

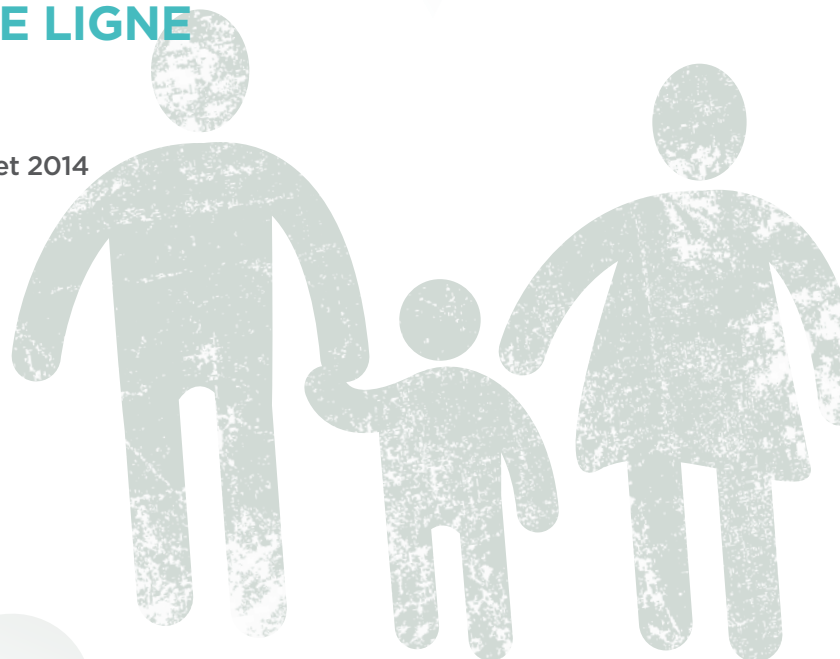


LIGNES DIRECTRICES

PRATIQUE CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE
PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN

**SOINS DE
PREMIÈRE LIGNE**

2^e ÉDITION
Mise à jour : Juillet 2014



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

PRODUCTION

Service des publications

Sylvie Couture

Chef de service

Claire Demers

Adjointe à l'édition

Direction des services aux clientèles et promotion, OIIQ

CONCEPTION GRAPHIQUE

Le Groupe Flexidée

RÉALISATION GRAPHIQUE

Marc Senécal / inoxidée

RÉVISION LINGUISTIQUE ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Odette Lord

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-3770
ventepublications@oiiq.org
www.oiiq.org

Collège des médecins du Québec

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

OIIQ : ISBN 978-2-89229-444-6, 1^{re} édition, 2008 (PDF)
ISBN 978-2-89229-596-2, 2^e édition, 2013 (PDF)
ISBN 978-2-89229-636-5, 2^e édition, mise à jour juillet 2014 (PDF)

CMQ : ISBN 978-2-920548-59-6, 1^{re} édition, 2008 (PDF)
ISBN 978-2-920548-83-1, 2^e édition, 2013 (PDF)
ISBN 978-2-920548-98-5, 2^e édition, mise à jour juillet 2014 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014

© Collège des médecins du Québec, 2014

Tous droits réservés

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

COORDINATION

Suzanne Durand

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

RECHERCHE ET RÉDACTION

Suzanne Durand

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

Martine Maillé

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

SOUTIEN À LA RÉDACTION

M^e Hélène d'Anjou

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

D^r Jean-Bernard Trudeau

Secrétaire adjoint
Collège des médecins du Québec

M^e Linda Bélanger

Directrice adjointe, Direction des services juridiques
Collège des médecins du Québec

CONSULTATION

Josée Couture

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CSSS de Portneuf

Gilles Cossette

Infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne
CLSC Saint-Gabriel-de-Brandon

Table des matières

INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE DE PRATIQUE ET L'OFFRE DE SERVICE	7
LIEUX DE PRATIQUE	7
CLIENTÈLE VISÉE	8
ACTIVITÉS DE L'IPSPL	8
Activités relatives aux problèmes de santé courants	8
Activités relatives aux problèmes de santé chroniques stables	11
Activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie	12
Activités relatives au suivi de grossesse	13
Activités relatives à la prestation des soins à la famille et à la communauté	14
Responsabilités de l'IPSPL	15
DEMANDE D'INTERVENTIONS MÉDICALES OBLIGATOIRES	15
Situations qui nécessitent obligatoirement une demande d'intervention médicale	15
Modalités de la demande d'intervention faite au médecin partenaire	16
DEMANDE DE CONSULTATIONS MÉDICALES ET DE SERVICES PROFESSIONNELS	17
CHAPITRE 2 : LA PRATIQUE DE COLLABORATION	18
CONDITIONS ESSENTIELLES AU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE DE COLLABORATION	18
BÉNÉFICES DE LA COLLABORATION	19
CHAPITRE 3 : LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'IPSPL	20
ORDONNANCES COLLECTIVES	20
PRESCRIPTION D'EXAMENS DIAGNOSTIQUES	20
UTILISATION DE TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES EFFRACTIVES OU PRÉSENTANT DES RISQUES DE PRÉJUDICE	25
PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS OU D'AUTRES SUBSTANCES	25
Administration de la médication et surveillance clinique	26
Liste des classes de médicaments réglementés	26
Prescription des médicaments contrôlés	26
PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS MÉDICAUX	44
UTILISATION DES TECHNIQUES OU APPLICATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX EFFRACTIFS OU PRÉSENTANT DES RISQUES DE PRÉJUDICE	45
Soigner et suturer une plaie	45
Inciser et drainer un abcès	46
Installer une canule œsophago-trachéale à double voie	46
Installation et retrait d'un stérilet	46
Onyctomie partielle	47
Exérèse de lésions cutanées superficielles	47

CHAPITRE 4 : ASPECTS LÉGAUX ET ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DE L'IPSPL	48
LA PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT	48
La directrice des soins infirmiers	48
Le chef de département clinique	49
LA PRATIQUE HORS DES ÉTABLISSEMENTS.....	49
Surveillance de la façon dont s'exerce une activité médicale que l'IPSPL est habilitée à exercer.....	49
SURVEILLANCE DE L'EXERCICE DE L'IPSPL PAR LES ORDRES PROFESSIONNELS.....	50
RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'IPSPL.....	51
Assurance responsabilité professionnelle.....	51
COLLABORATION ENTRE LE RÉSIDENT EN MÉDECINE ET L'IPSPL.....	52
MODALITÉ DE PRATIQUE POUR LA CANDIDATE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ADMISSIBLE À L'EXAMEN DE CERTIFICATION.....	52
Conditions supplémentaires et surveillance médicale.....	52
CHAPITRE 5 : LES MODALITÉS DE PRATIQUE DE L'IPSPL EN RÉGIONS ISOLÉES	53
DESCRIPTION ET SITUATION DES RÉGIONS ISOLÉES.....	53
Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	53
Nunavik.....	53
Territoire de la Baie-James	54
Premières Nations.....	54
Communautés des Premières Nations de Lac-Rapide et Winneway.....	54
SITUATIONS D'URGENCE EN RÉGIONS ISOLÉES	54
ACTIVITÉS MÉDICALES	56
Faire un accouchement d'urgence et traiter les hémorragies du post-partum.....	56
Appliquer certains traitements médicaux.....	57
Immobilisation en cas de fracture.....	57
Réduction d'une dislocation ou d'une subluxation d'une fracture fermée et d'une fracture ouverte seulement s'il y a atteinte neurovasculaire.....	58
Prescrire des médicaments ou d'autres substances.....	58
Exercer les activités médicales de soins avancés en réanimation cardiorespiratoire.....	59
Soins avancés en réanimation cardiovasculaire	59
Soins avancés en réanimation pédiatrique.....	60
Soins avancés en réanimation néonatale	60
Soins avancés de traumatologie.....	61
Médicaments et autres substances administrés en situation de réanimation et de stabilisation	61
FORMATION REQUISE.....	62
CONCLUSION	62
RÉFÉRENCES	63

INTRODUCTION

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

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

Ainsi, depuis la création du rôle d'IPSPL en 2007 et compte tenu de l'évolution des pratiques cliniques et de l'application des règlements liés à la pratique des IPSPL, une révision des activités médicales en collaboration avec le CMQ s'avérait nécessaire. En raison de l'entrée en vigueur, en janvier 2012, du *Règlement modifiant le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, il a été jugé opportun de faire cette mise à jour visant à actualiser l'information contenue dans le document publié en 2008 et intitulé *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*.

Les nouvelles lignes directrices traitent, au chapitre un, du contexte de pratique de cette IPSPL ainsi que de ses différents rôles et responsabilités. Au deuxième chapitre, on y aborde la question de la pratique de collaboration, élément d'une importance primordiale dans la réussite du partenariat entre le médecin de famille et l'IPSPL. Dans le troisième chapitre, on y décrit en détail les activités médicales exercées par l'IPSPL. Le quatrième chapitre aborde les aspects légaux et l'encadrement de la pratique de l'IPSPL. Dans le dernier chapitre, vous trouverez les modalités de la pratique de l'IPSPL, lorsqu'elle travaille en régions isolées et qu'elle a suivi une formation supplémentaire.

Finalement, les annexes du document de 2008 ont été retirées. Celles-ci sont présentées dans des documents distincts :

- *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une IPSPL ou une CIPSPL et un ou plusieurs médecins partenaires.*
- *Modèle n° 1 d'entente de partenariat entre l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et le ou les médecins partenaires.*
- *Modèle n° 2 d'entente de partenariat entre la candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPSPL) et le ou les médecins partenaires.*

Les présentes lignes directrices, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, sont un complément aux *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée* publiées en 2006.



LE CONTEXTE DE PRATIQUE ET L'OFFRE DE SERVICE

L'IPSPL exerce en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille accessibles dans son milieu de pratique ou à distance. C'est pourquoi les autres médecins spécialistes ne peuvent être partenaires de l'IPSPL, même si, par exemple, ils exercent en première ligne.

Lieux de pratique

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

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

Toutefois, dans ces milieux cliniques, certaines modalités doivent être respectées. La pratique hors des établissements (ex. : en clinique médicale privée) nécessitera un encadrement des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne conformément à l'article 42.1 de la *Loi médicale* (LM), tel que le décrit le chapitre 4 du présent document. À cet effet, le partenariat entre le médecin de famille et l'IPSPL devra faire l'objet d'une entente écrite. Même si l'entente écrite n'est pas obligatoire dans un centre exploité par un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), elle est toutefois recommandée, puisqu'elle précise les modalités de leur collaboration. De plus, le soutien financier nécessaire à l'intégration des IPSPL et des CIPSPL, que ce soit dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF, exige aussi cette entente de partenariat¹.

L'IPSPL peut exercer à domicile ou dans une résidence privée de personnes âgées, si ces endroits font partie des lieux d'exercice du médecin partenaire. À l'urgence, elle exerce auprès de la clientèle ambulatoire ayant reçu la priorité 4 ou 5 à l'échelle de triage et de gravité (ETG) pédiatrique ou adulte et uniquement s'il y a présence d'un médecin sur place. La formation qu'elle reçoit ne couvre pas les soins critiques et la traumatologie majeure. Par ailleurs, le service des urgences d'un centre hospitalier (CH) ne peut être le seul milieu d'exercice de cette professionnelle, car son activité principale doit demeurer le suivi et la prise en charge de la clientèle.

Dans les dispensaires en régions isolées, les IPSPL pourront poser certains autres actes médicaux à condition de détenir une attestation de formation supplémentaire délivrée par l'OIIQ. Nous traiterons de ces particularités au chapitre 5.

1. Voir à ce sujet la *Lettre d'entente n° 229* convenue par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011).

Clientèle visée

L'IPSPL donne des soins de santé à une clientèle ambulatoire tout au long du continuum de vie : nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes et personnes âgées. Que ce soit auprès du patient, de la famille ou de la communauté, elle exerce des activités liées à la promotion de la santé à la prévention de la maladie et au traitement des patients présentant un problème de santé courant ou une maladie chronique stable, ainsi qu'au suivi de grossesse. Elle peut suivre une clientèle qui, initialement, n'avait pas de médecin de famille si les modalités quant à la prise en charge de nouveaux patients et de leur suivi sont prévues à l'entente de partenariat, car le médecin partenaire devient alors le médecin traitant. Le médecin partenaire aura ainsi à assurer le suivi médical, si la situation de santé du patient exige des compétences qui vont au-delà du champ d'exercice des IPSPL.

Activités de l'IPSPL

En plus d'avoir acquis des compétences lui permettant de partager certaines activités relevant de la pratique médicale, l'IPSPL a enrichi ses compétences propres à la discipline infirmière dont elle fait bénéficier son équipe dans les différents milieux de première ligne. Ainsi, elle porte une réflexion critique sur des situations de soins parfois complexes et participe à la prise de décision éthique. Elle assure un leadership professionnel en termes d'organisation des services de première ligne et d'amélioration des pratiques cliniques selon les données probantes. Elle possède les habiletés nécessaires au développement de la collaboration interprofessionnelle essentielle à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services de première ligne.

Aussi, elle peut mettre à profit ses compétences à titre de consultante, par exemple, en accompagnant les infirmières qu'elle côtoie dans le développement de leur rôle ou en supervisant de futures IPSPL en stage dans son milieu. Elle peut également, dans ses fonctions, participer à des projets de recherche touchant sa pratique et celle de son équipe.

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

Activités relatives aux problèmes de santé courants

Un problème de santé courant a les caractéristiques suivantes² :

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

2. Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, art. 8.2.



Quelques exemples de problèmes de santé courants :

Infections diverses

- otite
- infection des voies respiratoires inférieures
- infection des voies respiratoires supérieures
- vaginite
- zona
- folliculite non extensive
- infection transmise sexuellement
- gastro-entérite
- maladies infectieuses infantiles (roséole, 5^e maladie, etc.)
- infection urinaire
- verrues simples

Traumatismes aigus mineurs

- traumatisme mineur d'un membre
- lombalgie simple
- entorse
- bursite traumatique
- morsure d'animal
- lacération au-dessus du fascia

Problèmes de santé mentale

Lorsqu'elle constate des problèmes de santé courants, l'IPSPL prescrit les examens diagnostiques nécessaires et réalise les interventions thérapeutiques appropriées. Elle utilise ses connaissances en physiopathologie et en pharmacologie (pharmacocinétique, pharmacodynamique et interaction médicamenteuse), tient compte des résultats probants et des guides cliniques développés, existants et reconnus dans ses choix de traitements d'un problème de santé courant.

Elle possède la formation requise pour évaluer l'état de santé de patients de tous âges, pour leur donner des soins directs et pour traiter les patients ayant des problèmes de santé courants.

L'IPSPL :

- demande le motif de la consultation au patient et lui pose les questions appropriées ;
- documente, au besoin, l'histoire de santé du patient (ex. : antécédents médicaux, antécédents familiaux, allergies et sexualité) et l'histoire psychosociale de la famille (ex. : génogramme, statut socioéconomique) ;
- procède à un examen physique ciblé ou complet ;
- synthétise les données subjectives et objectives obtenues pendant l'évaluation ;
- prescrit, le cas échéant, des tests diagnostiques et en interprète les résultats ;
- détermine les problèmes de santé courants ;
- transmet judicieusement au patient les résultats des analyses et leur interprétation ;
- établit, avec le patient et sa famille, des objectifs de soins acceptables selon les priorités de soins établies ;
- prescrit le traitement approprié (médicaments ou autres traitements médicaux³) au patient qui présente un problème de santé courant ;
- procède à une technique effractive lorsque l'état du patient le justifie (ex. : suturer une plaie au-dessus du fascia, installer un stérilet, sauf chez la nullipare, exciser une masse comme un kyste au-dessus du fascia) ;
- demande l'intervention du médecin de famille partenaire ou lui envoie le patient :
 - lorsque la situation clinique dépasse ses compétences ;
 - lorsqu'elle soupçonne une pathologie chronique non diagnostiquée (ex. : dyslipidémie, diabète ou hypertension artérielle) ;
 - lorsque le traitement initial est inefficace ou ne donne pas les résultats escomptés.

Arrêt de travail

L'IPSPL peut remplir un certificat d'arrêt de travail ou prescrire une période de convalescence.

- Conditions :
 - le certificat d'arrêt de travail doit porter uniquement sur un problème de santé courant ;
 - le certificat d'arrêt de travail ne peut excéder une période d'un mois⁴ ;
 - l'IPSPL peut renouveler un certificat d'arrêt de travail, à condition que la période totale de l'arrêt de travail ne dépasse pas un mois et que le problème de santé courant de la personne ne s'aggrave pas ;
 - l'IPSPL ne peut pas renouveler un certificat d'arrêt de travail inférieur à un mois, lorsque le problème de santé courant de la personne ne s'améliore pas. Dans un tel cas, elle doit la diriger vers le médecin partenaire ;
 - l'IPSPL peut prescrire un retour progressif à la suite d'une période d'arrêt de travail ou d'une période de convalescence.
- Des exemples de problèmes de santé courants qui peuvent nécessiter la prescription d'un arrêt de travail ou une période de convalescence :
 - Traumatisme mineur d'un membre ;
 - Infection des voies respiratoires (rhume, grippe, etc.).

3. Par exemple, l'orthèse, le support orthopédique et les bas de compression.

4. Compte tenu des difficultés liées au retour au travail, lorsqu'un arrêt est supérieur à deux semaines, il est recommandé que sa durée soit minimale.



Régime d'indemnité de remplacement du revenu de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

En raison de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, l'IP SPL ne peut remplir les certificats visés par ces régimes. Seuls les médecins peuvent signer les formulaires visés par ces lois.

Processus d'indemnisation des victimes de la route de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

Seuls les médecins peuvent signer les formulaires d'indemnisation.

Activités relatives aux problèmes de santé chroniques stables

Une maladie chronique stable présente les caractéristiques suivantes :

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

En ce sens, une maladie est dite chronique stable lorsque les paramètres physiologiques et psychologiques sont comparables aux évaluations antérieures ou lorsque le patient est en période d'ajustement de médication visant à obtenir un résultat conforme (ex. : valeur glycémique) déterminé dans le plan médical ou par les lignes directrices reconnues pour chacune des pathologies chroniques en cause et ne présentant pas de symptômes incapacitants non connus⁵.

Quelques exemples de maladies chroniques stables pouvant faire l'objet d'un suivi par l'IP SPL :

- diabète
- hypertension artérielle
- dyslipidémie
- problème de santé mentale
- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- asthme
- maladie coronarienne

Elle assure, en collaboration avec le médecin partenaire, le suivi des maladies chroniques stables telles que l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Lorsque la condition clinique de son patient dépasse ses compétences, elle demande l'intervention du médecin partenaire.

5. Tels vertiges importants, faiblesse marquée, confusion, etc.

Elle prescrit les examens diagnostiques nécessaires et surveille la réponse aux traitements pharmacologiques entrepris en collaboration avec le médecin partenaire.

Elle utilise ses connaissances en physiopathologie et en pharmacologie (pharmacocinétique, pharmacodynamique et interaction médicamenteuse), tient compte des résultats probants et des guides cliniques développés, existants et reconnus pour surveiller l'état de santé des patients souffrant de maladies chroniques stables et leurs réponses aux traitements administrés. En collaboration et de concert avec le médecin partenaire, elle s'assure de bien documenter les situations cliniques où les guides cliniques ne s'appliquent pas à la condition de santé du patient.

L'IPSPL :

- assure le suivi de maladies chroniques stables (signes et symptômes, paramètres biologiques) ;
- poursuit ou ajuste le traitement médical (médicaments ou autres traitements médicaux) du patient souffrant d'une maladie chronique stable selon les lignes directrices reconnues après validation réciproque avec le médecin partenaire ou selon le plan de traitement établi par le médecin ;
- détermine ou ajuste, le cas échéant, un plan d'action pour les patients souffrant de certaines maladies chroniques, telle la MPOC ;
- renouvelle la prescription pour un traitement (médicaments ou traitements médicaux) à l'intention du patient atteint d'une maladie chronique stable à certaines conditions :
 - prescription préalable initiale faite par le médecin partenaire ;
 - traitement optimal ;
 - aucun effet indésirable rapporté.
- surveille les effets du traitement et prescrit des examens diagnostiques liés au traitement (suivi) ;
- demande l'intervention du médecin partenaire et convient avec lui du suivi à donner :
 - lorsque les problèmes de santé du patient dépassent ses compétences ;
 - lorsque l'état de santé du patient atteint d'une maladie chronique s'aggrave ou se détériore ;
 - lorsque la réponse au traitement n'est plus optimale et que l'état de santé du patient se détériore.

Activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie

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

L'IPSPL évalue la pertinence d'élaborer des stratégies de promotion de la santé et de prévention primaire et secondaire à l'intention de la clientèle. Elle suscite la participation du patient et de sa famille, met l'accent sur l'éducation à la santé et maximise leurs capacités d'autosoins.



Auprès de la clientèle dont elle a la charge, l'IPSP :

- effectue les examens périodiques selon l'âge, évalue les facteurs de risque du patient en tenant compte des recommandations courantes pertinentes et des lignes directrices (ex. : « Pap test », dépistage de l'hyperglycémie ou de l'hyperlipidémie et évaluation de la densité osseuse);
- informe et assiste le patient lors de la prise de décision éclairée concernant sa participation aux programmes québécois de dépistage. De plus, elle assure le suivi de cette clientèle si le dépistage est anormal :

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) :

La mise à jour de la politique de suivi des femmes dans le cadre du PQDCS précise la contribution de l'IPSP. Elle s'implique plus spécifiquement dans la prise en charge des participantes en respectant les éléments applicables à sa pratique.

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

Activités relatives au suivi de grossesse

L'IPSP contribue au suivi d'une grossesse jusqu'à 32 semaines en l'absence de facteurs de risque et dans la mesure où l'évolution de la grossesse est normale, sans complication ni apparition de facteurs de risque. Le médecin partenaire doit être un médecin de famille assurant le suivi prénatal qui accepte la prise en charge de cette clientèle, suivie par lui-même et par l'IPSP, selon les modalités qu'il a établies et qui sont décrites dans l'entente de partenariat. Après 32 semaines, le médecin partenaire doit convenir avec l'IPSP des modalités de suivi pour chaque patiente.

Auprès des femmes enceintes dont elle partage la prise en charge avec le médecin, l'IPSPL :

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

Activités relatives à la prestation des soins à la famille et à la communauté

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

L'IPSPL :

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



Responsabilités de l'IPSPL

L'IPSPL :

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

Dans l'exercice de ses diverses activités professionnelles, l'IPSPL collabore étroitement avec le ou les médecins de famille partenaires. Elle a recours à l'expertise médicale pour répondre aux besoins des patients lorsque les compétences requises pour ce faire dépassent son domaine d'exercice. Dans ces cas, elle demande l'intervention du médecin partenaire et convient avec ce dernier de la conduite à tenir. Ainsi, selon la situation, le médecin partenaire peut émettre une recommandation ou une opinion, prendre en charge le patient concerné ou, au besoin, déterminer un suivi conjoint du patient. Ultimement, la décision concernant un acte médical revient au médecin.

Demande d'interventions médicales obligatoires

Situations qui nécessitent obligatoirement une demande d'intervention médicale

Dans l'exercice de ses activités, l'IPSPL demande obligatoirement l'intervention du médecin partenaire dans les cas suivants :

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

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

Modalités de la demande d'intervention faite au médecin partenaire

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

1. Le niveau d'intervention du médecin partenaire

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

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

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

Dans sa demande d'intervention adressée au médecin partenaire, l'IPSPL doit :

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

3. L'information transmise à l'IPSPL par le médecin partenaire

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



4. L'IPSPL doit consigner au dossier la demande et les résultats de l'intervention du médecin partenaire

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

Demande de consultations médicales et de services professionnels

L'IPSPL ne peut pas d'emblée demander une consultation à un autre médecin, sauf si elle a discuté de cette modalité avec le médecin de famille partenaire, si cette modalité a été consignée dans l'entente de partenariat (médecin partenaire et IPSPL) et qu'elle répond aux conditions suivantes :

- il s'agit d'une demande dans le cadre du suivi d'un problème de santé courant ;
- il s'agit d'une bonne pratique reconnue.

Par exemple, l'IPSPL pourrait, à ces conditions, faire une demande de consultation pour :

- des patients à risque de cancer colorectal auprès d'un gastroentérologue ou d'un chirurgien pour une coloscopie ;
- des patients diabétiques auprès d'un ophtalmologiste pour le dépistage et le suivi des rétinopathies diabétiques.

Elle peut cependant demander à divers professionnels de la santé (infirmière stomothérapeute, infirmière psychothérapeute, diététiste, physiothérapeute⁶, psychologue, travailleur social, etc.) d'intervenir auprès du patient pour s'assurer que l'ensemble de ses besoins en soins de santé sont satisfaits.

6. Pour procéder à une orientation vers les services de réadaptation dans les établissements visés par la LSSSS, le patient doit y être inscrit.

LA PRATIQUE DE COLLABORATION

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

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

Conditions essentielles au développement de la pratique de collaboration

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

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

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

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



Bénéfices de la collaboration

Des études portant sur les pratiques de collaboration démontrent qu'il s'agit d'un modèle de pratique clinique efficient, tant pour les patients que pour les professionnels. Chacun y trouve de nombreux avantages.

Les principaux avantages de la pratique de collaboration entre les médecins de famille et les IPSPL sont :

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

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'IPSPL

En plus des activités propres à la profession d'infirmière, l'IPSPL peut exercer les cinq activités médicales suivantes :

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

L'IPSPL doit respecter les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites prévues à la section II du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*. Outre ce règlement, il est conseillé de consulter le guide d'exercice intitulé *Les ordonnances faites par un médecin*, publié en 2005 par le Collège des médecins du Québec. L'IPSPL peut prescrire des interventions qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire devra pratiquer. Si elle rédige une telle ordonnance, l'IPSPL doit demeurer disponible pour répondre aux demandes de ces personnes ou leur apporter des précisions.

Ordonnances collectives

Il revient au médecin de rédiger une ordonnance collective et d'être responsable de son contenu scientifique. C'est pourquoi l'IPSPL ne peut être responsable de l'élaboration ou de la validation d'une ordonnance collective. Par contre, elle peut collaborer avec le médecin pour la rédiger au même titre que l'équipe de soins.

Prescription d'examens diagnostiques

L'IPSPL peut prescrire ou procéder aux examens diagnostiques nécessaires à l'évaluation et au suivi du patient afin :

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



L'IPSPL peut prescrire les examens radiologiques indiqués au tableau 1.1, les examens échographiques précisés au tableau 1.2, d'autres tests diagnostiques énumérés au tableau 1.3 et les analyses de laboratoire mentionnées au tableau 1.4.

Ces listes découlent de la réglementation en vigueur.

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

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

TABLEAU 1.1	EXAMENS RADIOLOGIQUES
<p>Tête et cou</p> <ul style="list-style-type: none">• Os propre du nez• Mandibule <p>Thorax</p> <ul style="list-style-type: none">• Poumons• Thorax (gril costal) <p>Colonne</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonne cervicale• Colonne dorsale• Colonne lombo-sacrée <p>Membres supérieurs</p> <ul style="list-style-type: none">• Omoplate• Épaule• Clavicule• Humérus• Coude• Avant-bras• Poignet• Main• Doigts	<p>Membres inférieurs</p> <ul style="list-style-type: none">• Hanche• Fémur• Genou et rotule• Jambe• Cheville• Pied• Orteils• Talon (calcanéum) <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none">• Abdomen <p>Divers</p> <ul style="list-style-type: none">• Mammographie• Ostéodensitométrie

TABLEAU 1.2	EXAMENS ÉCHOGRAPHIQUES
<p>Sein (thorax)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie du sein par suite d'une mammographie de dépistage anormale • Échographie du sein pour la femme qui allaite, la femme enceinte et une femme âgée de moins de 30 ans présentant une masse palpable au sein <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie abdominale • Échographie pelvienne 	<p>Obstétrique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie obstétricale <p>Organes génitaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échographie du scrotum <p>Échographie de surface</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système veineux périphérique

TABLEAU 1.3	AUTRES TESTS DIAGNOSTIQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Électrocardiogramme au repos • Tests de fonction pulmonaire (spirométrie, débit expiratoire de pointe, volume expiratoire maximal par seconde – VEMS) • Monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) 	

**TABLEAU 1.4****ANALYSES DE LABORATOIRE****Microbiologie****a) État frais vaginal****b) Culture**

- Expectorations
- Gorge
- Urine
- Cervicale
- Urétrale
- Selles
- Écoulement purulent
- Mycose peau ou ongles

c) Prélèvement pour recherche virale

- Influenza
- Herpès simplex
- Rotavirus
- Virus respiratoire syncytial

d) Recherches

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

e) Sérologie

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

Biochimie/Sang

- Amylase
- Antigène prostatique spécifique (APS)
- Apolipoprotéine B (Apo-B)
- Bilirubine, directe et totale
- Calcium
- Chlorures
- Créatine-phosphokinase (CPK)
- Créatine
- Dosage du phénobarbital, du lithium, de la carbamazépine, de la théophylline, de la digoxine, du dilantin, de l'acide valproïque
- Dosages hormonaux :
 - Hormone folliculo-stimulante (FSH)
 - Hormone lutéinisante (LH)
 - Hormone thyroïdienne (TSH)
- Dosages de vitamines :
 - Vitamine B12
 - Acide folique
- Gamma-glutamyl-transférase (GGT)
- Glycémie
- Hyperglycémie orale provoquée
- Hémoglobine glyquée (HbA1c)
- Capacité de fixation du fer
- Fer, ferritine
- Test de tolérance au lactose enzymatique
- Plombémie
- Lipase
- Bilan lipidique
- Gaz artériel et capillaire
- Phosphatase alcaline

TABLEAU 1.4 (suite)**ANALYSES DE LABORATOIRE**

- Phosphore
- Électrolytes
- Protéine totale
- Préalbumine et albumine
- Transaminase
- Acide urique
- Test à la sueur
- Dépistage : drogues de rue, drogues du viol et alcool
- Sang occulte dans les selles
- BhCG (qualitatif)
- BhCG (quantitatif)
- Magnésium

Biochimie/Urine

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

Cytologie

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

Hématologie

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

Dépistage anténatal

- Anticorps anticytomégalovirus
- Anticorps de la toxoplasmose
- Parvovirus B-19
- Anticorps antirubéole
- Anticorps antivaricelle
- Alfa-fœtoprotéine, estradiol
- Trisomie 21

Pathologie

- Lésions cutanées superficielles



Utilisation de techniques diagnostiques effractives ou présentant des risques de préjudice

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

L'IPSPL peut utiliser les techniques effractives suivantes à des fins diagnostiques :

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

Prescription de médicaments ou d'autres substances

L'IPSPL rédige les ordonnances conformément aux dispositions du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du Collège des médecins du Québec.

En présence de problèmes de santé courants :

L'IPSPL **prescrit**, renouvelle pour une période de 12 mois ou cesse, sauf s'il y a une limite indiquée au tableau 2.1 des médicaments pour traiter des problèmes de santé courants inscrits au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Donc, il est possible pour l'IPSPL de prescrire à nouveau un médicament associé à une limite de temps suite à son évaluation, si l'état de santé du patient le justifie.

En présence de maladies chroniques stables :

L'IPSPL **ajuste et renouvelle** certains médicaments inscrits au règlement pour les patients qui présentent des maladies chroniques stables dans le cadre du suivi conjoint qu'elle assure avec le médecin partenaire. Quant aux médicaments pouvant être **renouvelés**, la durée maximale ne peut excéder 12 mois. De plus, l'IPSPL ne peut cesser la médication déjà prescrite dans un contexte d'**ajustement** ou de **renouvellement**. Si la médication présente un risque important pour le patient, l'IPSPL doit en informer le médecin partenaire afin que la thérapie médicamenteuse puisse être ajustée. Si l'état de santé du patient se maintient, l'IPSPL peut renouveler le médicament de 12 mois en 12 mois.

En présence de maladies chroniques stables, les médicaments codifiés **P**, qui sont associés à une limite de temps indiquée au tableau 2.1, incluent un **R** et ne sont donc pas soumis à la limite de temps indiquée du **P**. Ainsi, afin de maintenir le traitement, l'IPSPL peut renouveler un médicament déjà prescrit par le médecin partenaire pour une durée maximale de 12 mois selon la posologie originale.

Administration de la médication et surveillance clinique

L'IPSPSPL complète la préparation du médicament, au besoin, l'administre et l'indique au dossier.

- Elle exerce une surveillance clinique des personnes qui prennent des médicaments en collaboration avec le médecin partenaire.
- Elle participe à l'enseignement donné au patient et à sa famille, à cet égard.
- Elle doit être en mesure de reconnaître les interactions médicamenteuses.
- Elle doit être en mesure de déceler, prévenir, traiter et documenter les effets indésirables des médicaments.

Liste des classes de médicaments réglementés

L'IPSPSPL prescrit des médicaments ou d'autres substances inscrits à l'annexe II du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Ces substances et médicaments sont énumérés au tableau 2.1, selon la codification ci-dessous qui précise les conditions et modalités prévues.

Cette liste est fondée sur la classification utilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour établir la *Liste des médicaments* couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec⁷. Les chiffres que l'on trouve au tableau 2.1 sont les mêmes que ceux que l'on trouve dans ce document et désignent la classe ou la sous-classe thérapeutique.

Prescription des médicaments contrôlés

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

CODIFICATION

- P** Peut être prescrit, renouvelé ou cessé pour une période de 12 mois, sauf s'il y a une limite indiquée.
- R** Peut être prescrit selon la posologie originale pour maintenir le traitement pourvu que le médicament en question ait déjà été prescrit pour le patient par le médecin partenaire (renouvellement). Durée maximale de 12 mois. Ne peut être cessé.
- A** Peut être prescrit pour ajustement de la posologie pourvu que le médicament en question ait déjà été prescrit pour le patient par le médecin partenaire et qu'il ait établi un plan de traitement médical (dans le cadre du suivi conjoint). Ne peut être cessé.

7. Compte tenu que la *Liste des médicaments* est mise à jour régulièrement par la RAMQ, il est possible que la version disponible sur son site Web diffère du tableau 2.1 des lignes directrices (www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/lois/liste_med.shtml).



Pour qu'une IPSPL puisse **prescrire (P)**, **renouveler (R)** ou **ajuster (A)** des médicaments nouvellement mis en marché ou inscrits à la *Liste des médicaments* couverts par le régime général d'assurance médicaments, il faut au préalable que l'annexe II du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* soit modifiée, sauf si l'IPSPL est déjà autorisée à prescrire tous les médicaments compris dans la classe ou la sous-classe en question.

Exemples d'utilisation du tableau 2.1

1. S'il existe une codification associée à une classe, l'IPSPL peut l'appliquer à tous les produits contenus dans cette classe.

Classes et sous-classes	Codification
4:00 Antihistaminiques	P

À titre d'exemple, l'IPSPL peut prescrire pour un maximum de 12 mois tous les produits présents dans la classe **Antihistaminiques (4:00)**, tel le kétotifène (fumarate de), ainsi que ceux des subdivisions de cette classe, comme les dérivés éthanolamine (4:04.16) et de la subdivision 4:04.16, les dérivés pipérazine.

2. S'il existe une codification associée à une subdivision d'une classe thérapeutique, l'IPSPL peut seulement prescrire, renouveler ou ajuster les produits listés.

Classes et sous-classes	Codification
8:12.28 Autres antibactériens Clindamycine Érythromycine/Acétysulfisoxazole	P (per os seulement) P (pédiatrie seulement)

Par exemple, dans la subdivision 8:12.28 des autres antibactériens de la classe **8:00** des **anti-infectieux**, elle ne pourra prescrire (P) que la clindamycine et l'érythromycine, mais pas la vancomycine qui se trouve aussi dans la subdivision 8:12.28.

3. L'IP SPL doit respecter les limites identifiées dans la section codification.

Classes et sous-classes		Codification
8:12.18	Quinolones	P (per os seulement) (14 jours ou moins)
8:18.04	Adamantanes	P (per os seulement) (7 jours ou moins)
8:18.32	Analogues des nucléosides et des nucléotides	P (per os seulement) (10 jours ou moins)

À titre d'exemple, l'IP SPL peut prescrire, dans la classe des **anti-infectieux (8:00)**, les antiviraux des subdivisions 8:12.18 (quinolones) per os pour une durée maximale de 14 jours. Elle ne pourra ni prescrire, ni renouveler, ni ajuster les antirétroviraux de la subdivision 8:18.08, car ces produits ne sont pas prévus au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*.

4. S'il existe une codification associée à une limite de temps, l'IP SPL doit respecter cette limite pour un problème de santé courant. Cependant, en présence d'une maladie chronique stable, le **P** inclut un **R** et n'est donc pas soumis à la limite de temps indiquée du **P**.

Classes et sous-classes		Codification
56:28.36	Inhibiteurs de la pompe à protons	P (30 jours ou moins)

Par exemple, dans la subdivision 56:28.36 de la classe des médicaments gastro-intestinaux, l'IP SPL pourra prescrire (P) du Pantoprazole 20 mg pour un patient présentant depuis peu des symptômes du reflux gastro-œsophagien et le prescrire à nouveau le nombre de fois requis après 30 jours ou moins, si l'état de santé le justifie. Par contre, pour un patient nécessitant du Pantoprazole dans le cadre d'un suivi pour un problème gastro-œsophagien chronique, l'IP SPL peut renouveler cette médication qui a déjà été prescrite auparavant par le médecin partenaire selon la posologie originale pour une durée maximale de 12 mois afin de maintenir le traitement.

**TABLEAU 2.1****LISTE DES CLASSES DE MÉDICAMENTS QUE L'IP SPL
PEUT PRESCRIRE AVEC OU SANS RESTRICTIONS**

Classes et sous-classes		Codification
4:00	Antihistaminiques	P
8:00	Anti-infectieux	
8:08	Mé bendazole	P (per os seulement)
8:12.06	Céphalosporines Ceftriaxone sodique	P (per os seulement) P (IM unidose seulement)
8 :12.07	Céfoxitine	P (IM unidose seulement)
8:12.12	Macrolides	P (per os seulement)
8:12.16	Pénicillines Pénicillines G (Benzathine)	P (per os seulement) P (per os ou IM)
8:12.18	Quinolones	P (per os seulement) (14 jours ou moins)
8:12.20	Sulfamidés Triméthoprime/Sulfaméthoxazole	R (per os seulement) P (per os seulement)
8:12.24	Tétracyclines	P (per os seulement)
8:12.28	Autres antibactériens Clindamycine Érythromycine/Acétysulfisoxazole	P (per os seulement) P (pédiatrie seulement) (per os seulement)
8:14.08	Fluconazole	P (per os seulement) (unidose seulement)
8 :14.28	Nystatine	P (per or seulement)

Classes et sous-classes		Codification
8:16.04	Antituberculeux	R (per os seulement)
8:18.04	Adamantanes	P (per os seulement) (7 jours ou moins)
8:18.32	Analogues des nucléosides et des nucléotides	P (per os seulement) (10 jours ou moins)
8:30.08	Antipaludéens	P (per os seulement (en prévention)
8:30.92	Métronidazole	P (per os seulement)
8:36	Anti-infectieux urinaires	P (per os seulement)
10:00 Antinéoplasiques		
	Méthotrexate comme antirhumatismal	R
	Tamoxifène	R
12:00 Médicaments du système nerveux autonome		
12:08.08	Antimuscariniques/Antispasmodiques Ipratropium (Bromure d') Tiotropium (bromure monohydraté de)	R (aérosol) R (inhalateur)
12:12.08	Agonistes bêta-adrénergiques Formotérol (fumarate de) Indacatérol (maléate d')	R et A (produit à inhaler) R et A
	Salbutamol (sulfate de)	P (14 jours ou moins pour un traitement) et R (incluant une ordonnance échue)
	Salmétérol	R et A (inhalateur)



Classes et sous-classes		Codification
	Terbutaline	P (14 jours ou moins pour un traitement) et R (incluant une ordonnance échue)
12:12.12	Agonistes alpha et bêta-adrénergiques Épinéphrine (chlorhydrate d') Épinéphrine	P (en situation d'urgence) P (app. auto-injecteur)
12:16.04	Bloquant alpha-adrénergique Alfuzosine (chlorhydrate d') Dihydroergotamine (mésylate de) Tamsulosine (chlorhydrate de)	R R R
12:20.04	Cyclobenzaprine (chlorhydrate de)	P (7 jours)
12:92	Médicaments S.N.A divers Nicotine Varénciline (tartrate de)	P P
20:00 Médicaments du sang		
20:04.04	Préparations de fer	P (per os seulement)
20:12.04	Anticoagulants	R et A (per os seulement)
24:00 Médicaments cardiovasculaires		
24:04.08	Cardiotoniques	R
24:06.04	Séquestrants de l'acide biliaire	R
24:06.06	Fibrates	R
24:06.08	Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase	R et A
24:06.92	Niacine	R

Classes et sous-classes		Codification
24:08.16	Agonistes alpha-adrénergiques	R et A
24:08.20	Vasodilatateurs à action directe	R et A
24:12.08	Nitrates et nitrites	R
24:12.92	Divers vasodilatateurs	R
24:20	Bloquants alpha-adrénergiques	R et A
24:24	Bloquants bêta-adrénergiques	R et A
24:28.08	Dihydropyridines	R et A
24:28.92	Divers bloquants du canal calcique	R et A
24:32.04	Inh. enzyme de conversion de l'angiotensine (I.E.C.A.)	R et A
24:32.08	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	R et A
24:32.20	Antagonistes des récepteurs de l'aldosterone	R
28:00 Médicaments du système nerveux central		
28:08.04	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	P (14 jours ou moins) et R (1 fois)
28:08.08	Codéine	P (28 comprimés seulement)
28:08.92	Acétaminophène	P
28:12.04	Phénobarbital	R (épilepsie)
28:12.08	Benzodiazépines (Clobazam et Clonazépam)	R (épilepsie)



Classes et sous-classes		Codification
28:12.12	Hydantoïnes	R
28:12.92	Divers anticonvulsivants	R
28:16.04	Antidépresseurs	R
28:16.08	Antipsychotiques	R
28:20.04	Amphétamines Dexamphétamine (sulfate de)	R
28:20.92	Autres stimulants S.N.C. Méthyphénidate (chlorhydrate de)	R
28:24.08	Benzodiazépines Lorazépam	R P (12 comprimés seulement)
28:24.92	Hydroxyzine (Chlorhydrate d')	P
28:28	Lithium	R
28:32.28	Agonistes des récepteurs 5 HT-1	R
28 :36.08	Anticholinergiques	R
28 :36.12	Inhibiteurs de la catéchol-o- méthyltransférase	R
28 :36.16	Précurseur de la dopamine	R
28 :36.20	Agonistes de la dopamine	R
28:36.92	Antiparkinsoniens	R
28:92	Médicaments S.N.C. divers	R

Classes et sous-classes	Codification
36:00 Agents diagnostiques	
36:26 Diabète sucré Réactif quantitatif des cétones dans le sang Réactif quantitatif du glucose dans le sang	P P
36:88 Analyses d'urine	P
40:00 Électrolytes-diurétiques	P
40:12 Agents de suppléance	P
40:28 Diurétiques	R et A
40:28.16 Diurétiques épargneurs de potassium	R
40:36 Solution d'irrigation	P
48:00 Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques	
48 :10.24 Antagonistes des récepteurs des leucotriènes	R
48 :10.32 Stabilisants mastocytaires	R et A
48:24 Agents mucolytiques	R
52:00 Médicaments O.R.L.O.	
52:02 Antiallergiques O.R.L.O. Cromoglicate sodique	P
52:04.04 Antibiotiques Sauf : Chloramphénicol, Gentamicine, Tobramycine	P



Classes et sous-classes		Codification
52:08.08	Corticostéroïdes O.R.L.O. Sauf : pommade, solution et suspension ophtalmiques	P
52:16	Anesthésiques locaux	P
52:92	Autres médicaments O.R.L.O. Ipratropium (bromure d') Sodium (chlorure de)	P P
56:00 Médicaments gastro-intestinaux		
56:04	Antiacides-adsorbants	P
56:16	Digestifs Lactase	P
56:22.92	Autres antié-métiques Doxylamine/Pyridoxine	P
56:28.12	Antagonistes des récepteurs H ₂ de l'histamine Famotidine Ranitidine	R P
56:28.28	Prostaglandines Misoprostol	R
56:28.32	Cytoprotecteurs gastro-duodénaux Sucralfate	P (pour allaitement seulement)
56:28.36	Inhibiteurs de la pompe à protons	P (30 jours ou moins)
56:32	Procinétiques Dompéridone	P (pour allaitement seulement)
56:36	Anti-inflammatoire gastro-intestinaux	R

Classes et sous-classes	Codification
68:00 Hormones et substituts	
68:04 Corticostéroïdes Prednisone	P (inhalateur) (28 jours ou moins) P (per os pour l'asthme et la MPOC) (maximum 10 jours)
68:12 Anovulants	P
68:16.04 Estrogènes	R et A
68:16.12 Agonistes et antagonistes des estrogènes	R
68:20.02 Inhibiteurs des alpha-glucosidases	R et A
68:20.04 Biguanides	R et A
68:20.08 Insulines	R et A
68:20.20 Sulfonylurées Sauf : Chlorpropamide	R et A
68:22.12 Glycogénolytiques	R
68:24 Parathyroïdiens	R
68:28 Desmopressine (DDAVP)	R
68:32 Progestatifs Sauf : Médroxyprogestérone (acétate de)	R et A P (injectable)
68:36.04 Thyroïdiens Sauf : Liothyronine sodique	R et A



Classes et sous-classes		Codification
84:00 Peau et muqueuses		
84:04.04	Antibactériens	P
84:04.08	Antifongiques	P
84:04.12	Scabicides et pédiculicides	P
84:04.92	Autres anti-infectieux locaux	P
84:06	Anti-inflammatoires	P (puissance moyenne et faible)
84:28	Kérotolytiques	P
84:32	Kérotoplastiques	R
84:92	Peau et muqueuses divers Sauf : Fluorouracile	P
86:00 Spasmolytiques		
86:12	Génito-urinaires	R
86:16	Respiratoires Aminophylline Théophylline	R R
88:00 Vitamines		
88:08	Vitamines B Sauf : Cyanocobalamine	P (per os seulement) R (y compris injectable)
88:16	Vitamines D	P (per os seulement)
88:28	Multivitamines A, D et C	P (per os seulement)

Classes et sous-classes	Codification
92:00 Autres médicaments	
92:00.02 Autres divers	R
92:08 Inhibiteurs de la 5 – alpha-réductase Finastéride	R
92:16 Antigoutteux	R
92:24 Inhibiteurs de la résorption osseuse Alendronate monosodique Étidronate disodique Risédronate sodique	R R R
Autres médicaments et substances	
Médicaments combinés : Médicaments composés de plus d'une substance ou d'un médicament énumérés à l'annexe II du <i>Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins</i>	P, R et A (spécification la plus restrictive)
Médicaments en vente libre : Médicaments ou substances énumérés aux annexes II et III du <i>Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments</i>	P
Vaccins	P
Médicaments hors formulaire de la RAMQ	
Anesthésique local/topique <ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne-prilocaine topique • Chlorhydrate de lidocaïne avec ou sans épinéphrine parentérale • Chlorhydrate de tétracaïne 	P (timbre, pommade) P (infiltration locale) P (solution ophtalmique)
Solutions intraveineuses	P



Classes et sous-classes	Codification
Zanamivir	P
Oseltamivir	P
Zopiclone	P (10 jours seulement)
Metformin hydro chloride	R et A
Néomycine, sulfate de-polymyxine B, sulfate de-hydrocortisone	P (solution otique, 7 jours)
Ciprofloxacine, chlorhydrate d'hydrocortisone	P (solution otique, 7 jours)
Exénatide	R et A
Liraglutide	R et A
Roflumilast	R

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION		
Nom générique		Codification
1.	Amphétamines (Sels mixtes d')	R
2.	Atomoxétine (Chlorhydrate d')	R
3.	Bétahistine (Dichlorhydrate de)	R
4.	Bisacodyl	P
5.	Donépézil	R et A
6.	Estradiol	R et A (timbre cutané)
7.	Formoterol (fumarate dihydraté de)/budésonide	R et A
8.	Galantamine (Bromhydrate de)	R et A
9.	Gliclazide	R et A
10.	Glimépiride	R et A
11.	Huile minérale	P
12.	Insuline détémir	R et A
13.	Insuline glargine	R et A
14.	Magnésium (hydroxyde de)	P
15.	Mémantine (chlorhydrate de)	R et A
16.	Méthylphénidate (chlorhydrate de)	R
17.	Métronidazole	P (gel vaginal)



MÉDICAMENTS D'EXCEPTION		
Nom générique		Codification
18.	Pansement absorbant – chlorure de sodium	P
19.	Pansement absorbant – fibres gélifiantes	P
20.	Pansement absorbant-mousse hydrophile seule ou en association	P
21.	Pansement absorbant bordé-fibres gélifiantes	P
22.	Pansement absorbant bordé-fibres polyester et rayonne	P
23.	Pansement absorbant bordé-mousse hydrophile seule ou en association	P
24.	Pansement anti-odeur – charbon activé	P
25.	Pansement antimicrobien – iode	P
26.	Pansement antimicrobien bordé – argent	P
27.	Pansement de rétention de l'humidité – hydrocolloïde ou polyuréthane	P
28.	Pansement de rétention de l'humidité bordé – hydrocolloïde ou polyuréthane	P
29.	Pansement interface – polyamide ou silicone	P
30.	Phosphate monobasique de sodium/Phosphate dibasique de sodium	P
31.	Pioglitazone (chlorhydrate de)	R et A
32.	Progestérone micronisée	R
33.	Réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang	P

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION		Codification
Nom générique		
34. Repaglinide		R et A
35. Rivastigmine		R et A (per os et timbre cutané)
36. Salmétérol/Fluticasone		R et A
37. Saxagliptine		R et A
38. Sennosides A et B		P
39. Sitagliptine		R et A
40. Sitagliptine/Metformine		R et A
41. Toltérodine		R
42. Trétinoïne		P
43. Aliskiren		R
44. Aliskiren hydrochlorothiazide		R
45. Amlodipine/ Atorvastatine		R
46. Carboxyméthylcellulose sodique		P
47. Carboxyméthylcellulose sodique/ prurite		P
48. Clopidogrel (bisulfate de)		R
49. Dabigatran étexilate		R
50. Estradiol-17B/Noréthindrone		R et A (timbre cutané)



MÉDICAMENTS D'EXCEPTION		
Nom générique		Codification
51.	Estradiol-17B/Lévonorgestrel	R et A (timbre cutané)
52.	Ézétimibe	R
53.	Formules nutritives-émulsion lipidique (nourrissons et enfants)	R
54.	Formules nutritives-glucose polymérisé	R
55.	Formules nutritives-huile de coco fractionnée	R
56.	Formules nutritives-huile de coco	R
57.	Formule nutritives-hydrolysats de caséines (nourrissons et enfants)	R
58.	Formules nutritives-monomériques	R
59.	Formules nutritives-monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)	R
60.	Formules nutritives-polymériques avec résidu	R
61.	Formules nutritives-polymériques restreintes en résidu	R
62.	Formules nutritives-préparations de suivi pour prématurés (nourrissons)	R
63.	Formules nutritives-protéines	R
64.	Formules nutritives-semi-élémentaires	R
65.	Insuline aspart./Insuline aspart. protamine	R et A
66.	Insuline lispro/lispro protamine	R et A

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION		Codification
Nom générique		
67.	Linagliptine	R et A
68.	Lisdexamfetamine (dimesylate de)	R
69.	Oxybutynine	R
70.	Oxybutynine (chlorure de)	R
71.	Rivaroxaban	R
72.	Salbutamol (sulfate de)	R

Prescription des traitements médicaux

L'IP SPL peut prescrire, appliquer, ajuster ou cesser certains traitements médicaux selon la réglementation en vigueur. Elle exerce la surveillance nécessaire post-traitement, détecte précocement les complications, les gère et en assure le suivi.

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

- cryothérapie⁸, sauf sur le visage et les organes génitaux internes ;
- irrigation oculaire ;
- coloration à la fluorescéine ;
- lavage d'oreilles ;
- oxygénothérapie ;
- accès veineux périphérique ;
- lavement évacuant ;
- cathétérisme vésical ;
- tube nasogastrique ;
- immobilisation d'un membre à l'aide d'une attelle plâtrée ouverte ou en fibre de verre en l'absence de fracture, pour une courte durée.

8. Pour la kératose traitée par cryothérapie, il est recommandé d'avoir un diagnostic.



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

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

L'IPSPL peut utiliser les techniques effractives suivantes à des fins thérapeutiques :

- suturer une plaie au-dessus du fascia, sauf en présence de lésions sous-jacentes ;
- inciser et drainer un abcès au-dessus du fascia ;
- installer une canule œsophago-trachéale à double voie ;
- onyctomie partielle ;
- exérèse de lésions cutanées superficielles :
 - molluscum pendillum ou contagiosum ;
 - kératose au scalpel ;
 - petit lipome ≤ 1 cm ;
- installer un stérilet, sauf chez la nullipare ;
- retrait du stérilet, pour toute clientèle.

Soigner et suturer une plaie

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

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

S'il est nécessaire de suturer une plaie, l'IPSPL choisit le matériel approprié et procède à l'anesthésie locale en employant la technique d'infiltration appropriée (locale, bloc digital) et en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par règlement et reproduite au tableau 2.1.

Inciser et drainer un abcès

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

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

Installer une canule œsophago-trachéale à double voie

Pour procéder à l'installation d'une canule œsophago-trachéale à double voie (CODV), l'IPSPL peut réaliser les interventions suivantes :

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

Installation et retrait d'un stérilet

Pour installer ou retirer un dispositif intra-utérin (DIU), l'IPSPL peut, en respectant les principes de prévention des infections, pratiquer les interventions suivantes :

- choisir le type de dispositifs intra-utérin en fonction des avantages et des inconvénients de chacun ;
- installer le DIU, sauf chez la nullipare ;
- recommander, au besoin, la prise d'un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien avant la procédure ;
- procéder, au besoin, à l'anesthésie locale cervicale et paracervicale (infiltration ou avec gel intracervical), en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par règlement et reproduite au tableau 2.1 ;
- retirer le DIU chez toute clientèle.



Onysectomie partielle

L'IP SPL peut procéder à l'avulsion partielle d'ongle avec ou sans ablation de la racine, soit en sa partie distale, longitudinale, proximale ou centrale du doigt ou de l'orteil. De plus, elle peut procéder à l'avulsion totale d'ongle sans ablation de la racine. Tout en respectant les principes de prévention des infections, l'IP SPL peut pratiquer les interventions suivantes :

- procéder à l'anesthésie locale (bloc nerveux digital), en employant la technique d'infiltration appropriée (locale, bloc digital) et en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par règlement et reproduite au tableau 2.1 ;
- appliquer un médicament sur la plaie, comme une crème topique antibactérienne après la procédure, en utilisant la liste des classes de médicaments établie par règlement et reproduite au tableau 2.1 ;
- faire le pansement requis ;
- envoyer le prélèvement d'ongle pour une évaluation microbiologique (culture), au besoin, tel qu'établi par règlement et reproduite au tableau 1.4.

Exérèse de lésions cutanées superficielles

En respectant les principes de prévention des infections, l'IP SPL peut exciser trois types de lésions cutanées qualifiées de superficielles : le *molluscum pendillum* (incluant les *acrochordons*) ou *contagiosum*, la *kératose* et le *lipome*.

De plus, elle peut pratiquer les interventions suivantes :

- procéder à l'anesthésie locale (topique, infiltration ou bloc digital), tout en employant la méthode requise par le type de lésions cutanées et en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par règlement et reproduite au tableau 2.1 ;
- envoyer le prélèvement cutané superficiel, au besoin, pour une analyse pathologique telle qu'établie par règlement et reproduite au tableau 1.4 ;
- faire les pansements appropriés selon la profondeur de la plaie post-procédure (ex. : compressif, sparadrap, etc.).

Particularités :

- molluscum pendillum ou contagiosum :

Procéder à l'excision à l'aide d'une curette ou d'un scalpel en tenant compte de son emplacement, des précautions à prendre et des considérations particulières.

- kératose⁹ au scalpel :

Procéder à l'excision à l'aide d'une lame chirurgicale, en tenant compte de sa nature, de son emplacement, des précautions à prendre et des considérations particulières.

- petit lipome ≤ 1 cm :

Procéder à l'incision et à l'énucléation d'un lipome de un centimètre ou moins (≤ 1 cm), en tenant compte de son emplacement, des précautions à prendre et des considérations particulières.

9. Il est recommandé d'avoir un diagnostic médical avant d'exciser les kératoses, puisque la nature de la lésion peut être incertaine.

ASPECTS LÉGAUX ET ENCADREMENT DE LA PRATIQUE DE L'IPSPL

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

Il est ici question d'une collaboration interdisciplinaire qui permet à l'IPSPL et au médecin partenaire de mettre en commun leurs connaissances et leurs habiletés en vue d'améliorer l'accessibilité et la complémentarité des services de santé. Hors des établissements, la collaboration se fonde sur une entente écrite de partenariat qui ne peut être assimilée à un contrat de travail ou à un contrat de société de personnes. Cette entente doit décrire, par exemple, la clientèle, les modalités de suivi et de prise en charge, les lieux d'exercice, les demandes de consultation et les modalités de surveillance des activités médicales. Un canevas d'entente est disponible sur le site Web de l'OIIQ.

La pratique en établissement

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

La pratique des IPSPL est balisée par la réglementation, notamment par des listes d'examens et de médicaments que les IPSPL sont autorisées à prescrire.

La directrice des soins infirmiers

Tout comme pour les activités prévues à l'article 36 de la LII, la LSSSS accorde à la DSI un pouvoir de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre.

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

Le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* prévoit les conditions d'exercice d'activités médicales par les IPSPL.

À cet effet, une liste codifiée de médicaments, ainsi qu'une liste d'examens complémentaires sont prévues aux annexes I et II.



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

Le chef de département clinique

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

La pratique hors des établissements

L'IPSPL peut exercer en dehors des établissements régis par la LSSSS, notamment dans un groupe de médecine de famille privé, en clinique médicale privée et en régions isolées. Dans le secteur privé, c'est-à-dire hors des établissements, il faut tenir compte de l'article 42.1 de la *Loi médicale* qui prévoit, notamment, que le médecin œuvrant avec un professionnel habilité à exercer une activité médicale en vertu d'un règlement pris en application de l'article 19 b) de la *Loi médicale* surveille la façon dont s'exerce une telle activité¹⁰. De cet article découle l'obligation, pour le médecin travaillant avec une IPSPL, de surveiller la façon dont celle-ci exerce les activités médicales qu'elle est habilitée à exercer.

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

L'obligation de surveillance, par le médecin partenaire, des activités médicales exercées par l'IPSPL hors des établissements, est comparable à l'obligation de surveillance que doit exercer le chef de département clinique en établissement. Il s'agit d'une surveillance qui n'implique pas de supervision

10. Une autre obligation découlant de l'article 42.1 de la *Loi médicale* concerne l'obligation faite au médecin qui travaille avec un professionnel habilité à exercer une activité médicale en vertu d'un règlement pris en application du paragraphe b) de l'article 19 de cette loi, de soumettre au Conseil d'administration, pour autorisation, un projet de conditions d'application locales des activités médicales que ce professionnel est habilité à exercer.

À cet égard, le CMQ est d'avis que l'encadrement offert par le règlement à l'égard des activités médicales exercées par une IPSPL permet de satisfaire à cette exigence. Cet encadrement porte notamment sur : la liste de médicaments, d'examen diagnostiques et de technique effractives à risque de préjudice que l'IPSPL peut prescrire et pratiquer; la nature des problèmes de santé courants et des maladies chroniques qu'une IPSPL peut traiter; les conditions de demande d'intervention obligatoire du médecin partenaire; l'obligation de conclure une entente écrite avec le médecin partenaire.

directe au cas par cas. Il s'agit plutôt d'une surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales ou de l'observance de normes poursuivant ces finalités liées à l'exercice de ces activités médicales.

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

- Rencontres d'équipe régulières pour discuter du fonctionnement général de l'équipe et de tout sujet jugé pertinent par le médecin partenaire ou l'IPSPL. À cette fin, une rencontre mensuelle devrait suffire.
- Discussions de cas choisis par l'IPSPL ou le médecin partenaire pendant les rencontres d'équipe ou à l'occasion de rencontres prévues expressément à cette fin. Une périodicité mensuelle devrait suffire.
- Sélection et révision de dossiers de l'IPSPL par le médecin partenaire pour l'évaluation de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par cette dernière. Rencontres et discussions avec l'IPSPL à ce sujet au même moment ou par la suite. Il paraît raisonnable d'exécuter cet exercice une ou deux fois par année.
- Rencontres d'équipe avec l'IPSPL et le médecin partenaire en vue d'évaluer la satisfaction de la clientèle par rapport à la qualité des services offerts par l'équipe. Ce sujet devrait être traité régulièrement, par exemple à l'occasion des rencontres d'équipe mensuelles.
- Communication du médecin partenaire avec l'employeur de l'IPSPL afin de lui faire part d'interrogations ou d'inquiétudes sur la qualité de la pratique des activités médicales exercées par l'IPSPL.

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

Surveillance de l'exercice de l'IPSPL par les ordres professionnels

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

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



Responsabilité professionnelle de l'IPSPL

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

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

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

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

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

Assurance responsabilité professionnelle

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

Collaboration entre le résident en médecine et l'IP SPL

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

Modalité de pratique pour la candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne admissible à l'examen de certification

Les présentes lignes directrices définissent largement ce qu'est une IP SPL. Par contre, il existe un statut préalable à la délivrance du certificat de spécialiste d'IP SPL, permettant à une infirmière, qui a terminé sa formation universitaire de 2^e cycle avec succès, d'exercer des activités médicales, en attendant de réussir l'examen et d'obtenir son certificat de spécialité à certaines conditions. Ce statut est désigné comme étant celui de « candidate infirmière praticienne spécialisée » (CIPS).

Conditions supplémentaires et surveillance médicale

Le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* prévoit certaines conditions pour exercer les activités médicales à titre de CIPS en soins de première ligne (CIPSPL).

Les conditions applicables à l'IP SPL le sont aussi pour la CIPSPL, auxquelles s'ajoutent les deux conditions suivantes :

- la CIPSPL exerce les activités médicales dans un centre exploité par un établissement du réseau de la santé où un directeur des soins infirmiers est nommé, ou, dans un cabinet médical, une clinique médicale, un dispensaire ou un autre lieu offrant des soins de première ligne, dans la mesure où elle est à l'emploi d'un établissement du réseau de la santé où un directeur des soins infirmiers est nommé et où l'encadrement des soins infirmiers dispensés par la CIPSPL relève du directeur des soins infirmiers de cet établissement ;
- la CIPSPL exerce ces activités sous la supervision d'un médecin de famille avec la collaboration d'une IP SPL ou, à défaut, d'une infirmière possédant une expérience clinique pertinente d'au moins trois ans.

La supervision médicale implique une obligation pour le médecin d'être présent en tout temps afin d'être en mesure d'intervenir auprès de la CIPSPL lorsque nécessaire. Il sera permis au médecin de s'absenter occasionnellement, à condition toutefois qu'une IP SPL soit présente sur les lieux où la CIPSPL exerce les activités médicales.

La supervision médicale implique aussi que le médecin doit connaître les niveaux de compétence de la CIPSPL afin qu'il puisse établir avec elle les conditions et les modalités d'exercice pour permettre le transfert des connaissances et atteindre les niveaux de compétence attendus.



LES MODALITÉS DE PRATIQUE DE L'IPSPL EN RÉGIONS ISOLÉES

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

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

Description et situation des régions isolées

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

Centre de santé de la Basse-Côte-Nord

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

Nunavik

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

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

Territoire de la Baie-James

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

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

Premières Nations

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

Communautés des Premières Nations de Lac-Rapide et Winneway

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

Situations d'urgence en régions isolées

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

Les patients en attente d'un transfert, par avion ou par véhicule routier, vers le centre hospitalier le plus près où des médecins sont disponibles, requièrent souvent des soins d'urgence. Toutefois, selon les conditions climatiques et les moyens de transport, il peut s'écouler plusieurs heures voire une journée avant que la personne puisse être évacuée. Par conséquent, l'IPSP qui a suivi une formation supplémentaire en soins d'urgence et en obstétrique sera en mesure de maintenir les fonctions vitales



du patient, de stabiliser son état, d'appliquer des traitements effractifs et d'assurer la surveillance clinique de ce dernier jusqu'à son évacuation.

Les situations d'urgence auxquelles l'IPSPL peut avoir à faire face sont multiples. Le tableau suivant présente des situations d'urgence qui peuvent survenir dans les régions isolées.

TABLEAU 3.1

**LISTE NON EXHAUSTIVE DE SITUATIONS D'URGENCE
QUI PEUVENT SURVENIR DANS LES RÉGIONS ISOLÉES**

Tête et cou

- Os propre du nez
- Mandibule

Traumatologie

- Accident par balle
- Accident de véhicule tout-terrain et de motoneige
- Accident du travail
- Tentative de pendaison
- Fracture ouverte ou fermée
- Brûlure
- État de choc
- Traumatisme crânien
- Traumatisme à la colonne cervicale et à la moelle épinière
- Volet costal

Obstétrique

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

Neurologie

- Status épileptique
- Accident vasculaire cérébral

Psychiatrie

- Crise d'agitation

Cardiorespiratoire

- Réanimation cardiorespiratoire d'un nouveau-né, d'un enfant et d'un adulte
- Pneumothorax
- Œdème aigu du poumon
- Bronchospasme
- Infarctus
- Angine instable
- Choc anaphylactique
- Choc hypovolémique
- Surdose, empoisonnement et toxidrome

Crise sociale

- Personne suicidaire
- Violence conjugale

Autres

- Hypothermie
- Bactériémie et septicémie

Activités médicales

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

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

Accouchement d'urgence

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

Hémorragie du post-partum

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



Appliquer certains traitements médicaux

Lavage gastrique

Dans le but de diminuer l'absorption systémique de substances toxiques, l'IP SPL peut procéder au nettoyage du contenu de l'estomac par un lavage gastrique. À la suite de son évaluation, elle prescrit et effectue les examens diagnostiques nécessaires, prépare le patient et effectue le lavage gastrique. Elle pratique l'ensemble des interventions liées à la procédure (ex. : insertion et retrait du tube nasogastrique, aspiration ou succion du contenu de l'estomac, collecte des spécimens, irrigation de l'estomac, évacuation des substances toxiques, instillation de médicaments et administration de liquides, au besoin).

L'IP SPL doit porter une attention particulière à la destruction des muqueuses, être en mesure de gérer les complications possibles, d'assurer la surveillance per et post procédure (signes vitaux, hydratation, état mental, rénal, respiratoire et cardiaque, distension abdominale, dysphagie, nausées, vomissements, intolérances alimentaires, etc.) et le suivi du patient.

Paquetage nasal postérieur

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

Immobilisation en cas de fracture

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

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

L'IPSPL doit obtenir un examen radiologique, si un tel examen est disponible, avant de réduire ou d'immobiliser toute luxation ou fracture, sauf en cas de luxation interphalangienne et de pronation douloureuse des jeunes enfants (*pulled elbow*). Elle évalue et documente l'état général, la fonction musculosquelettique et le statut neurovasculaire (remplissage capillaire, douleur, parésie ou paralysie, paresthésie ou anesthésie, pouls périphérique, pression intracompartimentale, etc.), elle soulage la douleur du patient (elle choisit le médicament et la voie d'administration) et procède à la réduction à l'aide de tractions manuelles et à l'immobilisation de la luxation. Elle stabilise la fracture ouverte (nettoie la plaie, la débride et la couvre, elle réduit et immobilise la fracture, administre la prophylaxie antitétanique et antimicrobienne). Dans le cas d'une fracture ouverte, elle assure le transfert d'urgence du patient vers un centre hospitalier pour une prise en charge immédiate en orthopédie, en chirurgie vasculaire ou autres spécialités appropriées. Elle assure le suivi du patient à son retour.

Prescrire des médicaments ou d'autres substances

Pour exercer ces activités, l'IPSPL peut prescrire les médicaments et les autres substances supplémentaires indiqués au tableau 4.1. Ces médicaments sont aussi énumérés à l'annexe III du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*.

TABLEAU 4.1

LISTE DES CLASSES DE MÉDICAMENTS SUPPLÉMENTAIRES UTILISÉES EN RÉGIONS ISOLÉES

Classes de médicaments	Nom du médicament
• Agonistes des opiacés	• Fentanyl • Morphine
• Antagonistes des opiacés	• Naloxone
• Antagonistes des benzodiazépines	• Flumazénil (Anexate)
• Antiacides-adsorbants	• Charbon activé
• Anesthésiques locaux	• Mèpivacine (Carbocaïne)
• Coagulant topique	• Thrombine
• Ocytociques	• Oxytocine (Syntocinon et Pitocin)
• Prostaglandines	• Carboprost (Hémabate)
• Anticonvulsivants	• Sulfate de magnésium, inj.
• Anxiolytiques-sédatifs	• Lorazépam, i.v., i.m., i.r.



Exercer les activités médicales de soins avancés en réanimation cardiorespiratoire

L'IPSPL peut exercer toutes les activités médicales (prescription de traitements et de médicaments et utilisation de techniques effractives) comprises dans les formations sur les soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC), en réanimation pédiatrique (SARP), en réanimation néonatale (Programme de réanimation néonatale – PRN) et en Soins de traumatologie pour les infirmières (Trauma Nursing Core Course).

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

Soins avancés en réanimation cardiovasculaire

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

L'IPSPL sera en mesure :

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

Soins avancés en réanimation pédiatrique

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

L'IPSPS sera en mesure :

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

Soins avancés en réanimation néonatale

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

L'IPSPS sera en mesure :

- d'évaluer la stabilité ou l'instabilité du nouveau-né ;
- de procéder à l'évaluation rapide et aux étapes initiales de la ventilation, aux compressions thoraciques et à la stabilisation ;
- de procéder à l'intubation endotrachéale ;
- de réanimer un nouveau-né instable ;
- de réanimer un nouveau-né en présence de liquide amniotique méconial ou non ;
- d'effectuer la ventilation mécanique et d'en déterminer les paramètres ;
- d'utiliser le matériel nécessaire à la ventilation (canule oropharyngée, nasopharyngée, ballon masque avec réservoir, etc.) ;
- d'administrer les médicaments et d'autres substances ;



- de prioriser les accès vasculaires selon l'état du nouveau-né (veines périphériques, voie intra-ossuse, veine ombilicale, etc.) ;
- d'utiliser un défibrillateur externe automatique (DEA) ;
- de procéder à la cardioversion ;
- de procéder à la défibrillation ;
- d'intervenir en situation de choc ;
- d'effectuer une thérapie liquidienne selon l'état de choc ;
- de pratiquer le DOPE (déplacement, obstruction, pneumothorax, équipement) ;
- de pratiquer la réduction d'une subluxation et l'immobilisation d'un membre.

Soins avancés de traumatologie

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

Pour ce faire, l'IPSPL sera en mesure :

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

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

L'IPSPL peut administrer l'ensemble des médicaments et autres substances nécessaires à la réanimation et à la stabilisation d'un nouveau-né, d'un enfant ou d'un adulte, à condition que ce soit prévu dans les formations sur les soins avancés en réanimation cardiovasculaire, pédiatrique, néonatale et des polytraumatisés. Ces formations sont énoncées ci-dessous.

Formation requise

L'IPSPL doit détenir, depuis moins de deux ans, les attestations suivantes :

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

L'IPSPL doit détenir, depuis moins de quatre ans, l'attestation suivante :

- une attestation de formation de traumatologie pour les infirmières (Trauma Nursing Core Course - TNCC) par l'obtention d'une attestation délivrée par le National Emergency Nurses' Affiliation (NENA, Canada) et l'Emergency Nurses Association (ENA, États-Unis).

De plus, l'employeur doit organiser et convenir des modalités de la formation dans des milieux de stage nommés qui répondent aux exigences de la réglementation. L'évaluation, prouvant que l'IPSPL a réussi les stages cliniques d'au moins neuf semaines, devra être transmise à l'OIIQ pour qu'une attestation lui soit délivrée :

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

CONCLUSION

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

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



RÉFÉRENCES

Abimelec, p. (2009). « Tips and tricks in nail surgery », *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, vol. 28, n° 1, p. 55-60.

American Heart Association (2011). *Advanced Cardiovascular Life Support: Provider Manual*, Dallas, AHA.

American Heart Association, et American Academy of Pediatrics (2011). *Pediatric Advanced Life Support: Provider Manual*, Dallas, AHA.

American Heart Association, American Academy of Pediatrics, et Société canadienne de pédiatrie (2011). *Manuel de réanimation néonatale*, 6^e éd., Ottawa, Société canadienne de pédiatrie.

American Heart Association, et Fondation des maladies du coeur du Canada (2010). *Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins*, Ottawa, FMCC.

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

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

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Un certificat d'arrêt de travail émis par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est-il valide dans le cadre de certains régimes de protection du revenu ?*, communiqué réseau santé et sécurité au travail, n° SST2011-10, Montréal, AQESSS, 16 décembre 2011.

Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., et Godwin, M. (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Beard, J.M., et Osborn, J. (2011). « Common office procedures », dans R.E. Rakel et D.P. Rakel (sous la dir. de), *Textbook of Family Medicine*, 8^e éd., Philadelphie, Saunders Elsevier, p. 550-576.

Chen, A.Y., et Baldwin, S. (2006). « Intrauterine devices: Comparison of the copper T intrauterine device with the levonorgestrel intrauterine system », dans D. Shoupe et S.L. Kjos (sous la dir. de), *The Handbook of Contraception: A Guide for Practical Management*, Totowa (NJ), Humana Press, p. 129-145.

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

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

Collège des médecins du Québec (2005). *Les ordonnances faites par un médecin*, Montréal, CMQ, coll. Guide d'exercice ».

Collège des médecins du Québec (2011). « Question de pratique : outre un médecin, qui peut prescrire des radiographies ? », *Le Collège*, vol. 51, n° 3, p. 23.

Coloe, J., Burkhart, C.N., et Morrell, D.S. (2009). « Molluscum contagiosum: What's new and true? », *Pediatric Annals*, vol. 38, n° 6, p. 321-325.

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

Commissaire à la santé et au bien-être (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 : [Première ligne de soins]*, Québec, CSBE, 4 vol.

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

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

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

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., et Spong, C.Y. (2010). « Contraception », dans *Williams Obstetrics*, 23^e éd., New York, McGraw-Hill, p. 673-697.

Dawson, J. (2011). « Procedure 1: Combitube insertion and removal », dans D. Lynn-McHale Wiegand (sous la dir. de), *AACN Procedure Manual for Critical Care*, 6^e éd., Philadelphie, Saunders Elsevier, p. 1-8.

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., et al. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

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

Groupe de travail national sur l'ÉTG, Bullard, M.J., Unger, B., Spence, J., et Grafstein, E. (2008a). « Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les adultes », *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 10, n° 2, p. 143-150.

Groupe de travail national sur l'ÉTG, Warren, D.W., Jarvis, A., LeBlanc, L., et Gravel, J. (2008b). « Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) applicable aux enfants », *Canadian Journal of Emergency Medicine / Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 10, n° 3, p. 233-243.

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

Hamric, A.B., Spross, J.A., et Hanson, C.M. (sous la dir. de) (2009). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 4^e éd., Philadelphie, Saunders Elsevier.



Heidelbaugh, J.J., et Lee, H. (2009). « Management of the ingrown toenail », *American Family Physician*, vol. 79, n° 4, p. 303-308.

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

International Liaison Committee on Resuscitation (2010). « 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations », *Circulation*, vol. 122, n° 16 (suppl. 2).

Jacobson, P.M., et HDR Inc. (2012). *Evidence Synthesis for the Effectiveness of Interprofessional Teams in Primary Care*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

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

Labrèche, J. (2005). « Petit atlas de chirurgie mineure », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 2, p. 75-78.

Lévesque, S. (2005). « L'ongle douloureux, quel casse-pied ! », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 2, p. 67-71.

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9.

Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., c. S-2.1.

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001.

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

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

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

Lowdermilk, D.L. (2012). « Postpartum complications », dans D.L. Lowdermilk, S.E. Perry et K.R. Alden (sous la dir. de), *Maternity & Women's Health Care*, 10^e éd., St. Louis, Mosby Elsevier, p. 824-836.

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

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

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

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

Mayeaux, E.J. (sous la dir. de) (2009). *The Essential Guide to Primary Care Procedures*, Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins.

McNany, E.H. (2010). « Copper intrauterine device », dans S.M. Sulik et C.B. Heath (sous la dir. de), *Primary Care Procedures in Women's Health*, New York, Springer, p. 121-134.

Newhouse, R.P., Stanik-Hutt, J., White, K.M., Johantgen, M., Bass, E.B., Zangaro, G., et al. (2011). « Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review », *Nursing Economic\$,* vol. 29, n° 5, p. 1-21.

Oandasan, I., Baker, G.R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., et al. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada : Recommandations et synthèse pour politiques*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, éd. mise à jour, Westmount, OIIQ.

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

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2011). *L'ABC de l'ordonnance collective*, [www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/ordonnances_collectives/abc_de_l_oc_20100114_cii_cir_2011.pdf].

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

Philips-Nootens, S., Lesage-Jarjoura, P., et Kouri, R.P. (2007). *Éléments de responsabilité civile médicale*, 3^e éd., Cowansville, Yvon Blais.

Pineux, L. (2009). « Curetage des molluscum contagiosum », *La Revue de la médecine générale*, n° 260, p. 66-67.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec (2011). « Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) et de la candidate infirmière spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF. Lettre d'entente n° 229 », *Infolettre*, n° 250, 22 février 2011.

Règlement modifiant le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, D. 1318-2011, (2011) 143 G.O. II, 5710.

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, R.Q., c. M-9, r. 13.

Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, R.Q., c. P-10, r. 12.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 25.



Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens, DORS/2012-230, (2012) 146 Gaz. Can. II, 2461.

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

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

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

Roberts, J.R., et Hedges, J.R. (sous la dir. de) (2010). *Clinical Procedures in Emergency Medicine*, 5^e éd., Philadelphie, Saunders Elsevier.

Salam, G.A. (2002). « Lipoma excision », *American Family Physician*, vol. 65, n° 5, p. 901-904.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2004a). « Consensus canadien sur la contraception [directive clinique, n° 143, partie 1] », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 26, n° 2, p. 158-174.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2004b). « Consensus canadien sur la contraception [directive clinique, n° 143, partie 2] », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 26, n° 3, p. 255-296.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2012). « Contraception d'urgence [directive clinique, n° 280] », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 34, n° 9, p. S1-S10.

Virani, T. (2012). *Interprofessional Collaborative Teams*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Zuber, T.J. (2002). « Ingrown toenail removal », *American Family Physician*, vol. 65, n° 12, p. 2547-2550.

