintien et le rétablissement de la santé incluent la réadaptation et le traitement.

Activités réservées

L'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* énonce 14 activités réservées dans le cadre de l'exercice infirmier. Elles sont liées à l'évaluation, à la surveillance, au plan thérapeutique et au suivi de clientèles; au traitement des plaies et aux altérations de la peau et des téguments; à la décision d'utiliser les contentions; aux tests diagnostiques, aux traitements médicaux et aux médicaments, selon une ordonnance; et enfin à la santé publique, dont la vaccination et le dépistage¹.

<p style="text-align: center;">ACTIVITÉS LIÉES À L'ÉVALUATION, À LA SURVEILLANCE, AU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER ET AU SUIVI DE CLIENTÈLES</p>
--

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

Cette activité constitue l'assise de l'exercice infirmier. La plupart, voire la totalité, des interventions de l'infirmière découlent de cette évaluation. Elle permet à l'infirmière de poser un jugement clinique sur l'état de santé d'une personne symptomatique. L'énoncé est très large : il couvre l'ensemble de la situation de santé du client et comprend l'évaluation à la fois de son état de santé physique et mentale et de son environnement social et physique.

L'activité réservée d'évaluation porte sur une personne symptomatique, c'est-à-dire qui présente ou qui perçoit des signes et des symptômes révélant une lésion ou un trouble fonctionnel², ce qui n'exclut pas pour autant l'évaluation de la situation de santé de la personne asymptomatique.

Cette évaluation peut se faire en amont de celle du médecin, soit au CLSC ou à l'urgence, dans le contexte de services de première ligne ou de services ambulatoires, par téléphone ou par télécommunication, de même qu'après d'un patient inscrit, hospitalisé ou hébergé. Elle peut s'effectuer dans le cadre d'une évaluation initiale ou d'une évaluation en cours d'évolution, à tout moment au cours de l'épisode de soins. L'infirmière a également la responsabilité de réévaluer les clients en attente à l'urgence ou dans le cadre des services de première ligne.

L'évaluation faite par l'infirmière lui permet de distinguer l'anormalité de la normalité, de détecter des complications et de déterminer des problèmes de santé³. Selon le cas, cette activité est exercée en vue, d'une part, de déterminer le degré de gravité ou d'urgence du problème de santé physique ou mentale et d'autre part, d'établir ou d'ajuster le plan thérapeutique infirmier. Elle permet à l'infirmière d'initier des mesures diagnostiques et des traitements selon une ordonnance, ou encore d'aviser le médecin. En première ligne, cette activité peut amener l'infirmière à orienter la personne, s'il y a lieu, vers les services requis.

En effet, dans le cadre des services offerts par les CLSC incluant les services courants et d'Info-Santé, l'infirmière peut diriger certains clients vers des professionnels comme le travailleur social, le médecin traitant ou vers d'autres services de santé comme l'urgence. Lorsqu'un patient est vu à l'urgence ou lorsqu'il est hospitalisé, les références à d'autres professionnels sont déterminées dans le plan de traitement médical ou dans les plans de cheminement clinique définis par une équipe interdisciplinaire.

L'évaluation de la condition de santé physique et mentale constitue une activité courante de l'infirmière qui utilise, pour ce faire, divers moyens tels que la prise de signes vitaux, l'histoire de santé individuelle et familiale, l'examen physique, l'examen de l'état mental, les tests et échelles de mesure ainsi que les formulaires d'évaluation des risques, notamment d'infection, d'accident, d'ulcère de pression, d'abus, de violence ou de suicide.

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Cette activité de surveillance, qui comprend le monitoring invasif et non invasif, fait partie de la pratique courante des infirmières et elle est reconnue comme relevant de leur compétence. S'appliquant à toute clientèle dont l'état de santé présente des risques, cette évaluation en cours d'évolution exige une présence constante auprès du patient afin de suivre l'évolution de son état de santé, de reconnaître toute détérioration éventuelle, de déceler précocement toute complication ou situation requérant l'intervention urgente du médecin ou d'un autre professionnel et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier en conséquence.

Cette activité comprend la surveillance de l'état de santé physique, dont l'état respiratoire, nutritionnel et neurologique ainsi que l'état de la peau, etc.; la surveillance de l'état de santé mentale, dont les signes d'anxiété, de dépression, de confusion, de troubles de mémoire, etc.; la surveillance des signes de déséquilibre hydrique, électrolytique ou acido-basique ou de choc, d'hémorragie, d'infection, etc.; la surveillance de la thérapie médicamenteuse, dont les effets secondaires, les signes de toxicité, les incompatibilités et les réactions thérapeutiques. Enfin, l'infirmière exerce une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, notamment lorsqu'elles sont sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire.

L'activité de monitoring englobe un ensemble de techniques consistant à surveiller, d'une manière continue ou répétée, différents paramètres physiologiques ou biologiques au moyen d'appareils automatiques appelés moniteurs⁴. Il s'agit, en l'occurrence, du monitoring fœtal, cardiaque, hémodynamique et neurologique.

Pour ce qui est des paramètres plus simples obtenus à l'aide de techniques comportant peu de risques pour le client, telles la glycémie capillaire, la saturométrie et les signes vitaux, les données ne sont pas nécessairement recueillies par l'infirmière, mais leur interprétation s'inscrit dans la surveillance clinique de l'état de santé effectuée par l'infirmière. Lorsque la condition du client ou le plan de traitement le justifie, l'infirmière peut se réserver la mesure de ces paramètres dans le cadre des soins prodigués à ce client.

Cette activité de surveillance clinique, y compris le monitoring, permet d'ajuster le plan thérapeutique infirmier en fonction de l'évolution de l'état de santé du client et des résultats des soins et traitements en cours. Ainsi, l'ajustement du plan thérapeutique infirmier peut comprendre la modification du niveau de surveillance, l'ajout de mesures de protection ou de prévention, l'augmentation des mesures de soulagement de la douleur, l'assistance aux activités de la vie quotidienne, les soins d'entretien des accès vasculaires, artériels, épidural, etc. Il peut également impliquer une modification des stratégies d'intervention retenues par l'infirmière pour prodiguer les soins et traitements médicaux prescrits ainsi que les soins et traitements infirmiers. Par exemple, l'infirmière peut planifier l'administration d'un analgésique PRN à un patient de façon à atténuer le plus possible la douleur au cours de ses traitements de physiothérapie.

D'autres professionnels exercent une activité de surveillance liée à leur champ. Ainsi, les inhalothérapeutes sont responsables de la surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie, ou sous assistance ventilatoire. Les diététistes surveillent l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé. Les pharmaciens surveillent la thérapie médicamenteuse. Les infirmières auxiliaires observent l'état de conscience d'une personne et surveillent ses signes neurologiques.

Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance

Cette activité s'exerce dans la plupart des situations, notamment au triage, à l'urgence, en CLSC, en centre ambulatoire, en cabinet de médecin, au sein des groupes de médecine de famille, en santé publique et en santé du travail. Après l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, l'infirmière peut utiliser divers moyens pour déterminer le niveau de priorité des soins à prodiguer ou encore pour les accélérer ou les améliorer dans les situations cliniques urgentes ou non. Elle agit, dans la majorité des cas, selon une ordonnance collective.

Elle peut ainsi initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques comme demander ou effectuer des prélèvements, un ECG, demander des radiographies simples, installer une perfusion intraveineuse, enlever des points de suture, effectuer un lavage d'oreilles ou une irrigation de l'œil, immobiliser un membre fracturé, administrer et ajuster des médicaments pour soulager la douleur ou pour diminuer la fièvre, selon l'ordonnance collective.

Dans le cadre des groupes de médecine de famille, les infirmières pourraient procéder, au moment de l'examen annuel, au test de dépistage du cancer du col de l'utérus, selon une ordonnance collective.

Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Cette activité consiste à assurer un suivi clinique des personnes présentant des problèmes de santé complexes par l'évaluation, la surveillance, l'ajustement du plan thérapeutique infirmier et l'ajustement du plan thérapeutique médical prescrit. Cette activité, qui s'exerce dans le cadre d'une approche interdisciplinaire, implique bien souvent une liaison entre les différents services, professionnels et établissements concernés.

La clientèle à risque élevé de complications posthospitalisation (greffe d'organe, chirurgie cardiaque), celle qui exige des soins relevant de plusieurs spécialités médicales et paramédicales (personne sidatique) ou encore celle qui souffre de maladies chroniques nécessitant des interventions régulières (diabète, MPOC, insuffisance rénale, schizophrénie) sont celles auxquelles l'infirmière accordera priorité aux fins de suivi.

Le suivi infirmier peut prendre plusieurs formes selon, entre autres, les besoins de la clientèle et du lieu d'exercice. Le suivi systématique de la clientèle est un exemple où le suivi infirmier s'intègre dans la planification chronologique du processus de traitements et de soins et des résultats cliniques escomptés⁵. Les réseaux intégrés de services, comme les projets de système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) et le Projet d'action concertée sur les territoires (PACTE), sont d'autres exemples où un suivi infirmier est effectué auprès de la clientèle.

L'infirmière assume souvent le rôle de personne-ressource, d'intervenante-pivot, de gestionnaire de cas, ou encore de coordonnatrice de suivi. Ses fonctions sont multiples : elles comprennent notamment l'évaluation des besoins spécifiques de la clientèle, l'administration et l'ajustement de médicaments selon ordonnance, la planification du congé, l'enseignement, le suivi téléphonique et l'orientation vers les ressources adéquates. Par ailleurs, le suivi infirmier n'exclut pas la collaboration des infirmières auxiliaires et des non-professionnels à la réalisation du plan de soins établi.

Le suivi effectué par les infirmières a des répercussions considérables sur le maintien et l'amélioration de la qualité de vie des patients présentant des problèmes de santé complexes, notamment en soins ambulatoires et à domicile. En effet, il permet entre autres, de réduire les risques de détérioration de l'état de santé, les complications ainsi que le nombre de réhospitalisations nécessaires. Le suivi infirmier favorise également l'autoprise en charge du client et de sa famille.

Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal

En lui réservant cette activité, la nouvelle législation reconnaît la contribution de l'infirmière dans le contexte de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal, tant dans les cas de grossesse normale que de grossesse à risque. Cette activité a été spécifiquement mentionnée de manière à éviter tout problème d'interprétation quant à l'étendue de la pratique professionnelle de l'infirmière dans ce domaine par rapport aux activités réservées aux médecins et aux sages-femmes.

L'infirmière peut être appelée à exercer plusieurs des activités comprises dans cette réserve, en collaboration avec le médecin ou la sage-femme. Si elle n'a pas la responsabilité entière du suivi en toute autonomie, elle est par contre habilitée à effectuer des actes complexes ou à risque de préjudice, selon les autres activités qui lui sont réservées, dont l'administration d'ocytociques.

L'infirmière peut ainsi évaluer et surveiller l'état de santé physique et mentale de la femme ainsi que l'état du fœtus et du nouveau-né. Elle assure le monitoring en vue de détecter précocement des complications obstétricales ou une détresse fœtale éventuelles. Elle peut aussi être appelée à pratiquer un accouchement précipité et à procéder à la réanimation de la mère ou du nouveau-né.

Dans le cadre du suivi de grossesse, l'infirmière évalue la condition de la femme au moyen de l'histoire obstétricale, d'une étude approfondie des facteurs de risque psychosociaux, d'un examen physique initial et d'une évaluation de l'aptitude au rôle parental; elle assiste également le médecin au moment de l'examen physique complet. Elle peut aussi effectuer des tests et administrer des médicaments, selon l'ordonnance (p. ex. : réactivité fœtale, glucosurie, protéinurie). Elle surveille l'évolution du travail et l'état du fœtus, assiste le médecin à l'accouchement, évalue l'indice d'APGAR et prodigue les soins au nouveau-né et à la mère. Le monitoring fœtal fait également partie des activités réservées et elle peut avoir à administrer des médicaments. Enfin, l'infirmière contribue au suivi postnatal en effectuant entre autres, l'examen de la mère et du nouveau-né, le soutien à l'allaitement maternel, la surveillance de l'ictère néonatal, l'administration de la médication prescrite.

<p style="text-align: center;">ACTIVITÉS LIÉES AU TRAITEMENT DES PLAIES ET AUX ALTÉRATIONS DE LA PEAU ET DES TÉGUMENTS</p>

Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent

L'infirmière peut déterminer le plan de traitement infirmier lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, sans ordonnance individuelle ni collective. Cette activité confère à l'infirmière une plus grande autonomie dans les soins et le traitement des plaies et des altérations de la peau et des téguments et confirme l'exercice infirmier dans les soins de pieds. La contribution spécifique de l'infirmière réside principalement dans l'évaluation et dans les mesures préventives liées aux facteurs de risque et le traitement local des plaies et des altérations de la peau et des téguments. Selon le type, la gravité et l'évolution de la plaie, une approche interdisciplinaire doit être privilégiée et les suivis doivent être faits en étroite collaboration avec le médecin traitant.

La pratique et les compétences des infirmières dans ce domaine, sont très diversifiées selon les secteurs où elles exercent et selon les établissements de santé. C'est pourquoi, pour déterminer un plan de traitement, l'infirmière doit s'appuyer sur certains principes :

- s'assurer d'avoir les connaissances et les habiletés nécessaires pour déterminer et appliquer les soins et traitements infirmiers requis par la condition du client, y compris pour le débridement et les produits et les pansements à utiliser;
- baser sa pratique sur les résultats probants⁶;
- tenir compte de la complexité de la plaie ou de l'altération de la peau et des téguments (p. ex. : exposition de structures profondes, signes d'infection, site anatomique);

- s'assurer de connaître le diagnostic médical lié à l'origine de la plaie, notamment dans le cas d'ulcère des membres inférieurs;
- connaître les indications et les contre-indications cliniques aux soins et traitements prévus, p. ex. : lorsque des mesures thérapeutiques (nettoyage, débridement, produits et pansements) sont envisagées pour certains types de plaie (plaie de pression, ulcère veineux, ulcère de pied diabétique, plaie chirurgicale cicatrisant par seconde intention, plaie traumatique et brûlure);
- obtenir une ordonnance médicale individuelle ou se référer à une ordonnance collective lorsqu'on envisage l'utilisation d'un produit avec agent médicamenteux (p. ex. : agent de débridement enzymatique);
- se reporter à la liste en vigueur dans l'établissement lorsqu'il s'agit de médicaments et produits en vente libre, avec ou sans agent médicamenteux; en pratique privée, utiliser les médicaments en vente libre;
- aviser le médecin traitant de l'évolution de la plaie et des modifications éventuelles apportées au plan de traitement infirmier;
- consulter d'autres professionnels de la santé, au besoin, ou y diriger le client;
- respecter les règles de soins infirmiers en vigueur dans l'établissement pouvant préciser les recommandations cliniques liées au traitement des plaies, les éléments qui requièrent une ordonnance et le rôle des membres de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire.

Conformément aux principes mentionnés ci-dessus, le fait de déterminer le plan de traitement infirmier d'un client à risque ou porteur d'une plaie ou d'une altération de la peau et des téguments selon une approche individualisée et dans un contexte interdisciplinaire implique que l'infirmière :

- évalue la condition du client, entre autres au moyen des antécédents médicaux, de l'examen clinique, de paramètres (p. ex. : indice tibiobrachial) et d'échelles de risque (p. ex. : échelles de Norton et Braden) afin de déterminer :

- ✓ les facteurs étiologiques de la plaie ou de l'altération de la peau et des téguments, soit :
 - ➔ les facteurs intrinsèques ou prédisposants (problèmes de santé concomitants, état nutritionnel, hydratation, perfusion tissulaire et oxygénation, médication, attitudes et comportements face à la santé, etc.);
 - ➔ les facteurs extrinsèques ou précipitants (mobilité, positionnement, pression, friction, cisaillement, radiothérapie, traumatisme, etc.);
- ✓ les facteurs qui peuvent influencer sur la guérison (œdème, nécrose, infection, humidité, etc.);
- évalue l'environnement du client (conditions sanitaires, lieu de résidence, ressources disponibles, etc.);
- évalue la douleur à l'aide d'outils et d'échelles et détermine les mesures, autres que les médicaments sous ordonnance, visant à la soulager;
- évalue la plaie à l'aide de grilles d'évaluation ou d'échelles appropriées selon le type (classifications de Wagner et de Crews, règle de 9, *National Pressure Ulcer Advisory Panel Four Stage System*) en tenant compte, entre autres, des aspects suivants : type, site, forme, bords, dimensions, y compris présence de tunnel ou de sillon; stade, degré ou classification, selon le type de plaie; tissu du lit de la plaie; présence d'exsudat, de corps étranger, d'hématome, de sérome ou de déhiscence; tissus environnants;
- évalue les avantages et les risques des mesures préventives et thérapeutiques envisagées et détermine les mesures à appliquer (positionnement, hygiène, hydratation, alimentation, mobilisation, surface thérapeutique, soins de la peau, etc.);
- détermine les mesures d'asepsie requises (technique propre ou stérile);
- procède au nettoyage de la plaie et détermine la technique (compresse, trempette, irrigation à haute ou à basse pression), la fréquence et les agents de nettoyage à utiliser (type, quantité et chaleur de la solution) selon la phase de guérison de la plaie;
- décide de procéder au débridement⁷ et en détermine la fréquence et la méthode selon la condition du client, le but du traitement, le type, la profondeur et la localisation des tissus nécrotiques et ce, après évaluation du potentiel de cicatrisation de la plaie, entre autres dans les cas de plaie chronique (plaie de pression, ulcère veineux, ulcère de pied

diabétique) et dans les cas de plaie aiguë (brûlure du deuxième degré, plaie traumatique superficielle, plaie chirurgicale cicatrisant par seconde intention); les méthodes de débridement étant :

- ✓ autolytique à l'aide d'hydrocolloïde, d'hydrogel et d'autres produits favorisant le milieu humide;
- ✓ chirurgical conservateur à l'aide de pince, ciseaux, bistouri, curette;
- ✓ mécanique par irrigation à forte pression et bain tourbillon;
- décide de procéder à la scarification d'une escarre pour accélérer le débridement autolytique ou enzymatique;
- connaît les contre-indications au débridement et demande un avis médical avant de procéder au débridement de certains types de plaie (ulcère artériel, gangrène sèche, escarre adhérente et sèche, plaie exposant des structures sous-jacentes telles tendons, muscles, fascia, os, plaie située près d'un greffon, plaie localisée au visage et aux mains, plaie encline à saigner, plaie infectée, plaies d'étiologie dermatologique, néoplasique ou systémique);
- détermine les produits et les pansements à utiliser selon l'évaluation initiale de la plaie et celle en cours d'évolution, entre autres pour les plaies de pression de stades I, II et III, les brûlures du premier et du deuxième degré superficiel, les plaies traumatiques superficielles, les plaies chirurgicales cicatrisant par seconde intention et sans exposition de structures profondes, les ulcères veineux, les ulcères de pied diabétique. Rappelons que l'utilisation de médicaments ou produits comportant des agents médicamenteux nécessite une ordonnance individuelle ou collective et que ceux qui sont en vente libre, avec ou sans agent médicamenteux, doivent faire partie de la liste dressée par l'établissement;
- détermine la surveillance requise et la fréquence des évaluations;
- évalue l'efficacité des mesures préventives et des mesures de traitement appliquées et avise le médecin traitant en cas de détérioration de la plaie;
- détermine la stratégie et les éléments d'enseignement au client;
- ajuste le plan de traitement infirmier, le cas échéant;
- enlève les sutures et les agrafes selon le type de plaie et son évolution;

- consulte d'autres professionnels de la santé ou y dirige le client, le cas échéant (p. ex. : infirmière spécialisée en soins de plaies, ergothérapeute, diététiste, physiothérapeute, infirmière stomothérapeute), entre autres dans les cas d'ulcère veineux, d'ulcère artériel, d'ulcère de pied diabétique et de plaie de pression de stade IV et de stade indéterminé;
- consigne au dossier toutes les données pertinentes relatives aux soins des plaies et des altérations de la peau et des téguments en s'assurant qu'elles permettent d'en suivre l'évolution, d'évaluer l'efficacité des soins et des traitements administrés et d'apporter les ajustements requis au plan de traitement infirmier, le cas échéant.

De plus, une infirmière peut, en vertu d'une ordonnance individuelle ou collective :

- utiliser certains médicaments dans le traitement des plaies (p. ex. : sulfadiazine d'argent, collagénase);
- administrer des médicaments dont les analgésiques systémiques et locaux et l'antibiothérapie;
- demander certaines analyses de laboratoire, entre autres pour déterminer la nécessité d'un supplément alimentaire (bilan électrolytique, taux d'albumine, taux de protéine sérique, etc.);
- procéder à une culture par écouvillonnage en présence de signes cliniques d'infection ou d'arrêt de progression de la cicatrisation;
- demander une évaluation vasculaire périphérique par photopléthysmographie ou une radiographie pour déceler notamment une ostéomyélite dans un ulcère de pied diabétique;
- enlever les drains, les mèches, les sutures et les agrafes;
- débrider les plaies dont les structures sous-jacentes sont exposées, les brûlures du troisième et du quatrième degré, l'hyperkératose au pourtour d'une plaie et autres plaies complexes;
- cautériser une plaie avec du nitrate d'argent;
- appliquer des bandages et des systèmes de compression dans les cas d'ulcère des membres inférieurs;

- appliquer des thérapies adjuvantes (thérapie par pression négative contrôlée (VAC™), hydrothérapie et chambre hyperbare).

**Le plan de traitement infirmier et toute modification subséquente
doivent être consignés au plan thérapeutique infirmier**

Le plan de traitement infirmier d'un client à risque ou porteur d'une plaie ou d'une altération de la peau et des téguments comprend :

- les mesures préventives;
- les mesures de traitement;
- les mesures d'asepsie requises;
- les mesures visant à soulager la douleur;
- les éléments de surveillance et la fréquence des évaluations;
- les éléments d'enseignement au client;
- les consultations et les références à d'autres professionnels de la santé, le cas échéant;
- la référence à une ordonnance individuelle ou à une ordonnance collective, le cas échéant.

Le plan de traitement déterminé par l'infirmière peut être appliqué par elle-même ou par d'autres infirmières, ou encore en collaboration avec l'infirmière auxiliaire, selon la nature et la complexité des soins et traitements prévus. Cette dernière peut collaborer, entre autres, à l'observation de divers paramètres devant être consignés (p. ex. : présence de rougeur ou d'inflammation).

Comme dans bien des cas, le plan de traitement lié à une plaie ou à une altération de la peau et des téguments doit être le fruit d'un travail interdisciplinaire en raison de la diversité des facteurs qui influent sur l'apparition et la guérison de la plaie. L'infirmière qui a une expertise reconnue par son établissement dans le soin et le traitement des plaies est souvent appelée à jouer un rôle conseil et de coordination au sein de l'équipe interdisciplinaire et de l'équipe de soins infirmiers. Elle peut, entre autres, faire des recommandations au médecin relativement au plan de traitement, au type de pansement (p. ex. : avec produits actifs), aux solutions désinfectantes, aux thérapies adjuvantes, au débridement, aux systèmes de compression, aux surfaces thérapeutiques et à la

consultation d'un spécialiste. Elle peut être appelée à consulter elle-même un spécialiste. Elle dispense l'enseignement pertinent au client et à ses proches ainsi qu'aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire et de l'équipe de soins infirmiers, et assure elle-même le suivi de clients, par exemple en clinique externe.

Déterminer le plan thérapeutique infirmier en soins de pieds

Cette activité réservée confirme que l'infirmière peut déterminer le plan thérapeutique infirmier en soins de pieds approprié à chaque personne en pratique privée ou en établissement public. Dans ce contexte, on fait référence à divers problèmes de la peau comme les hyperkératoses (callosités, cors, durillons, crevasses), les fissures, la xérose, l'hyperhidrose, la bromhidrose, la macération, la mycose et la verrue plantaire, ainsi qu'à des problèmes d'ongle (ongle incarné, ongle en volute ou en plicature, l'onychauxis, l'hyperkératose sous unguéale, l'onychomycose, l'onychogryphose, etc.).

Dans le cadre de cette activité réservée, l'infirmière :

- procède à l'évaluation de santé des pieds du client qui comprend, entre autres, l'évaluation globale de santé; les habitudes de vie et les autosoins; l'évaluation structurelle, vasculaire et sensorielle des pieds et des membres inférieurs par observation directe et par tests; l'évaluation de la condition et des problèmes actuels et potentiels de la peau et des ongles; et enfin, l'évaluation de la douleur et des risques de problème de santé des pieds;
- détermine les soins et les traitements requis (ponçage et débridement de callosités, de cors et d'ongles; pansements divers; soins des ongles incarnés, insertion de mèche, pose de lamelle correctrice et installation d'ongle en résine; installation de coussinet de confort, orthoplastie; coupe d'ongles problématiques; traitement de mycose à la peau et aux ongles; soins des ongles problématiques chez les clients diabétiques ou présentant des problèmes circulatoires ou sensoriels);

- utilise les divers appareils et instruments requis (fraiseuse, explorateur, curette, pince, bistouri, gouge);
- administre et recommande divers médicaments et produits en vente libre (émollient, antiseptique, crème et onguent antibiotiques, antifongique, crème hydratante, verrucide);
- oriente le client vers d'autres professionnels de la santé (médecin, podiatre, orthésiste), pour une évaluation plus approfondie de problèmes de santé particuliers (p. ex. : mal perforant plantaire ou plaie chez les personnes diabétiques pour qui une évaluation médicale est requise);
- applique les mesures de prévention des infections⁸.

Le plan thérapeutique infirmier en soins de pieds élaboré par l'infirmière peut être appliqué en collaboration avec l'équipe de soins infirmiers, selon la nature et la complexité de l'intervention. Ainsi, le débridement d'hyperkératose et le soin des ongles problématiques chez les clients diabétiques ou présentant des problèmes circulatoires ou sensoriels devraient être réservés à l'infirmière formée en soins de pieds.

ACTIVITÉS LIÉES À LA DÉCISION D'UTILISER DES MESURES DE CONTENTION

Décider de l'utilisation des mesures de contention

Cette activité réservée signifie que l'infirmière peut, sur la base de son jugement clinique, décider de l'utilisation de mesures de contention chez un client, à l'instar des médecins, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, à qui cette activité a aussi été réservée en raison du risque de préjudice important lié à leur application. Bien qu'il ne soit plus nécessaire d'obtenir une ordonnance individuelle pour appliquer des mesures de contention, une telle décision exige, chez certains clients et certaines clientèles, une démarche interdisciplinaire.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a défini des orientations relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle et a élaboré un plan d'action en vue de l'actualisation des objectifs poursuivis⁹. Ces orientations sont explicites quant à la philosophie d'intervention, aux règles éthiques, au cadre juridique et aux principes directeurs sur lesquels les infirmières doivent s'appuyer lorsqu'elles décident d'utiliser des mesures de contention. Cette activité réservée s'inscrit donc dans une démarche systématique visant à réduire l'utilisation des mesures de contrôle par l'application, en tout premier recours, de mesures de remplacement efficaces, efficientes et respectueuses de la personne, de son autonomie, de son environnement et de ses proches.

Les orientations ministérielles définissent la mesure de contention comme suit :

« Toute mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap »¹⁰.

Quant aux mesures de remplacement, il s'agit de stratégies d'intervention qui peuvent être axées sur la personne, sur ses proches, sur les intervenants, sur l'environnement, sur l'équipement ou sur l'organisation du travail¹¹.

L'infirmière doit donc accomplir cette activité réservée en conformité non seulement avec les normes de pratique clinique mais aussi avec les orientations ministérielles, le protocole d'application adopté dans son établissement¹² et les règles de soins applicables à l'utilisation des mesures de contrôle. L'infirmière qui exerce dans un milieu non régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* doit, dans un but de protection de la personne et d'autrui, se conformer à des règles similaires à celles qui sont en vigueur dans les établissements du réseau de la santé.

L'infirmière est amenée à décider de l'utilisation des mesures de contention dans deux contextes différents :

- en cas d'intervention planifiée, c'est-à-dire lorsqu'il est possible, voire nécessaire, de prévoir une éventuelle utilisation des mesures de contention (p. ex. : dans le cas d'une désorganisation comportementale susceptible de comporter un danger pour la personne);
- en cas d'intervention non planifiée, c'est-à-dire lorsque l'infirmière intervient en réponse à un comportement inhabituel et imprévisible qui met en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Dans les deux cas, les mêmes principes guident les gestes à poser. En cas d'intervention non planifiée, une analyse postsituationnelle est requise afin d'intégrer, s'il y a lieu, des mesures de remplacement au plan thérapeutique infirmier de la personne. Lorsqu'un établissement dessert une clientèle qui présente des particularités en lien avec l'utilisation de la contention (ex. : positionnement), le protocole d'application en tiendra compte et ce, dans le respect des principes directeurs énoncés par les orientations ministérielles.

Toute décision d'utiliser une mesure de contention repose sur les principes suivants :

- doit être envisagée comme une mesure d'exception ne s'appliquant qu'à la personne dont les comportements sont susceptibles de mettre sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui en danger immédiat, dans le respect de la personne, de sa liberté de mouvement, de son autonomie et de sa dignité et uniquement lorsque tous les autres moyens ont échoué (dernier recours);
- requiert une évaluation clinique initiale et continue afin de déterminer la nature du problème et son étiologie, les interventions infirmières requises, les mesures de remplacement les plus appropriées, les mesures de contention envisagées (si elles sont justifiées) ainsi que les modifications à apporter au plan thérapeutique infirmier, s'il y a lieu;
- se base sur une approche individualisée dans un contexte interdisciplinaire;
- doit toujours viser un objectif thérapeutique et ne jamais être une mesure punitive;

- requiert le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal, sauf en situation d'urgence;
- constitue une mesure dont la durée d'application est limitée au temps minimal indispensable et dont la pertinence est réévaluée de façon continue;
- doit toujours être optimale sans être excessive, de manière à ne pas brimer inutilement la liberté ni compromettre la sécurité de la personne ou d'autrui;
- exige une surveillance dont les modalités sont déterminées selon la condition du client et le protocole d'application;
- doit être balisée par des procédures et contrôlée aux fins de conformité du protocole d'application.

La décision d'utiliser des mesures de contention signifie que l'infirmière doit :

- procéder à l'évaluation initiale et continue de la situation de santé de la personne afin de déterminer la nature du problème (agitation, agressivité, confusion, errance ou fugue), les facteurs étiologiques (déficit cognitif, troubles du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, souffrance psychologique, dangerosité) et les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux du client;
- poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne et sur la sévérité du problème; il importe alors de distinguer les manifestations et les symptômes des facteurs étiologiques;
- analyser les effets indésirables et les avantages, pour la personne et pour autrui, liés aux mesures de remplacement et, s'il y a lieu, aux mesures de contention envisagées afin de déterminer si leur utilisation est justifiée;
- obtenir le consentement libre et éclairé de la personne, ou de son représentant légal, sauf dans les cas prévus par la loi, notamment en situation d'urgence;
- déterminer et indiquer dans le plan thérapeutique infirmier toutes les données pertinentes relatives à l'utilisation des mesures de remplacement ou, en cas d'échec, des mesures de contention;

- évaluer l'efficacité des mesures de remplacement et, s'il y a lieu, des mesures de contention mises en place;
- consigner au dossier toutes les données pertinentes relatives au consentement et à l'utilisation des mesures de remplacement et des mesures de contention¹³;
- indiquer dans le plan thérapeutique infirmier toutes les modifications qui y sont apportées par la suite;
- réévaluer régulièrement la situation et assurer le suivi;
- consulter d'autres professionnels de la santé ou diriger le clients vers ceux-ci, au besoin.

Le plan thérapeutique infirmier

Le plan thérapeutique infirmier lié à la décision d'utiliser une mesure de contention comprend :

- les aspects de la situation de santé de la personne qui motivent la mesure de contention;
- le moyen de contention retenu (ceinture, gilet, mitaines, attaches aux poignets, etc.), la taille et l'endroit où il doit être utilisé (p. ex. : chaise, lit ou autre);
- la durée maximale d'application continue de la mesure retenue et celle de la période de repos sans contention;
- les indications d'arrêt et de reprise de la mesure retenue;
- la durée de validité de la mesure retenue;
- les éléments à surveiller et la fréquence des visites de surveillance;
- les interventions de soutien à la personne et l'accompagnement requis (maintien de la communication et de la relation, changement de position, besoins physiologiques et psychologiques à satisfaire);
- l'obtention du consentement.

Une fois que l'infirmière a décidé de mettre en place une mesure de contention, celle-ci peut être appliquée par les membres de l'équipe de soins, en conformité avec le plan thérapeutique établi. Quant au recours à des médicaments ou à des substances contrôlées, il demeure sous la responsabilité du médecin.

En cas d'urgence, la décision d'appliquer des mesures de contention n'est pas réservée aux infirmières, ni aux autres professionnels visés par la réserve d'activités en matière de contention (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes).

Une situation d'urgence correspond à un contexte d'intervention non planifiée, telle que définie par les orientations ministérielles. La contention ne peut être appliquée en situation d'urgence que le temps minimum requis, jusqu'à ce que des mesures appropriées aient été prises par un professionnel habilité (ex. : garde en établissement suite à une décision médicale, ou décision par l'infirmière d'appliquer des mesures de contention dans un contexte d'intervention planifiée, c'est-à-dire après obtention du consentement requis par la loi). En établissement de santé, l'application de mesures de contention en cas d'urgence est balisée par le protocole d'application de l'établissement.

Quant aux mesures d'isolement, elles ne sont pas comprises dans les mesures de contention et par conséquent, la décision de les appliquer n'est pas réservée aux professionnels. Dans certains milieux de réadaptation pour jeunes en difficulté par exemple, ces décisions peuvent être prises par des non-professionnels afin de calmer ou de protéger des jeunes en situation de crise.

Précisons toutefois que l'infirmière qui exerce dans un secteur où le recours à l'isolement est utilisé, entre autres dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie, celle-ci s'inspire des mêmes principes généraux et du même processus décisionnel que ceux qui guident l'utilisation judicieuse des mesures de contention.

ACTIVITÉS LIÉES AUX TESTS DIAGNOSTIQUES, AUX TRAITEMENTS MÉDICAUX ET AUX MÉDICAMENTS SELON UNE ORDONNANCE

Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.

Cette activité réservée est formulée de façon large, car les infirmières peuvent effectuer tous les examens et tests invasifs requis selon une ordonnance. Ces derniers sont réalisés notamment au moyen de prélèvements veineux et artériels.

Cette activité regroupe ainsi plusieurs des actes qui étaient délégués aux infirmières en vertu du *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*¹⁴, soit les suivants :

- effectuer un ECG durant ou immédiatement après l'effort;
- administrer les tests diagnostiques suivants et en décrire les résultats :
 - ✓ mycose;
 - ✓ histoplasmine;
 - ✓ coccidioidomyces;
 - ✓ blastomycine;
 - ✓ candida albicans;
 - ✓ tine-test;
 - ✓ PPD;
 - ✓ shick;
- administrer les tests d'allergie et en décrire les résultats :
 - ✓ injection intradermique;
 - ✓ scarification;
- effectuer un prélèvement à partir du cathéter artériel.

Ces tests et examens requièrent une ordonnance soit individuelle, soit collective. La possibilité de procéder par ordonnance collective permet par exemple, à l'infirmière d'effectuer les prélèvements au moment de l'admission d'un patient répondant aux critères précisés dans l'ordonnance sans attendre la visite médicale.

Dans certains secteurs cliniques, les infirmières doivent effectuer des tests et des examens qui présentent un risque de préjudice. Ainsi, en obstétrique, elles sont appelées à effectuer des tests de réactivité fœtale à la demande des médecins.

Par contre, cette activité exclut les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice réservées aux médecins, comme les biopsies et les ponctions. Pour ces examens, les infirmières peuvent effectuer les étapes préparatoires, assister le médecin et assurer le suivi postexamen, s'il y a lieu.

Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance

Cette activité réservée est formulée de façon large, car les infirmières peuvent avoir à effectuer et à ajuster tout traitement médical prescrit par un médecin, dans la mesure où elles possèdent les compétences nécessaires. Les traitements liés à la thérapie médicamenteuse sont abordés dans une section ultérieure.

Il s'agit, entre autres, des activités réservées suivantes : selon une ordonnance, introduire un instrument ou un doigt au-delà du vestibule nasal ou du pharynx, des grandes lèvres, du méat urinaire ou de la marge de l'anus, ou encore dans une ouverture artificielle du corps humain ou dans une veine périphérique. Il peut s'agir, par exemple, d'installer un tube gastrique, d'effectuer une irrigation vaginale, un cathétérisme vésical, un lavement évacuant, ou d'installer un cathéter intraveineux périphérique.

Cette activité comprend, à l'exception de l'assistance chirurgicale, tous les actes auxquels les infirmières étaient auparavant autorisées en vertu du *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, tels que : enlever les tubes à cystostomie, appliquer le défibrillateur, procéder au traitement par dialyse intrapéritonéale et par hémodialyse, enlever un tube endotrachéal, enlever un cathéter épidural, enlever un cathéter artériel, effectuer l'assistance ventilatoire, surveiller et modifier l'entraîneur électrosystolique.

Cette activité implique que les infirmières peuvent non seulement effectuer les traitements médicaux mais aussi les ajuster, selon ordonnance. Il s'agira, par exemple, de remettre le respirateur à pression positive en place au cours d'une période de sevrage, d'ajuster le profil d'ultrafiltration et le profil de sodium dans le dialysat dans le cadre d'un traitement d'hémodialyse.

Bref, l'activité liée aux traitements médicaux confirme la collaboration étroite qui existe entre le médecin et l'infirmière et reconnaît la contribution de celle-ci dans les soins en néphrologie, les soins cardiovasculaires, les soins respiratoires ainsi que les soins neurologiques, orthopédiques, périopératoires, obstétricaux, etc.

Dans le cadre de traitements médicaux prescrits, le retrait d'un instrument fait partie des activités réservées. À titre d'exemple, l'infirmière peut retirer un cathéter central percutané selon l'ordonnance. Elle doit toutefois s'assurer qu'elle possède les compétences, qu'elle peut gérer les complications ou que des ressources médicales sont disponibles. Ces préalables sont requis pour tout traitement médical qui serait prescrit.

Toutefois, des activités ou des actes demeurent du domaine médical en raison de leur caractère hautement préjudiciable, par exemple l'installation d'un drain thoracique ou d'un cathéter central ainsi que la ponction d'ascite. Les infirmières praticiennes en spécialité qui seront admissibles à ce type d'activité pourront utiliser certaines techniques ou appliquer certains de ces traitements

médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice à des conditions déterminées par règlement.

Appliquer des techniques invasives

Cette activité est en complémentarité avec d'autres, dont les suivantes :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance;
- effectuer des examens et des tests invasifs selon une ordonnance;
- effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance;
- administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances selon une ordonnance;
- contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.

Elle permet à l'infirmière d'appliquer toute technique invasive à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, à la condition que cette activité s'inscrive dans la finalité de son champ d'exercice et qu'elle ait reçu la formation nécessaire. Ainsi, elle comprend toute introduction de doigt ou d'instrument dans différents orifices du corps humain nécessaire à son intervention, y compris dans une veine périphérique.

Elle englobe les mesures invasives des accès vasculaires déterminées dans le plan thérapeutique infirmier, dont le changement de cathéter périphérique afin de prévenir les infections. Lorsque plusieurs antibiotiques intraveineux sont administrés et que ceux-ci sont incompatibles, l'infirmière peut décider de mettre en place un autre accès veineux pour administrer l'un d'eux. L'infirmière peut aussi décider de procéder par cathétérisme vésical pour effectuer une culture et un analyse d'urine prescrites pour un enfant.

L'examen du col utérin est une autre technique invasive inhérente à l'évaluation de la condition physique d'une parturiente, qui fait appel au jugement clinique et aux connaissances de l'infirmière. D'autres techniques invasives peuvent être effectuées sans ordonnance médicale, dont l'aspiration des sécrétions endotrachéales, les soins de trachéostomie, un toucher rectal.

Les infirmières devront toujours ajuster leur pratique selon l'évolution des besoins des clientèles, des traitements médicaux incluant les thérapies médicamenteuses et de la technologie afférente. La définition de cette activité réservée est large, ce qui permet une évolution de sa portée. À titre d'exemple, les infirmières depuis quelques années, installent des cathéters périphériques longs (MIDline) et ce, en fonction des besoins des clients, de la durée du traitement et de la médication prescrite.

La nouvelle législation permettrait ainsi aux infirmières d'installer un cathéter central par voie périphérique (*PICC line*). Aux États-Unis et au Canada, cet acte est accompli par des infirmières ayant reçu une formation à cet effet¹⁵. L'OIIQ étudie la possibilité d'adopter un règlement de formation continue qui stipulera les exigences de formation applicables aux infirmières appelées à exercer cette activité.

Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance

Cette activité implique que l'infirmière peut administrer et ajuster les médicaments ou d'autres substances, selon une ordonnance individuelle ou collective, par les différentes voies d'administration. Cette activité réservée comprend l'administration d'alimentation par voie entérale et parentérale, la thérapie intraveineuse, incluant l'administration de liquides, de médicaments et de produits sanguins par les accès vasculaires sous-cutanés et les accès vasculaires périphériques et centraux.

Elle regroupe plusieurs des actes qui étaient délégués aux infirmières en vertu du règlement de délégation d'actes médicaux, dont les suivants :

- administrer des vaccins de désensibilisation;
- administrer des substances anticancérigènes, des substances anesthésiques, des substances iodées de contraste et des substances en expérimentation par voie intraveineuse;
- administrer des substances anesthésiques par voie épidurale lorsqu'un cathéter est déjà installé :
 - ✓ aux fins de diagnostic ou d'analgésie;
 - ✓ à des fins obstétricales :
 - durant le travail;
 - durant l'accouchement;
- administrer une médication ocytotique par voie intraveineuse.

Selon une ordonnance individuelle, elle peut administrer, par exemple les diurétiques, les anxiolytiques, les anticoagulants, les antihypertenseurs, les antiacides, les antiémétiques, les anticonvulsivants, les antipsychotiques, les analgésiques et les narcotiques.

L'administration de médicaments peut également se faire selon une ordonnance collective, souvent utilisée pour les médicaments d'urgence. En CLSC, il s'agit de la contraception orale d'urgence pour la clientèle des programmes *Jeunesse* ou pour celle qui fréquente les services de santé courants. En santé et sécurité du travail, il pourrait s'agir de l'administration d'antidotes d'urgence, comme le gluconate de calcium par suite d'un contact avec l'acide fluorhydrique. L'administration d'épinéphrine sous-cutanée en cas de choc anaphylactique est une autre médication d'urgence qui peut faire l'objet d'une ordonnance collective.

En ce qui concerne l'ajustement de médicaments, il peut se faire à partir de directives émises dans les ordonnances individuelles ou collectives. Les infirmières sont couramment appelées à ajuster les doses des médicaments comme les narcotiques pour soulager la douleur, la médication

ocytocique pour l'induction du travail en salle d'accouchement, les médicaments vasopresseurs pour maintenir une pression artérielle adéquate, l'insuline pour viser une glycémie la plus proche possible de la normale et les anticoagulants pour l'atteinte de la zone thérapeutique.

L'administration de médicaments en vente libre et non prescrits n'est pas réservée à des professionnels. Les infirmières y sont donc autorisées et peuvent aussi recommander de tels médicaments conformément aux règles de soins applicables dans l'établissement ou l'entreprise concerné. Quant à l'administration de médicaments en vente libre prescrits, elle est réservée à un professionnel.

Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance

Cette activité est complémentaire à l'administration de médicaments et de substances. Elle implique que l'infirmière peut mélanger des substances pour préparer un médicament en vue de l'administrer. Cette activité s'exerce sans condition. Elle est précisée parce que l'activité de préparer les médicaments est réservée aux pharmaciens.

ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique

Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* signifie qu'une infirmière peut donc, sans ordonnance individuelle ni collective, décider d'administrer l'ensemble des produits immunisants compris dans le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*¹⁶, peu importe qu'elle exerce dans le secteur public (CH, CLSC, CHSLD, CJ) ou dans le secteur privé (clinique en soins infirmiers, clinique médicale,

pharmacie, industrie, entreprise privée). Rappelons que le *PIQ* est l'outil d'application du Programme national de santé publique en matière d'immunisation.

En d'autres mots, toute infirmière peut, en ce qui a trait à la primo-immunisation, aux doses de rappel ou de prophylaxie en cas de blessure, à l'immunisation préexposition et postexposition, y compris la santé des voyageurs, administrer des immunoglobulines et des vaccins, effectuer le test cutané à la tuberculine (TCT), y compris sa lecture et son interprétation, et procéder à la recherche sérologique d'anticorps avant et après la vaccination, selon les recommandations du *PIQ*.

Le *PIQ* est un document validé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSP), par l'entremise de son Comité d'immunisation du Québec (CIQ) et entériné et publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le *PIQ* représente l'ouvrage de référence de tous les professionnels de la santé appelés soit à administrer des produits immunisants, soit à participer à la gestion des programmes d'immunisation. Il regroupe l'information technique et scientifique nécessaire à la vaccination. Les recommandations qui s'y trouvent sont issues des données scientifiques les plus récentes et des monographies des produits. Lorsque certains renseignements du protocole diffèrent de ceux de la monographie, le premier a toujours prépondérance sur la seconde. Le *PIQ* est continuellement mis à jour et divers mécanismes de communication permettent de rejoindre les vaccinateurs et de leur transmettre toute modification éventuelle. L'infirmière doit donc s'assurer qu'elle possède les informations complètes et à jour concernant les produits immunisants qu'elle décide d'administrer.

Conditions d'application

Au Québec, toute infirmière qui administre un produit immunisant doit se conformer au *PIQ*, ce qui implique qu'elle devra, dans certains cas, demander une évaluation médicale avant de vacciner. Il existe effectivement certains cas où, pour la sécurité de la personne, l'infirmière doit demander l'avis du médecin traitant (pneumocoque chez les personnes atteintes d'une infection à

VIH; RRO chez une personne dont la thrombocytopénie est liée dans le temps à l'administration du RRO).

Outre les recommandations du *PIQ*, toute infirmière qui administre des produits immunisants est tenue de respecter les dispositions de la *Loi sur la santé publique* relativement au registre de vaccination¹⁷ et à la déclaration des manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination¹⁸.

Étant donné les responsabilités conférées aux établissements en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'infirmière qui exerce dans un établissement régi par cette loi est aussi tenue de respecter les règles de soins infirmiers en vigueur relativement à l'immunisation. Ces règles, qui sont approuvées par la DSI ou la RSI, sont élaborées par celles-ci en collaboration avec le CII et après consultation avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Elles peuvent préciser, entre autres, les produits immunisants qu'une infirmière peut administrer au sein de l'établissement ainsi que les clientèles visées, toujours conformément au *PIQ*. Par exemple, une infirmière pourra administrer, sans ordonnance individuelle ni collective, les vaccins contre l'influenza, le pneumocoque, la rubéole et le tétanos lorsqu'elle travaille en centre hospitalier; tous les vaccins de la primo-immunisation en CLSC ; et les vaccins contre l'influenza et le pneumocoque en CHSLD.

Pour les situations qui exigent un suivi, comme une enquête épidémiologique ou une vaccination des contacts (p. ex. : infection à méningocoque), l'infirmière qui exerce dans un établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* doit aussi tenir compte des ententes conclues entre son établissement et la Direction de la santé publique de son territoire. Quant à l'infirmière qui exerce dans un milieu non régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, comme l'enquête épidémiologique relève de la Direction de la santé publique, elle doit signaler directement à celle-ci toute situation qui exige une telle enquête.

Un directeur de santé publique peut, en vertu de l'article 113 de la *Loi sur la santé publique*, autoriser un professionnel de sa direction, médecin ou infirmière, à exercer certains pouvoirs en son nom. Ainsi, une infirmière de santé publique peut, dans ce contexte, déterminer les mesures à prendre aux fins d'immunisation dans le cadre d'une enquête épidémiologique.

L'infirmière, qui exerce dans le secteur privé et qui désire se procurer les vaccins offerts gratuitement à la population dans le cadre des programmes de vaccination, devra s'informer auprès de la Direction de la santé publique de son territoire du mode d'organisation régional des services de vaccination. Si celui-ci le permet, elle devra s'inscrire comme vaccinateur auprès de la Direction de la santé publique de son territoire et s'engager à respecter les clauses du contrat d'entente qu'elle signera. Il est aussi possible qu'elle puisse acheter, directement des fabricants ou des fournisseurs, des vaccins pour lesquels il existe dans le *PIQ* une recommandation de vaccination à la condition qu'il n'y ait pas de programme provincial gratuit d'instauré. Dans ce cas, l'infirmière pourra facturer le client. Ainsi, une infirmière qui œuvre en secteur privé pourrait administrer, sans ordonnance individuelle et selon les recommandations du *PIQ*, notamment les vaccins contre la varicelle, l'influenza, l'hépatite B ainsi que les vaccins destinés aux voyageurs.

Éléments du plan thérapeutique infirmier

Cette activité réservée implique que toute infirmière, qu'elle exerce dans le secteur public ou privé, doit dorénavant considérer l'immunisation comme un élément implicite du plan thérapeutique infirmier qu'elle peut aborder au moment de l'évaluation du client et qu'elle doit aborder chez les groupes visés par les programmes de vaccination. L'immunisation est un élément à indiquer au plan de soins et de traitements infirmiers.

Lorsqu'elle procède à la vaccination, l'infirmière, conformément aux recommandations du *PIQ* :

- vérifie le statut vaccinal de la personne par l'interprétation de son carnet, de son dossier médical ou de son dossier de santé (vérifie le nombre de doses administrées tout en s'assurant du respect de l'âge minimal pour amorcer la vaccination et des intervalles

- minimaux entre les doses). À cette fin elle peut, en vertu de l'article 67 de la *Loi sur la santé publique*, consulter le registre de vaccination (en cours d'élaboration) pour vérifier les antécédents vaccinaux d'une personne, avec son consentement, avant de lui administrer un vaccin;
- détermine la pertinence de vacciner la personne à la lumière des données recueillies et des indications et contre-indications applicables;
 - renseigne la personne ou son représentant légal sur les avantages et les risques de l'immunisation ainsi que sur la marche à suivre en cas de réaction;
 - obtient le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal avant de procéder à la vaccination;
 - respecte la posologie, la voie d'administration, les techniques d'injection et le calendrier d'immunisation;
 - note les immunisations au dossier et au carnet de vaccination et les inscrit au registre de vaccination (en cours d'élaboration) avec l'autorisation de la personne, conformément à la *Loi sur la santé publique*;
 - assure la surveillance requise;
 - respecte la marche à suivre en cas de réaction à la suite de la vaccination;
 - respecte les consignes relatives à la manipulation et à la conservation des produits biologiques;
 - déclare toute manifestation clinique inhabituelle conformément à la *Loi sur la santé publique* (en cours d'élaboration), le cas échéant.

Le fait de procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* implique que l'infirmière peut, après évaluation, demander à l'infirmière auxiliaire de préparer et d'injecter dans les minutes qui suivent les produits immunisants qu'elle aura déterminés. Étant donné l'évolution possible de la condition de santé du client, il est impératif pour sa sécurité que le délai entre l'évaluation et l'injection soit le plus court possible.

L'infirmière auxiliaire peut effectivement, en vertu de l'article 37.1, alinéa 5^o g) du *Code des professions*, contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi sur la santé publique*. Plus précisément, elle y contribue en préparant et en injectant les produits immunisants après évaluation de l'infirmière. L'infirmière auxiliaire doit se reporter aux recommandations du *PIQ* relatives aux techniques d'administration d'un vaccin (conservation, manipulation, injection) et à l'inscription au dossier des produits administrés. Elle doit aussi noter ces produits au carnet de vaccination et inscrire les données requises au registre de vaccination. L'infirmière auxiliaire doit aussi signaler à l'infirmière toute réaction éventuelle de la personne à la vaccination et la noter au dossier ainsi qu'au carnet de vaccination. En cas de réaction adverse, il revient à l'infirmière d'évaluer la situation, de décider des mesures d'urgence qui s'appliquent et de déclarer toute manifestation clinique inhabituelle.

Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique

Cette activité réservée confère à l'infirmière une plus grande autonomie dans le dépistage des problèmes de santé. En effet, elle lui permet de décider, sans ordonnance individuelle ou collective, d'effectuer les mesures diagnostiques recommandées aux fins de dépistage dans le cadre du *Programme national de santé publique*¹⁹, qui découle de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Cette activité lui est réservée, qu'elle exerce dans un établissement public du réseau de la santé (CH, CHSLD, CLSC, CJ) ou dans le secteur privé (clinique médicale, industrie, milieu carcéral). Cette activité réservée peut s'exercer dans des contextes cliniques qui peuvent varier selon le type d'activités du *Programme national de santé publique* (ex. : dépistage du cancer du sein²⁰, dépistage des ITSS)²¹. Ces contextes seront précisés au niveau de protocoles ou de cadres de référence. Le contexte particulier de l'infirmière en santé au travail est traité à la fin de cette partie.

Précisons que cette activité réservée vise uniquement les personnes asymptomatiques étant donné que la notion de dépistage sous-entend ce type de clientèle. Dans le cas où la personne serait symptomatique, les interventions de l'infirmière s'inscrivent plutôt dans le cadre de l'activité réservée consistant à « initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance » ou « effectuer des tests et des examens diagnostiques selon une ordonnance ».

Les mesures diagnostiques que les infirmières peuvent effectuer aux fins de dépistage sont surtout celles qui visent des problèmes de santé importants et qui permettent d'obtenir des gains substantiels en ce qui a trait à l'amélioration de la santé de la population ou de groupes particuliers.

À titre d'exemple, l'infirmière peut décider d'effectuer les tests recommandés dans le cadre du dépistage des ITSS, incluant un examen cytologique du col (test de Papanicolaou). Pour ce qui est du cancer du sein, l'infirmière enseigne déjà l'autoexamen des seins. Elle pourrait, après avoir effectué l'évaluation de la femme, incluant l'examen clinique des seins, demander une mammographie pour une femme asymptomatique qui répond aux critères définis dans le programme de dépistage.

Divers principes doivent guider l'infirmière dans les activités de dépistage, dont les suivants :

- se conformer aux protocoles officiels reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux cadres de référence et paramètres applicables au programme de dépistage en question, par exemple du cancer du sein ou des ITSS, et s'assurer que cette information est à jour (personnes ou groupes ciblés, facteurs de risque à prendre en considération au moment de l'évaluation, tests les plus appropriés, méthodes de prélèvement, suivi requis, etc.) ; précisons que, pour ce qui est du dépistage des ITSS, les cadres de référence élaborés par les directions régionales de la santé publique s'appliquent en attendant qu'un protocole national soit disponible;
- tenir compte des résultats probants en regard des activités de dépistage;

- posséder les connaissances et les habiletés essentielles en regard des activités de dépistage, notamment en ce qui concerne l'évaluation des facteurs de risque et le counselling pré-test et post-test;
- s'assurer de bien connaître les ressources médicales du milieu afin de pouvoir référer la personne dont l'examen ou le test est positif, selon les ententes prévues à cet égard;
- s'assurer de toujours utiliser des tests dont la qualité est reconnue, entre autres pour connaître leur valeur prédictive;
- prévoir des ententes avec des laboratoires;
- respecter les consignes émises par les laboratoires pour la manipulation et la conservation des tests de dépistage et des échantillons recueillis, y compris le transport;
- respecter les règles de soins infirmiers de son établissement concernant les activités de dépistage mentionnées au *Programme national de santé publique* ainsi que les ententes établies avec la Direction de la santé publique de son territoire pour les situations qui exigent un suivi.

L'infirmière peut dorénavant considérer le dépistage comme un élément implicite du plan thérapeutique infirmier qu'elle peut aborder au moment de l'évaluation du client et qu'elle doit aborder dans le cadre des activités du *Programme national de santé publique*. Le dépistage est donc un élément à indiquer au plan thérapeutique infirmier.

Lorsqu'elle procède à une activité de dépistage, l'infirmière doit, conformément aux recommandations de la santé publique :

- vérifier la présence de facteurs de risque liés au problème de santé ciblé par le dépistage;
- déterminer la pertinence d'initier des tests diagnostiques à la lumière des données recueillies à l'évaluation et des recommandations en vigueur;
- renseigner la personne ou son représentant légal, entre autres sur les avantages et les conséquences du dépistage, la nature des tests envisagés, les modalités d'évaluation ou de prélèvement, la marche à suivre en cas de réaction au test, le mode de communication des résultats et le type de suivi préconisé si le résultat est positif;

- discuter des impacts psychologiques du résultat positif de certains tests;
- obtenir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal avant de procéder aux tests de dépistage;
- choisir le test et le mode de prélèvement appropriés;
- respecter la technique de prélèvement préconisée et assurer la surveillance requise;
- respecter la marche à suivre en cas de réaction au test, le cas échéant (p. ex. : allergie inconnue aux composantes d'un test);
- diriger vers un médecin, toute personne dont l'examen ou le test présente un résultat positif afin qu'un diagnostic soit clairement établi et le traitement approprié prescrit;
- administrer des médicaments selon l'ordonnance collective, le cas échéant;
- consigner au dossier toutes les données pertinentes liées à l'activité de dépistage sauf pour le dépistage anonyme (facteurs de risque évalués, consentement obtenu, test et mode de prélèvement utilisés, heure du prélèvement, résultats obtenus, réactions du client, interventions infirmières posées, suivi suggéré).

Cette activité réservée confère à l'infirmière un rôle de premier plan pour les activités de santé publique. Sa contribution est balisée par le Programme national de santé publique et les documents complémentaires du programme. À cet égard, plusieurs des documents devront être revus pour préciser la nature de la collaboration attendue de l'infirmière, notamment celui sur le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Pour le dépistage des ITSS, on rappelle qu'un protocole national est en cours d'élaboration. La profession d'infirmière prend ainsi une nouvelle dimension en intégrant, de façon plus explicite, le domaine d'expertise lié à la santé publique. Pour répondre à ces nouveaux défis, la formation des infirmières devra inévitablement s'ajuster.

Infirmière en santé au travail

L'infirmière qui œuvre en santé du travail doit tenir compte du programme de santé spécifique à l'entreprise, qui prévoit notamment les activités de dépistage applicables aux travailleurs de l'entreprise.

En vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) agit comme maître-d'œuvre du régime québécois chargé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs²². Dans ce domaine, les acteurs de santé publique interviennent principalement en vertu d'un contrat conclu entre la CSST et la régie régionale²³. En vertu de ce contrat, la régie régionale est responsable de l'application des programmes de santé au travail sur son territoire, selon les budgets consentis à cette fin par la CSST. Le contenu de ces programmes est déterminé par la CSST²⁴.

Dans le cadre des limites prévues par le contrat conclu entre la CSST et la régie régionale, le médecin responsable des services de santé dans l'établissement (entreprise) élabore et voit à la mise en application du programme de santé spécifique à l'établissement²⁵. Ce programme de santé comprend notamment les mesures de surveillance de la santé des travailleurs par lesquelles se font la prévention et le dépistage des problèmes de santé, en fonction du contexte particulier de l'entreprise²⁶.

Par conséquent, la contribution de l'infirmière en santé au travail est balisée par le programme de santé spécifique à l'entreprise. Ainsi, afin d'éviter les intoxications professionnelles, les infirmières effectuent, entre autres, les prélèvements nécessaires au dépistage du plomb, du monoxyde de carbone et du cadmium chez la population exposée à ces contaminants. La nouvelle *Loi sur les infirmières et les infirmiers* vient ainsi reconnaître les activités déjà exercées par l'infirmière auprès des travailleurs.

RÉFÉRENCES

1. Pour chacune des 14 activités réservées dans la loi, ce guide présente un aperçu de leur portée. Pour les approfondir, plusieurs ouvrages en sciences infirmières peuvent servir de référence dont J.C. McCloskey et G.M. Bulechek (sous la dir. de), *Classification des interventions de soins infirmiers : CISI – NIC*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2000.
 2. *Larousse médical*, Paris, Larousse, 2000.
 3. La détermination des problèmes de santé fait référence, entre autres, au diagnostic infirmier, formulé ou non selon la classification des diagnostics infirmiers de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
 4. *Larousse médical*, *op. cit.*
 5. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Le suivi systématique de clientèles : une solution infirmière*, Montréal, OIIQ, 1996, p. 11.
 6. Voir, entre autres, les articles suivants disponibles sur le site de l'Association canadienne du soin des plaies, [http://www.cawc.net/open/library/clinical/clinical_res.html] :
 - K. Dolynchuk *et al.*, « Best practices for the prevention and treatment of pressure ulcers », *Ostomy/Wound Management*, vol. 46, n^o 11, 2000, p. 38-54.
 - S. Inlow, H. Orsted et R.G. Sibbald, « Best practices for the prevention, diagnosis, and treatment of diabetic foot ulcers », *Ostomy/Wound Management*, vol. 46, n^o 11, 2000, p. 55-68.
 - B. Kunimoto, M. Cooling, W. Gulliver, P. Houghton, H. Orsted et R.G. Sibbald, « Best practices for the prevention and treatment of venous leg ulcers », *Ostomy/Wound Management*, vol. 47, n^o 2, p. 34-50.
 - R.G. Sibbald *et al.*, « Preparing the wound bed: Debridement, bacterial balance, and moisture balance », *Ostomy/Wound Management*, vol. 46, n^o 11, 2000, p. 14-35.
- De plus, l'OIIQ a réuni dans un tiré à part les articles de *L'Infirmière du Québec* sur le soin des plaies :
- Y. Moulin, « Le soin des plaies », *L'Infirmière du Québec*, tiré à part, 2002.
7. Débridement : retrait des tissus dévitalisés ou nécrotiques (morts) et de corps étrangers (tels que suture, charpie, morceaux de vitre) ; retrait de débris non adhérents qui s'enlèvent facilement.
 8. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Guide de prévention des infections à l'intention des infirmières en soins de pieds*, Montréal, OIIQ, 2002.

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*, Québec, MSSS, 2002a.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques. Plan d'action*, Québec, MSSS, 2002b.

10. MSSS (2002a), *op. cit.*, p. 14.

11. Association des hôpitaux du Québec, *Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée. Cadre de référence*, Montréal, AHQ, 2000.

Unité de recherche en gériatrie, [*Programme de réduction des contentions physiques en CHSLD*], Beauport, Université Laval, Unité de recherche en gériatrie, 1999, p. 46-48.

12. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1 :

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures ».

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, D. 1320-84, (1984) 116 G.O. II, 2745 [S-5, r. 5], art. 6 :

« Le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé visé à l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5) peut adopter les règlements nécessaires pour l'exercice des responsabilités de l'établissement, et il doit adopter des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activités de l'établissement : [...]

18° les mécanismes à mettre en place dans l'établissement afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires ».

13. G. Ménard, *Élaboration et validation de normes et d'indicateurs de la qualité des soins dans l'application des mesures de contention et d'isolement*, mémoire, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, 2002.
14. *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, [M-9, r 1.1].
15. Canadian Intravenous Nurses Association, *Intravenous Therapy Guidelines*, 2^e éd., North York (Ont.), CINA, 1999, p. VIII-9.
Infusion Nurses Society, *Policies and Procedures for Infusion Nursing*, Norwood (Mass.), INS, 2000, p. 76.
Intravenous Nurses Society, « Infusion nursing standards of practice », *Journal of Intravenous Nursing*, vol. 23, n^o 6S, 2000, p. 5-42.
16. Comité sur l'immunisation du Québec, *Protocole d'immunisation du Québec*, 3^e éd., Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 1999.
17. *Loi sur la santé publique*, L.Q. 2001, c. 60, art. 68.
18. *Ibid.*, art. 69.
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2003.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*, Québec, MSSS, 2002.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales. Orientations*, Québec, MSSS, 2001.
22. *Loi sur la santé et la sécurité du travail* [L.s.s.t.], L.R.Q., c. S-2.1, art. 167.
23. L.s.s.t., art. 109 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, *op. cit.*, p. 64.
24. L.s.s.t., art. 107.
25. L.s.s.t., art. 122.
26. L.s.s.t., art. 113.

CHAPITRE 3

DÉROGATIONS À LA RÉSERVE D'ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Pour favoriser un accès raisonnable à des services sécuritaires, le législateur a prévu de nouvelles exceptions permettant à des non-professionnels d'exercer des activités réservées, à certaines conditions¹.

Situations d'urgence - D'entrée de jeu, précisons que, même si les modifications législatives n'en traitent pas, certaines situations justifient une intervention immédiate lorsque la vie et la sécurité d'une personne l'exigent. L'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne* prévoit une obligation de porter secours à la personne dont la vie est en péril². Ainsi, pour sauver la vie d'une personne et lorsque aucun professionnel habilité n'est en mesure d'intervenir de façon immédiate, toute personne peut exercer une activité réservée aux professionnels de la santé, avec la prudence et la diligence requises selon les circonstances. Par exemple, en situation d'urgence, un enseignant ou une éducatrice en milieu scolaire pourrait administrer de l'épinéphrine par auto-injecteur pour sauver la vie d'un enfant.

*Soins dispensés par un parent, une personne qui assume la garde d'un enfant
ou un aidant naturel*

Un parent, une personne qui assume la garde d'un enfant ou un aidant naturel peut dispenser des soins réservés à des professionnels de la santé (p. ex. : administrer des médicaments prescrits, des traitements de plaies, etc.) :

« Malgré toute disposition inconciliable, un parent, une personne qui assume la garde d'un enfant ou un aidant naturel peut exercer des activités professionnelles réservées à un membre d'un ordre. Aux fins du présent article, un aidant naturel est une personne proche qui fournit sans rémunération des soins et du soutien régulier à une autre personne »³.

Cette dérogation, qui ne fixe pas de limite quant aux types de soins, permet à des personnes proches ou significatives de dispenser des soins à la personne, sans rémunération. Elle actualise l'exception prévue à l'article 41 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* selon laquelle les personnes qui s'occupent des malades en qualité de domestique, de dame de compagnie, de bonne d'enfant ou d'aide domestique peuvent dispenser des soins infirmiers, de même que celles qui donnent des soins aux membres de leur famille⁴.

Le terme « **parent** » désigne toute personne qui a un lien de parenté avec la personne bénéficiant des soins. On entend donc par « parent » tout membre de la famille du bénéficiaire (père, mère, enfant, frère, sœur, cousin, grands parents, etc.).

L'« **aidant naturel** » est défini par la loi comme désignant « une personne proche qui fournit, sans rémunération, des soins et du soutien régulier à une autre personne ». Le mot « proche » implique une relation étroite et significative avec la personne qui bénéficie des soins et un lien de confiance entre celle-ci et l'aidant. Ainsi, au sens de la loi, l'aidant naturel est une personne qui, sur une base volontaire et non professionnelle, fournit gratuitement des soins et du soutien au bénéficiaire de façon régulière. Par exemple, le conjoint de fait peut être considéré comme un aidant naturel, tout comme un ami ou un bénévole ayant un lien significatif avec le bénéficiaire, s'il lui apporte une aide ou un accompagnement quotidien ou à intervalles fréquents.

Pour ce qui est de la « **personne qui assume la garde d'un enfant** », la garde visée est celle qui est fondée sur le choix d'un individu en fonction de ses caractéristiques personnelles, par opposition à la garde assumée par une entité ou un organisme par l'entremise de son personnel. Ainsi, les personnes qui occupent un poste rémunéré au sein d'un organisme (p. ex. : service de

garde) ou d'un établissement d'enseignement et qui agissent à ce titre ne sont pas visées par cette exception, mais bien par une autre dérogation prévue à l'article 39.8 du *Code des professions* permettant l'administration de certains médicaments.

Bien que la loi ne stipule aucune condition régissant les lieux où les soins peuvent être dispensés dans le cadre de cette exception, elle vise à permettre qu'ils le soient **principalement dans un contexte familial ou privé**, et en dehors des centres exploités par des établissements de santé. Ainsi, un parent ou un aidant naturel pourra dispenser des soins qui incluent des activités réservées, dans un milieu de vie (par opposition à un milieu de soins), par exemple à domicile, en résidence privée ou dans une ressource communautaire.

Soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne

Une deuxième exception vise à permettre à des non-professionnels de dispenser certains soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne :

« Les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaires au maintien de la santé ne constituent pas une activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre, lorsqu'ils sont fournis par une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires »⁵.

Cette exception vise à permettre la contribution d'intervenants non professionnels auprès de clientèles en perte d'autonomie et vulnérables, notamment les personnes âgées, handicapées ou présentant des problèmes de santé mentale sévères, qui ont besoin d'assistance pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) liées à l'alimentation et à l'élimination.

Cette exception permet de dispenser des soins **invasifs** d'assistance aux AVQ. Une activité de soins est invasive lorsqu'elle implique l'introduction d'un instrument ou d'un doigt au-delà des barrières physiologiques du corps humain. L'administration d'un gavage par voie nasogastrique ou par gastrostomie, le curage rectal, la stimulation anale et le cathétérisme vésical intermittent sont des exemples de soins invasifs d'assistance aux AVQ. Ces activités constituent des modalités d'alimentation et d'élimination quotidiennes pour des personnes en perte d'autonomie.

Les soins invasifs d'assistance aux AVQ, qui peuvent être prodigués en vertu de cette exception, **doivent être requis sur une base durable et quotidienne et être nécessaires au maintien de la santé**. Cette condition implique que ces soins s'adressent à une clientèle **dont la condition de santé est stable** et qui ne peut se les administrer elle-même en raison d'une perte d'autonomie. Ils ne peuvent donc pas être confiés à des non-professionnels si la situation de santé de la personne est aiguë ou instable, entre autres s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un traitement, d'un suivi postopératoire ou d'une convalescence.

Les soins invasifs d'assistance aux AVQ ne peuvent être administrés par des non-professionnels qu'à titre de services fournis par une ressource intermédiaire ou de type familial ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un CLSC.

Aux termes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une **ressource intermédiaire** désigne « toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté une personne inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense les services de soutien ou d'assistance requis par sa condition »⁶. La personne qui reçoit des services d'une ressource intermédiaire demeure un usager de l'établissement.

Une **ressource de type familial** désigne une ressource à laquelle un établissement public du réseau de la santé recourt aux fins de placement d'adultes, de jeunes ou de personnes âgées⁷. Les ressources de type familial se composent des résidences d'accueil et des familles d'accueil⁸.

On désigne par « *famille d'accueil* » une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial⁹.

Une **résidence d'accueil** désigne une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel¹⁰.

Les soins d'assistance qui peuvent être dispensés dans le cadre d'un **programme de soutien à domicile fourni par un CLSC** doivent l'être au lieu où loge le bénéficiaire, de façon temporaire ou permanente (maison individuelle, logement ou appartement, résidence collective ou résidence dite « privée »)¹¹.

Ces exceptions nécessitent un lien entre la personne et l'établissement qui fait appel à la ressource intermédiaire ou de type familial, ou entre la personne et le CLSC, puisque la personne est inscrite dans l'établissement. Elle implique aussi qu'un encadrement suffisant est fourni par l'établissement à l'égard des services dispensés par le non-professionnel, notamment par une évaluation des besoins de la personne, l'élaboration d'un plan d'intervention et d'un plan de soins.

En ce qui concerne les résidences privées, des travaux sont actuellement en cours, impliquant le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Office des professions du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Association des résidences pour retraités et retraitées du Québec afin d'identifier les responsabilités des parties impliquées dans la prestations des soins.

Il faut exclure de cette exception, les services à domicile couverts par un autre régime public (assurance-automobile, santé et sécurité du travail), à moins que le CLSC ne fournisse des services de soutien à domicile à cette clientèle, en vertu d'une entente de service avec de tels organismes. Il faut également exclure de cette exception les programmes privés d'aide à domicile. L'exception ne couvre pas les CHSLD (publics ou privés conventionnés) ni les autres centres exploités par des établissements du réseau de la santé, où les soins invasifs d'assistance aux AVQ devront être dispensés par des professionnels habilités à le faire. Sont également du ressort exclusif des professionnels habilités par la loi les soins invasifs d'assistance aux AVQ dispensés en résidence d'hébergement privée à l'égard des résidents qui ne sont pas visés par un programme de soutien à domicile fourni par un CLSC.

Administration de médicaments prescrits

Une troisième exception permet à des non-professionnels d'administrer des médicaments dans les milieux visés par l'exception précédente et dans d'autres milieux de vie pour enfants, en dehors du réseau des établissements de santé :

« Malgré toute disposition inconciliable, une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visé à l'article 39.7 ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires, dans une école ou dans un autre milieu de vie substitut temporaire pour enfants peut administrer des médicaments prescrits et prêts à être administrés, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale ou par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée »¹².

Cette exception permet à des non-professionnels d'administrer des médicaments prescrits. À cet égard, il y a lieu de distinguer la distribution d'un médicament de son administration.

La distribution d'un médicament implique la simple remise matérielle d'un médicament déjà prescrit et préparé par un professionnel habilité à le faire, à la personne qui se l'administre elle-même (p. ex. : remettre une seringue d'insuline que la personne s'injecte elle-même). La distribution d'un médicament peut être exécutée par toute personne, professionnelle ou non, puisqu'elle ne constitue pas une activité réservée. Comme la distribution d'un médicament implique chez la personne, un degré d'autonomie suffisant pour qu'elle puisse se l'administrer elle-même, la décision de confier la distribution d'un médicament à un non-professionnel présuppose donc une évaluation préalable, par l'établissement, de la capacité de la personne à le faire.

L'administration d'un médicament, elle, comporte un certain contrôle et une aide à la prise de médication (p. ex. : lorsqu'on introduit un comprimé dans la bouche, qu'on applique une crème médicamenteuse ou des gouttes ophtalmiques, qu'on introduit un suppositoire, qu'on administre du Ventolin, etc).

Les médicaments qu'un non-professionnel peut administrer dans le cadre de cette exception ne peuvent l'être que selon les voies d'administration prévues (orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale ou par inhalation). Un non-professionnel ne peut donc administrer un médicament par voie intraveineuse ni sous-cutanée, sauf l'insuline. Par ailleurs, les médicaments doivent être prescrits et déjà préparés par un professionnel habilité à le faire et sous une forme prête à être administrée (dosette, unidose, insuline déjà préparée). Une décision clinique aura, au préalable, été prise par un professionnel habilité à le faire quant au moment et aux circonstances où le médicament peut être administré.

En plus des milieux mentionnés pour les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne, des médicaments pourront être administrés par des non-professionnels en milieu scolaire et dans tout autre milieu de vie substitut temporaire pour enfants (garderie, camp de jour, colonie de vacances, etc.).

Personnes agissant pour le compte d'Héma-Québec

Une dernière exception permet à des non-professionnels agissant pour le compte d'Héma-Québec d'effectuer des prélèvements sanguins à partir d'une tubulure déjà en place¹³. Cette exception s'adresse aux aides de collecte qui interviennent dans le cadre d'opérations de collecte de sang organisées par cet organisme et qui ont reçu une formation à cet effet.

Le retrait d'une aiguille installée dans le bras du donneur aux fins de collecte de sang n'est pas visé par cette exception. Les aides de collecte qui agissent pour Héma-Québec pourront exercer cette activité en vertu d'un règlement d'autorisation d'actes, adopté par l'OIIQ en vertu de l'article 94 h) du *Code des professions*. Il est prévu que ce règlement entre en vigueur le 1^{er} juin 2003.

Pouvoir réglementaire de l'Office des professions du Québec

Un pouvoir réglementaire a été attribué à l'OPQ afin d'étendre à d'autres lieux, contextes ou situations, les exceptions permettant à un non-professionnel d'exercer les activités visées aux articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions*, soit l'administration de soins invasifs d'assistance aux AVQ et de médicaments déjà préparés. Ce pouvoir réglementaire ne vise pas à permettre l'exercice de nouvelles activités réservées, mais à ajuster la prestation des activités visées par ces deux exceptions aux besoins susceptibles d'émerger dans l'avenir et ce, dans des conditions qui assurent la protection du public. L'adoption d'un tel règlement devra faire l'objet d'une

consultation préalable auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et des ordres professionnels concernés.

Responsabilité des non-professionnels qui exercent des activités réservées dans le cadre de ces exceptions, celle des établissements et des professionnels à leur emploi

Dans tous les cas de dérogation qui précèdent, il revient d'abord aux non-professionnels de s'assurer qu'ils possèdent la formation et les compétences nécessaires pour exercer les activités réservées. Il leur incombe de dispenser les soins avec toute la compétence, la prudence et la diligence requises. Ils doivent s'abstenir d'aller au-delà de leurs capacités et, au besoin, faire appel à un professionnel habilité pour évaluer la situation et administrer les soins appropriés.

Lorsque des soins sont dispensés par un non-professionnel dans le cadre d'une ressource intermédiaire ou de type familial ou d'un programme de soutien à domicile fourni par un CLSC, l'établissement doit assurer un encadrement suffisant à l'égard des activités dispensées par le non-professionnel dans un but de protection du public. La prestation des soins et la décision d'en confier l'administration à un non-professionnel devra donc reposer sur une évaluation préalable de la condition et des besoins de la personne par l'établissement. Ce dernier devra s'assurer que cette évaluation est faite par un professionnel habilité, le plus souvent une infirmière, qui verra à établir un plan d'intervention.

L'établissement doit aussi fournir les ressources professionnelles et non professionnelles nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle ou, s'il ne peut le faire lui-même, s'assurer que les soins sont dispensés par une personne qualifiée. Il importe aussi que l'encadrement fourni par l'établissement comporte un suivi professionnel, entre autres par une réévaluation périodique des besoins de la personne, de la qualité des services fournis et de la capacité des intervenants et par une mise à niveau de leurs connaissances, au besoin.

Les infirmières auront donc un rôle à jouer quant à ces diverses responsabilités et, à ce titre, elles devront faire preuve de compétence, de prudence et de diligence. Ainsi, lorsqu'une infirmière évalue les besoins de la personne et dispense aux membres de la famille ou au personnel non professionnel un enseignement sur les soins et traitements à prodiguer, elle doit leur fournir une formation adéquate et évaluer leur compréhension ainsi que leur capacité à le faire. Dans cette optique, elle doit contre-indiquer l'intervention d'une personne qu'elle juge ne pas être en mesure de donner les soins nécessaires. L'infirmière doit aussi assurer un suivi clinique et réévaluer périodiquement l'état de santé de la personne ainsi que la capacité de l'intervenant à dispenser les soins requis.

RÉFÉRENCES

1. *Code des professions* [C.prof.], L.R.Q., c. C-26, art. 39.6 à 39.10 ; *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33, art. 4.
2. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 2 :

« Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable ».
3. C.prof., art. 39.6.
4. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 41, al. 3. L'alinéa 3 a été abrogé par L.Q. 2002, c. 33, art. 14.
5. C.prof., art. 39.7.
6. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 302.
7. *Ibid.*, art. 310.
8. *Ibid.*, art. 311.
9. *Ibid.*, art. 312.
10. *Ibid.*
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, 2003, p. 16.
12. C.prof., art. 39.8.
13. C.prof., art. 39.10. Cette disposition entrera en vigueur le 1^{er} juin 2003.

CHAPITRE 4

INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

Nouveaux leviers juridiques

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* fournit de nouveaux leviers permettant d'actualiser le rôle d'infirmière praticienne spécialisée au Québec. Ainsi, dans certains secteurs très spécialisés, l'infirmière pourra prendre en charge des patients dont le diagnostic est déjà établi et exercer les cinq activités additionnelles suivantes, traditionnellement réservées aux médecins :

- prescrire des examens diagnostiques;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- prescrire des médicaments et d'autres substances;
- prescrire des traitements médicaux;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Pour pouvoir exercer ces activités additionnelles, qui caractérisent le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée, l'infirmière devra remplir les deux conditions suivantes, prévues à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*¹ :

A. Être titulaire d'un certificat de spécialiste délivré à des conditions qui seront déterminées par règlement de l'OIIQ en vertu de l'article 14 f) de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*². Ce règlement définira les différentes spécialités infirmières et déterminera, pour chacune d'elles, des exigences de formation nécessaire et additionnelles au diplôme, notamment un stage.

B. Être habilitée à exercer les activités additionnelles précédentes en vertu d'un règlement du CMQ³. Ce règlement sera élaboré en collaboration avec l'OIIQ. Il précisera, parmi les cinq activités précédentes, celles que l'infirmière praticienne spécialisée peut exercer dans le cadre de sa spécialité. Il définira aussi les conditions d'exercice de ces activités en exigeant, par exemple, un complément de formation médicale ou un stage en milieu clinique, ou encore l'obligation d'exercer en collaboration avec un médecin ou un groupe de médecins oeuvrant dans la même spécialité.

Mécanismes de contrôle de la pratique des activités additionnelles en établissement : le rôle de la DSI et du CII

Comme les infirmières praticiennes spécialisées exerceront surtout en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et pour des clientèles nécessitant des soins très spécialisés, des modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁴ attribuent de nouvelles responsabilités principalement aux directrices des soins infirmiers (DSI) ainsi qu'aux conseils des infirmières et infirmiers (CII) en regard de la pratique des activités additionnelles énoncées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Le législateur a harmonisé ces responsabilités avec celles du chef de département clinique et du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Afin que le personnel puisse être informé du droit de pratique des infirmières praticiennes spécialisées en regard des activités additionnelles, la DSI aura la responsabilité de tenir et de mettre à jour un registre des infirmières habilitées à exercer ces activités⁵.

Règles de soins médicaux et règles d'utilisation des médicaments applicables aux activités additionnelles

En regard des activités additionnelles qui seront exercées par des infirmières praticiennes spécialisées dans un département clinique, la DSI aura la responsabilité de collaborer, avec le chef de ce département, à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables à ces activités⁶.

Actuellement, le chef de département clinique est responsable envers le CMDP d'élaborer ces règles en regard des activités médicales exercées dans son département⁷. Lorsque ces règles s'appliqueront aux activités additionnelles exercées par des infirmières de son département, il partagera cette responsabilité avec la DSI. Pour celle-ci, cette responsabilité est en continuité avec son mandat consistant à s'assurer de l'élaboration de règles de soins qui tiennent compte de critères de qualité, de pertinence et d'efficacité⁸.

Pour être applicables aux infirmières praticiennes, les règles de soins médicaux devront être approuvées par le conseil d'administration de l'établissement. Cependant, la loi exige la recommandation préalable du CMDP et du CII⁹.

À cet égard, la loi ajoute aux responsabilités légales du CII celle de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières dans le centre¹⁰.

Évaluation et contrôle de la qualité des activités additionnelles en établissement de santé

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* attribue de nouvelles responsabilités à la DSI et au chef de département clinique en regard de la surveillance de la qualité des activités additionnelles qui seront exercées par les infirmières praticiennes spécialisées dans le centre. Pour

la DSI, cette responsabilité est liée à son mandat de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers dans le centre¹¹. Pour le chef de département clinique, elle se greffe à son rôle de surveillance de l'exercice médical dans son département, qui porte notamment sur la qualité et sur la pertinence des activités médicales et sur l'observance des normes de pratique et des règles de soins qui leur sont applicables¹².

Par ailleurs, le mandat du CII lui permet maintenant de collaborer avec le CMDP en matière d'appréciation de la qualité des activités additionnelles exercées par des infirmières praticiennes spécialisées. À cet égard, le CII sera responsable, envers le conseil d'administration de l'établissement, d'apprécier de manière générale la qualité des activités additionnelles exercées par des infirmières dans le centre¹³. Ce pouvoir d'appréciation, déjà exercé par le CII quant à la qualité des actes infirmiers dans le centre, est général et ne s'étend pas aux services dispensés par une infirmière en particulier. Ce pouvoir de surveillance « individuelle » relève de la DSI¹⁴.

Sanctions pour motif disciplinaire ou incompétence

Tout comme le conseil d'administration peut imposer une mesure disciplinaire à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste¹⁵, il faut prévoir la possibilité, pour la DSI, d'imposer une sanction à l'endroit d'une infirmière qui n'exercerait pas correctement les activités additionnelles en établissement.

Pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, la DSI pourra donc limiter ou suspendre l'exercice, par une infirmière, d'une ou de plusieurs des activités additionnelles dans le centre, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels (DSP)¹⁶. Ce pourrait être le cas, par exemple, d'une infirmière qui omettrait de respecter les règles de soins médicaux ou les règles d'utilisation des médicaments qui sont applicables à ces activités.

On a jugé nécessaire de s'assurer de la cessation immédiate d'exercice de ces activités en cas d'urgence lorsque que la DSI est dans l'impossibilité ou omet de le faire. Le cas échéant, le chef de département clinique ou le DSP pourra prendre une mesure temporaire de cinq jours et il devra en aviser la DSI dans les plus brefs délais. Cette disposition est le pendant d'un pouvoir de suspension d'urgence qui peut être exercé à l'endroit d'un médecin ou d'un dentiste¹⁷.

Par ailleurs, s'il arrivait que la DSI refuse de prendre une mesure à l'endroit d'une infirmière lorsque la situation l'exige, le directeur général de l'établissement pourra limiter ou suspendre le droit pour l'infirmière d'exercer les activités additionnelles, après consultation auprès du CMDP et du CII. Toute mesure prise à l'endroit d'une infirmière devra être signalée à l'OIIQ.

Il va sans dire que, dans tous les cas où on jugera nécessaire d'imposer une mesure à l'endroit d'une infirmière, la DSI devra d'abord être saisie de la situation et il lui reviendra de se prononcer en premier lieu sur la décision à prendre. Ce n'est qu'en cas d'urgence ou si la DSI refuse d'intervenir qu'une mesure temporaire pourra être prise par une autre personne.

Mécanismes de contrôle de l'exercice des activités additionnelles en cabinet privé

Lorsque des activités additionnelles sont exercées en cabinet privé par une infirmière praticienne spécialisée, les mécanismes d'encadrement prévus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne s'appliquent pas. Ces responsabilités sont alors partagées entre le médecin œuvrant avec l'infirmière et le CMQ.

Conditions locales applicables aux activités additionnelles dans le secteur privé – Pour assurer l'encadrement des activités médicales exercées par des professionnels autres que les médecins en cabinet privé, la *Loi médicale* oblige le médecin œuvrant avec le professionnel à soumettre au bureau du CMQ les conditions locales qu'il entend mettre en œuvre pour l'exercice de ces activités dans son milieu de pratique¹⁸. Ainsi, le médecin devra faire approuver par le CMQ les

règles de soins médicaux ou le protocole applicables à la prescription de médicaments ou à l'utilisation, par l'infirmière, de techniques invasives à haut risque de préjudice. Pour être applicables dans le milieu, ces conditions devront être approuvées par le CMQ qui en avisera l'OIIQ¹⁹.

Surveillance des activités additionnelles – En vertu de la *Loi médicale*, il reviendra au médecin œuvrant avec l'infirmière de surveiller la façon dont celle-ci exerce les activités additionnelles dans son milieu de pratique²⁰ en s'assurant qu'elle le fait avec qualité et pertinence et selon les normes de pratique applicables.

Ce pouvoir de surveillance est l'équivalent du pouvoir exercé par le chef de département clinique et par la DSI à l'égard des activités additionnelles exercées par les infirmières spécialisées en établissement de santé.

Mécanisme de surveillance de la pratique des activités additionnelles par les ordres professionnels

Bien que l'exercice des activités additionnelles soit conditionnel à une habilitation réglementaire du CMQ, celles-ci n'en demeurent pas moins intégrées à la pratique spécialisée de l'infirmière praticienne, dont l'obligation de compétence professionnelle qui prend sa source dans l'exercice de sa profession. Les mécanismes de contrôle de sa compétence professionnelle relèvent donc du Comité d'inspection professionnelle de l'OIIQ.

Cependant, la *Loi médicale* confère au bureau du CMQ un pouvoir de vérification de la qualité des activités médicales exercées par des professionnels habilités par règlement du Collège, que ce soit en cabinet privé ou dans les établissements du réseau de la santé²¹.

À cette fin, un comité ou un médecin désigné par le bureau du CMQ pourra obtenir de ces professionnels, des médecins avec qui ils collaborent et de l'établissement en question, tout renseignement jugé utile et directement lié à l'exercice de ces activités. En fait, cette responsabilité du CMQ consistera à vérifier si les activités médicales exercées par ces professionnels sont conformes aux normes de pratique reconnues en médecine. Les renseignements sollicités devront être pertinents à cette vérification et directement liés à l'exercice des activités médicales. Le professionnel, le médecin ou toute personne interrogée devront collaborer à cette collecte de renseignements et ils ne pourront invoquer le secret professionnel pour refuser de répondre aux questions du professionnel qui procédera à la vérification.

Cependant, il faut distinguer ce pouvoir de vérification du mécanisme d'inspection professionnelle. Contrairement à ce dernier, le pouvoir de vérification ne permet pas de surveiller la pratique d'une infirmière en particulier ni de faire enquête sur sa compétence professionnelle. Cette dernière responsabilité revient à l'OIIQ, conformément à son mandat d'inspection professionnelle en vertu du *Code des professions*²². Si la vérification effectuée par le représentant du CMQ soulève un questionnement sur la compétence d'une infirmière praticienne spécialisée, le CMQ avisera l'OIIQ et il appartiendra alors au Comité d'inspection professionnelle de cet organisme de faire enquête sur la compétence de l'infirmière.

RÉFÉRENCES

1. *Loi sur les infirmières et les infirmiers* [L.i.i.], L.R.Q., c. I-8, art. 36.1 ; *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33, art. 12.
2. L.i.i., art. 14 (f) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 11.
3. *Loi médicale* [L.m.], L.R.Q., c. M-9, art. 19 (b) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 16.
4. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [L.s.s.s.s.], L.R.Q., c. S-4.2, art. 190, 192, 270, 207.1 et 220 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 24 à 28.
5. L.s.s.s.s., art. 207 (2.2) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 26.
6. L.s.s.s.s., art. 207 (2.1) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 26.
7. L.s.s.s.s., art. 190 (2).
8. L.s.s.s.s., art. 207 (2).
9. L.s.s.s.s., art. 192, al. 2 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 25.
10. L.s.s.s.s., art. 220 (2.1) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 28.
11. L.s.s.s.s., art. 207 (1) et (1.1) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 26.
12. L.s.s.s.s., art. 190 (1) et (1.1) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 24.
13. L.s.s.s.s., art. 220 (1) ; L.Q. 2002, c. 33, art. 28.
14. L.s.s.s.s., art. 207 (1).
15. L.s.s.s.s., art. 249 à 251.
16. L.s.s.s.s., art. 207.1 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 27.
17. L.s.s.s.s., art. 251.
18. L.m., art. 42.1 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 19.
19. L.m., art. 42.1, al. 2.
20. L.m., art. 42.1, al. 3.
21. L.m., art. 18.2 ; L.Q. 2002, c. 33, art. 15.
22. C.prof., art. 109 à 115.

ANNEXE I

Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin

[M-9, r. 11.1]

1. Le médecin qui délivre par écrit une ordonnance doit y faire apparaître :
 - 1° son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;
 - 2° la date de délivrance de l'ordonnance;
 - 3° le nom et la date de naissance du client;
 - 4° s'il s'agit d'un médicament :
 - a) le nom intégral du médicament, en lettres moulées lorsqu'il existe une similitude de nom avec un autre médicament susceptible de prêter à confusion;
 - b) la forme pharmaceutique;
 - c) la concentration;
 - d) la quantité prescrite ou la durée du traitement;
 - e) la posologie;
 - f) la voie d'administration;
 - g) le nombre de renouvellements autorisé ou l'indication qu'aucun renouvellement n'est autorisé;
 - 5° s'il s'agit d'un examen, sa nature;
 - 6° s'il s'agit d'un traitement, sa nature et, le cas échéant, sa durée;

- 7° s'il s'agit d'appareils, autres que des lentilles ophtalmiques, leurs principales caractéristiques;
- 8° s'il s'agit de lentilles ophtalmiques :
 - a) la puissance sphérique, cylindrique ou prismatique exprimée en dioptrie et, lorsqu'il y a lieu, l'addition;
 - b) l'indication de la distance œil-lentille au moment de l'examen des yeux lorsqu'elle est requise pour la réalisation des lentilles;
 - c) l'acuité visuelle, lorsque sa valeur avec la correction n'atteint pas 6/6;
 - d) le cas échéant, tout autre renseignement ou contre-indication requis par la condition du client;
- 9° la période de validité de l'ordonnance, lorsqu'elle est justifiée par une condition du patient consignée au dossier.

Ne satisfont pas aux exigences des paragraphes 4° et 8° du premier alinéa, les mentions « usage connu » ou « tel que prescrit » ou toute autre mention au même effet.

2. Le médecin peut délivrer par écrit une ordonnance sur laquelle n'apparaissent pas son numéro de permis d'exercice ni la période de validité de l'ordonnance, lorsque le client identifié dans l'ordonnance est hébergé par un établissement au sens des lois sur les services de santé et les services sociaux.
3. Le médecin doit rédiger l'ordonnance lisiblement.
De plus, il doit rayer d'un trait oblique la partie non utilisée de la feuille d'ordonnance.
4. Le médecin qui délivre par écrit une ordonnance doit, le cas échéant, initialiser toute interdiction de procéder à une substitution de médicaments.

5. Le médecin qui rédige une ordonnance dans le but d'obtenir d'un pharmacien des médicaments pour usage professionnel doit y faire apparaître :
 - 1° son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;
 - 2° le nom, la forme pharmaceutique et la quantité du médicament;
 - 3° la mention « usage professionnel ».

6. Le médecin qui communique verbalement une ordonnance doit mentionner au pharmacien ou à la personne habilitée légalement à exécuter l'ordonnance :
 - 1° son nom, son numéro de téléphone et son numéro de permis d'exercice;
 - 2° les éléments mentionnés dans les paragraphes 3° à 9° du premier alinéa de l'article 1 ou, selon le cas, dans les paragraphes 2° et 3° de l'article 5;
 - 3° l'indication, le cas échéant, qu'il ne doit procéder à aucune substitution des médicaments.

7. Le présent règlement remplace le *Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin* (R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 11).

8. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*¹.

¹ Décision 98-09-10, (1998) 130 G.O. II, 5399, Gazette officielle du 30 septembre 1998.

ANNEXE II

COLLABORATION INTERNE

Louiselle Bouffard

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel

Louise Cantin

Directrice et secrétaire générale adjointe

Direction du développement et soutien professionnel

Carole Deshaies

Présidente du CIP

Bureau de l'inspection professionnelle

Manon Fabi

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel

Karine Labarre

Conseillère

Direction des affaires externes

Judith Leprohon

Directrice scientifique

Direction scientifique

Jocelyne Poirier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

RESPONSABLE

Carole Mercier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

GROUPE DE TRAVAIL RELIÉ AUX PLAIES ET AUX ALTÉRATIONS DE LA PEAU ET DES TÉGUMENTS

Louiselle Bouffard

Pratique privée

Danielle Dallaire

CHUQ – Pavillon Enfant-Jésus

Chantal Doddridge

Hôpital Charles-Lemoyne

Louise Forest-Lalande

Hôpital Sainte-Justine

Chantal Labrecque

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Josée Morse

Centre hospitalier Saint-Eustache

Yvette Moulin

CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau

Manon Paquin

CHUM – Pavillon Saint-Luc

Diane Saint-Cyr

Centre universitaire de santé McGill

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Carole Mercier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

Céline Thibault

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES CONTENTIONS

Monique Bourque

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Pavillon d'Youville

Robin Gagnon

Centre hospitalier régional de Lanaudière

Geneviève Ménard

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Odette Roy

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Carole Mercier

Directrice-conseil
Direction des affaires externes

Céline Thibault

Infirmière-conseil
Direction du développement et soutien professionnel

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA VACCINATION

Lucie Bédard

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Danielle Bernard

CLSC des Faubourgs

Denis Blais

Hôpital Sainte-Justine

Lucie Bellehumeur

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Pavillon d'Youville

Anne-Marie Clouâtre

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

D^r Monique Landry

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Myrance Mailhot

CHUQ
Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

Nicole Mercier

CLSC Haute-Yamaska

Louise Thibault-Paquin

Ministère de la Santé et des Services sociaux

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Carole Mercier

Directrice-conseil
Direction des affaires externes

Céline Thibault

Infirmière-conseil
Direction du développement et soutien professionnel

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES MESURES DIAGNOSTIQUES À DES FINS DE DÉPISTAGE

Lucie Bédard

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Lise Brassard

QIT – Fer et Titane Inc.

Suzanne Carrière

CLSC des Faubourgs

Michèle Deschamps

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Pierrette Doyon

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

D^r Sylvie Venne

Ministère de la Santé et des Services sociaux

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Carole Mercier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

Céline Thibault

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel

GROUPE DE CONSULTATION SUR LES TABLEAUX DE CONCORDANCE

Jocelyne Albert

Centre universitaire de santé McGill

Lucie Bellehumeur

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Pavillon d'Youville

Aline Bourgon

CLSC Côte-des-Neiges

Denise Lévesque-Boudreau

Hôpital Laval

Marie Normand

Hôpital Sainte-Justine

France Roy

CHUM
Pavillon Notre-Dame

REPRÉSENTANTE DE L'OIIQ

Carole Mercier

Directrice-conseil
Direction des affaires externes

GROUPE DE CONSULTATION SUR LES TECHNIQUES INVASIVES

Lisette Allard

Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie
CLSC-CHSLD Bordeaux-Cartierville

Danielle Beaucage

Société québécoise des infirmières en santé respiratoire
Centre hospitalier thoracique de Montréal

Judy-Ann Boyer

Association québécoise des infirmières et assistantes en gastro-entérologie

Andrée Coulombe

Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec

Nadia Desmarais

Association des infirmières et infirmiers en prévention des infections
Hôpital Sainte-Justine

Johanne Dévis

Monitrice clinique de l'unité de dialyse
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Lisette Gagnon

Regroupement des infirmières et infirmiers en réadaptation
Institut de réadaptation de Montréal

Helsy Monroe

Association d'entraide Ville-Marie

Caroline Pinard

Soins intermédiaires de traumatologie
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Lise Poissant

Table de concertation des soins infirmiers à domicile de la sous-région de Longueuil

Colette Tougas Poirier

Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie – Secteur Québec

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Karine Labarre

Conseillère
Direction des affaires externes

Carole Mercier

Directrice-conseil
Direction des affaires externes

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS EN SALLE D'OPÉRATION

Joanne Bélanger

Cité de la Santé de Laval

Diane Boivin

Hôtel-Dieu de Montmagny

Monique Perazzelli

Hôpital Jean-Talon

Claire Tremblay

Hôpital Laval

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Manon Fabi

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel

Carole Mercier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

GROUPE DE TRAVAIL EN SOINS D'URGENCE

Catherine Defalco

Hôpital Général de Montréal

Sylvie Desjardins

Hôpital Charles LeMoyne

Johanne Faucher

Centre universitaire de santé de l'Estrie

Andrée Gamache

Hôpital du Haut-Richelieu

Sophie Gamache

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Richard Lanthier

Centre hospitalier régional de Lanaudière

Denise Trudel

Cité de la Santé de Laval

REPRÉSENTANTES DE L'OIIQ

Manon Fabi

Infirmière-conseil

Direction du développement et soutien professionnel

Carole Mercier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

GROUPE DE CONSULTATION EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

André Blouin
EMCO Limitée

Lise Brassard
QIT – Fer et Titane Inc.

Dominique Duval
Kronos Canada Inc.

Louise Guertin
Acti-Menu

Françoise Limoges
CLSC Lac-Saint-Louis

Andrée Morasse
Héma-Québec

Lise Ricard
La Société Watson Wyatt Canada

et autres collaboratrices

REPRÉSENTANTE DE L'OIIQ

Carole Mercier
Directrice-conseil
Direction des affaires externes

GROUPE DE CONSULTATION SUR LES SOINS AUX CLIENTÈLES DIABÉTIQUES

Monique Bernard

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Marilyn Cantara

Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Andrée Desmarais

Centre hospitalier régional de Lanaudière

Françoise Desrochers

CHUM – Hôtel-Dieu de Montréal

Monique Guay

CLSC Drummond

Johanne Lebel

Cité de la Santé de Laval

Louise Tremblay

Association diabète Québec

REPRÉSENTANTE DE L'OIIQ

Carole Mercier

Directrice-conseil

Direction des affaires externes

CODE 179