



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables

Adopté par le Bureau de la FMOQ à sa réunion des 16 et 17 juin 2005

Adopté par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion des 22 et 23 juin 2005

Octobre 2005

Conception et réalisation graphique de la page couverture

inoxidée

Révision

Odette Lord

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Montréal (Québec) H3Z 1V4

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

Télécopieur : (514) 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, Bureau 1000

Montréal (Québec) H3G 1R8

Téléphones : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Télécopieur : (514) 878-4455

www.fmoq.org

Le document est disponible sur les sites Web de l'OIIQ et de la FMOQ.

Dépôt légal

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2005

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005

4^e trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-358-8

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

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

Les membres du Groupe de travail OIIQ/FMOQ

Les représentantes de l'OIIQ

Suzanne Durand, infirmière, directrice, Direction du développement et soutien professionnel, OIIQ

Sylvie Désilets, infirmière-conseil, CSSS de La Petite Patrie et Villeray, CLSC La Petite Patrie

Christine Laliberté, infirmière, GMF Saint-Vallier

Carole Mercier, infirmière, directrice-conseil, Direction des affaires externes, OIIQ

Les représentants de la FMOQ

D^r Yves Langlois, omnipraticien en cabinet privé et au CSSS Haut-Richelieu 4 Rouville, Hôpital du Haut-Richelieu, membre du Bureau de la FMOQ

D^{re} Julie Lajeunesse, omnipraticienne au CSSS Jeanne-Mance, CLSC des Faubourgs et au CHUM

D^r André Mageau, omnipraticien au GMF Salaberry et au CSSS du Suroît, Centre hospitalier régional du Suroît

D^r Jean Rodrigue, omnipraticien, directeur de la planification et de la régionalisation, FMOQ

TABLE DES MATIÈRES

1. Le mandat du comité	1
2. Le cadre législatif.....	2
2.1 La <i>Loi sur les infirmières et les infirmiers</i>	3
2.2 La <i>Loi médicale</i>	5
3. La collaboration infirmière-médecin en première ligne	5
3.1 Les travaux respectifs de l'OIIQ et de la FMOQ.....	6
3.2 Les résultats préliminaires d'équipes de recherche sur cette question.....	7
3.3 Les milieux de pratique des médecins omnipraticiens et des infirmières en première ligne	9
4. Les rôles respectifs du médecin omnipraticien et de l'infirmière en première ligne.....	11
4.1 Les rôles et fonctions de l'infirmière de GMF.....	12
4.2 Les rôles et fonctions de l'infirmière de CSSS - Mission CLSC.....	13
4.2.1 Les principales fonctions de l'infirmière dans les services courants et certains programmes-clientèles	13
4.2.2 Les principales fonctions de l'infirmière en soutien à domicile.....	14
4.3 Les rôles et fonctions du médecin dans les cabinets médicaux, les CSSS - Mission CLSC et les GMF.....	15
5. Les outils cliniques et clinico-administratifs	17
5.1 Les outils cliniques s'adressant aux médecins et aux infirmières praticiennes	17
5.1.1 La règle de soins médicaux et la règle d'utilisation des médicaments	17
5.1.2 La règle d'utilisation des ressources.....	17
5.2 Les outils cliniques et clinico-administratifs s'adressant aux infirmières	18
5.2.1 La règle de soins infirmiers	18
5.2.2 Le plan standardisé de soins et de traitements infirmiers	20
5.2.3 Le protocole infirmier.....	20
5.2.4 Le plan de cheminement clinique	22
5.2.5 La méthode de soins	22
5.2.6 Le plan thérapeutique infirmier	23

6. Les ordonnances	23
6.1 Les définitions d’ordonnances et de protocole	24
6.2 Les normes à suivre par les médecins pour les ordonnances collectives	25
6.3 L’objet des ordonnances collectives	27
6.4 Les principes à respecter lors de la détermination des ordonnances collectives.....	27
6.5 Les professionnels et les instances impliqués dans l’élaboration et l’approbation des ordonnances collectives	28
6.6 Les responsabilités des infirmières et des médecins lors de l’application des ordonnances collectives	29
6.7 Les ordonnances collectives visant l’initiation et l’ajustement de la médication	30
7. Le projet d’infirmière praticienne de première ligne du CLSC Le Partage des Eaux.....	31
8. Les actions à entreprendre pour faciliter la collaboration médecin- infirmière en première ligne	32

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Le rôle des infirmières dans le groupe de médecine de famille

ANNEXE 2 : Le rôle du médecin de famille

ANNEXE 3 : Les activités exclusives et partageables du médecin de famille et de l’infirmière en première ligne/GMF/CSSS - Mission CLSC – Expertise spécifique – contribution attendue

ANNEXE 4 : Exemples d’ordonnances collectives et de protocoles médicaux et infirmiers en centre de santé et de services sociaux – Mission CLSC

ANNEXE 5 : Exemples de suivi conjoint des clientèles en GMF, incluant les ordonnances collectives

ANNEXE 5-A : Suivi conjoint de la clientèle hypertendue –
GMF Centre médical Laval

ANNEXE 5-B : Suivi conjoint de la clientèle diabétique et prédiabétique – GMF Saint-Vallier

ANNEXE 5-C : Suivi conjoint de la clientèle sous anticoagulothérapie –
GMF Saint-Vallier

PRÉAMBULE

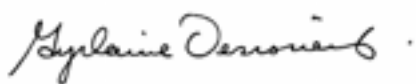
Les infirmières et les médecins omnipraticiens agissent à titre de premiers intervenants auprès des personnes qui requièrent des services de santé partout au Québec. À ce titre, ils sont les premiers concernés pour toute question touchant la nature et l'organisation des services de première ligne.

Dans les cabinets médicaux et les centres locaux de services communautaires (CLSC), tous et toutes ont dû s'adapter à de nombreux changements au cours des dernières années. Le vieillissement de la population québécoise, l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et l'apparition de multiples innovations technologiques et médicamenteuses ont obligé les médecins de famille à revoir leur offre de service et leur façon de faire. Le suivi des malades chroniques, les services de maintien à domicile aux personnes en perte sévère d'autonomie, les services d'information et d'éducation en matière de santé ainsi que les activités de prévention ont considérablement élargi le champ d'exercice en première ligne des infirmières dans les CLSC et, plus récemment, dans les groupes de médecine de famille (GMF).

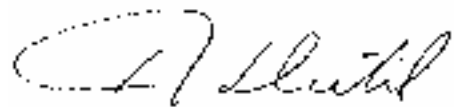
Plusieurs modifications organisationnelles ont été apportées pour améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services, notamment dans les GMF, les cliniques-réseau, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que dans les réseaux locaux de services (RLS). Toutes ces modifications organisationnelles se sont effectuées dans un contexte de pénurie d'effectifs, autant chez les médecins omnipraticiens que chez les infirmières. Il devenait donc nécessaire de revoir les pratiques professionnelles et les modalités de collaboration de ces deux groupes de professionnels, notamment dans le cadre des nouvelles dispositions législatives de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90).

L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont décidé de former un groupe de travail conjoint pour analyser les rôles respectifs du médecin omnipraticien et de l'infirmière en première ligne, les modalités de collaboration interprofessionnelle et les activités partageables.

Ce rapport aborde les collaborations et les activités partageables dans le cadre de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Nous espérons qu'il sera utile à tous nos membres exerçant dans les cabinets médicaux, les CLSC, les GMF et les cliniques-réseau. Nous avons également prévu des activités de formation continue en cette matière qui devraient se tenir au cours de la prochaine année. À l'automne, les membres du groupe de travail aborderont les questions touchant l'infirmière praticienne de première ligne, dans le cadre de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* du Québec.



Gyslaine Desrosiers, présidente
OIIQ



D^r Renald Dutil, président
FMOQ

1. Le mandat du comité

Le Groupe de travail OIIQ/FMOQ a reçu le mandat :

- ≠ de partager la vision de l'un et l'autre des organismes sur les champs d'exercice professionnels en première ligne en précisant, notamment :
 - ✓ le rôle du médecin de famille ;
 - ✓ le rôle de l'infirmière en première ligne selon les niveaux de formation qu'elle détient ;
 - ✓ les champs de compétence respectifs du médecin de famille et de l'infirmière ;
 - ✓ la portée de la Loi 90, incluant les articles 36 et 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ;
 - les champs d'exercice respectifs du médecin de famille et de l'infirmière ;
 - les activités partageables;
- ≠ de faire état des expériences en cours au Québec sur des modèles de collaboration d'infirmières et d'infirmiers à l'intérieur des GMF et dans les CLSC ;
- ≠ d'élaborer des mécanismes facilitant la complémentarité qui doit s'établir entre médecins de famille et infirmières en première ligne dans la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables en GMF, en cabinet privé, dans les CLSC et à domicile, et ce, dans le cadre d'une organisation favorisant l'interdisciplinarité et l'intégration des soins et des services ;
- ≠ d'élaborer des outils facilitant les modalités d'application des activités partageables en médecine de famille, dont la rédaction de protocoles, d'ordonnances collectives et de règles de soins infirmiers et médicaux ;
- ≠ d'explorer des modèles de collaboration en régions éloignées et isolées.

Le groupe de travail a tenu 10 réunions jusqu'à maintenant, les 16 novembre et 7 décembre 2004, de même que les 12 et 27 janvier, 15 février, 9 et 30 mars, 26 avril, 18 mai et 13 juin 2005.

Au moment de l'analyse de leur mandat, les membres du groupe de travail ont convenu qu'une attention particulière devra être apportée au contexte des cabinets médicaux, qui est différent de celui des établissements du réseau. Une attention particulière devra également être apportée aux liens de collaboration à établir entre l'infirmière praticienne spécialisée, l'infirmière de suivi systématique et les professionnels en première ligne, infirmière et médecin de famille, pour la prise en charge d'un patient connu par ce dernier.

D'entrée de jeu, ce rapport fait état des dispositions législatives précisant les champs d'exercice et les activités réservées aux médecins et aux infirmières. Par la suite, les travaux de l'OIIQ, de la FMOQ et des équipes de chercheurs sur la collaboration infirmière-médecin sont présentés de façon à illustrer les principaux facteurs sur lesquels les groupes de professionnels doivent s'appuyer pour favoriser cette collaboration.

Quant aux rôles du médecin omnipraticien et de l'infirmière en première ligne, ils sont décrits de façon succincte en vue de faire ressortir les différents types d'expertise. En annexe, un tableau détaillé présente les activités exclusives et partageables du médecin de famille et de l'infirmière en première ligne.

Enfin, pour faciliter le partage d'activités professionnelles, des outils cliniques et clinico-administratifs utilisés par les professionnels sont définis et illustrés au moyen d'exemples concrets présentés en annexe. Il s'agit, entre autres, d'ordonnances et de protocoles.

2. Le cadre législatif

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) met à jour les compétences distinctives ou partagées de 11 professions de la santé et incite à la collaboration interprofessionnelle. Pour chacune de ces professions, la loi décrit un champ d'exercice actualisé et réserve certaines activités professionnelles en fonction de critères de protection du public.

2.1 La Loi sur les infirmières et les infirmiers

Article 36

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

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

- 1. évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;*
- 2. exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;*
- 3. initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;*
- 4. initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (2001, chapitre 60) ;*
- 5. effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance ;*
- 6. effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ;*
- 7. déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;*
- 8. appliquer des techniques invasives ;*
- 9. contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;*
- 10. effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;*

- 11. administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;*
- 12. procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;*
- 13. mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ;*
- 14. décider de l'utilisation des mesures de contention.*

Article 36.1

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

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

Pour pouvoir exercer ces activités additionnelles, l'infirmière praticienne spécialisée devra remplir les deux conditions suivantes :

- ✹ être titulaire d'un certificat de spécialiste délivré à des conditions déterminées par règlement de l'OIIQ ;
- ✹ être habilitée à exercer les activités médicales mentionnées précédemment en vertu d'un règlement du Collège des médecins du Québec (CMQ).

2.2 La Loi médicale

Article 31

L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

- 1. diagnostiquer les maladies ;*
- 2. prescrire les examens diagnostiques ;*
- 3. utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;*
- 4. déterminer le traitement médical ;*
- 5. prescrire les médicaments et les autres substances ;*
- 6. prescrire les traitements ;*
- 7. utiliser les techniques ou appliquer les traitements invasifs, ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques ;*
- 8. exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques ;*
- 9. effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements ;*
- 10. décider de l'utilisation des mesures de contention.*

3. La collaboration infirmière-médecin en première ligne

De nombreux exemples de collaboration existent déjà entre les médecins omnipratriciens et les infirmières. Ces collaborations peuvent être ponctuelles, dans le cadre des activités de l'infirmière en milieu scolaire par exemple, ou continues, lors d'un suivi conjoint d'une personne en perte sévère d'autonomie maintenue à domicile. De plus, de nombreux médecins offrent des services de médecine familiale avec des infirmières, dans des

cabinets médicaux ou dans le cadre des services courants d'un CLSC. Toutefois, ces collaborations se butaient souvent à des dispositions législatives trop restrictives. Deux événements ont permis de revoir en profondeur les collaborations possibles. Le nouveau cadre légal touchant les activités professionnelles, avec la Loi 90, permet de régulariser certaines pratiques déjà établies et ouvrent la voie à de nouvelles collaborations. L'implantation des GMF a créé un contexte de pratique propice au développement d'un modèle de collaboration omnipraticien-infirmière qui englobe l'ensemble des services de première ligne.

Dans ce nouveau contexte, l'OIIQ et la FMOQ ont entrepris des travaux qui leur permettent d'identifier les facteurs facilitant ou freinant la collaboration entre les médecins et les infirmières. De même, le groupe de travail a été sensibilisé aux résultats des équipes de recherche, particulièrement en ce qui concerne la collaboration médecin-infirmière en GMF.

3.1 Les travaux respectifs de l'OIIQ et de la FMOQ

Les comptes rendus des deux rencontres de l'OIIQ avec des infirmières en GMF révèlent que certains GMF ne peuvent utiliser l'ensemble des compétences des infirmières parce que celles-ci font beaucoup de triage. On note qu'il y a très peu d'infirmières par médecin et que le temps d'attente pour la prise de rendez-vous avec les médecins est demeuré inchangé. Il semble qu'il y ait une meilleure prise en charge de la clientèle, mais cette variable demeure plus difficile à mesurer.

La FMOQ a déposé les résultats d'une enquête menée auprès des médecins responsables des 17 premiers GMF. En général, l'intégration des infirmières dans les GMF s'est bien déroulée. Les médecins considèrent que la collaboration avec les infirmières améliore la qualité de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Les problèmes vécus dans certains GMF sont liés à des conflits de personnalité et à des problèmes administratifs en lien avec le CLSC. La FMOQ a également fait état des résultats d'un sondage récent auprès d'un échantillon de 500 médecins exerçant en cabinet privé ou en CLSC. Selon le sondage, les médecins sont

favorables à ce que les infirmières effectuent des activités de dépistage, d'assistance, de counselling et d'éducation, les relances téléphoniques, les traitements et les mesures diagnostiques selon une ordonnance, le suivi infirmier, les conseils sur les ressources professionnelles, la liaison, la surveillance clinique et le suivi conjoint. Plusieurs ont toutefois manifesté plus de réticence en ce qui concerne les activités touchant le diagnostic et la prescription de médicaments.

Les membres du groupe de travail reconnaissent que les GMF sont encore peu connus par la population et qu'ils ne sont pas développés partout. L'impact des GMF va pouvoir se mesurer à long terme, et ce, en fonction du nombre total de GMF, de l'utilisation du service Info-Santé et de la contribution des infirmières en première ligne au Québec. Le rôle de l'infirmière en GMF évoluera pendant plusieurs années, et les changements de pratique sont et seront majeurs tout en demeurant variables d'un GMF à l'autre.

3.2 Les résultats préliminaires d'équipes de recherche sur cette question

Rencontre avec la D^{re} Marie-Dominique Beaulieu

La D^{re} Beaulieu présente les résultats des travaux de son équipe sur l'implantation des groupes de médecine de famille, *Le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*.

Les chercheurs ont observé qu'il y a de grandes variations dans les modalités de partage des responsabilités médecins-infirmières dans un même GMF et entre les GMF. L'existence d'un discours commun sur l'importance de la collaboration et sur les finalités du GMF est essentielle.

Souvent, la conception de la collaboration diffère entre les infirmières (autonomie professionnelle) et les médecins (médecin coordonnateur vs médecin partenaire).

Les éléments qui favorisent la dynamique de collaboration sont les rencontres d'équipe où l'on aborde les finalités du GMF, les soins centrés sur le patient, la confiance basée sur la perception de la compétence de l'autre et la connaissance de son champ d'intervention, la formalisation des protocoles, les réunions statutaires et le travail en sous-comités, le leadership du responsable du GMF et l'accès à une expertise.

Au cours de la discussion, qui a suivi la présentation de la D^{re} Beaulieu, cette dernière a insisté sur l'importance d'assurer un soutien au changement pour améliorer la collaboration interprofessionnelle.

Rencontre avec M^{mes} Anne Gauthier, Louise-Andrée Hardy et Lysette Trahan

M^{mes} Anne Gauthier, Louise-Andrée Hardy et Lysette Trahan, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présentent les résultats des travaux de leur équipe *Évaluation de la mise en place de la première vague de GMF*. L'équipe observe l'évolution de 19 GMF à travers le Québec. Actuellement, la plupart des observations concernent la phase de démarrage.

Les chercheurs ont noté que les attentes des infirmières au moment de l'implantation du GMF étaient élevées en ce qui a trait à une pratique diversifiée relativement complexe et à une participation aux décisions cliniques. Les médecins quant à eux étaient très satisfaits des relations avec les autres professionnels du GMF.

Par la suite, les chercheurs ont étudié les processus d'implantation dans 7 de ces 19 GMF. Le degré de collaboration interprofessionnelle varie d'un GMF à l'autre, selon la diversité des tâches de l'infirmière, leur niveau de complexité et le niveau d'autonomie de l'infirmière.

Actuellement, le modèle GMF se développe beaucoup par mimétisme avec un ou deux GMF phares. Parmi les facteurs qui facilitent l'interdisciplinarité, outre ceux déjà identifiés par la D^{re} Beaulieu et son équipe, le groupe ministériel mentionne le leadership de la responsable des soins infirmiers du CLSC partenaire du GMF, la sélection des infirmières par un jury de compétence, les qualités professionnelles et personnelles de l'infirmière, la formation des infirmières (une formation universitaire est un atout), un processus d'intégration des infirmières et de la formation continue sur l'interdisciplinarité. D'autres facteurs facilitent l'interdisciplinarité, notamment la stabilité du personnel infirmier, les caractéristiques de l'équipe médicale (sa prédisposition au travail d'équipe, une rémunération mixte), les rencontres statutaires entre médecins et infirmières ainsi que le fait que le GMF soit situé sur un seul site. Par contre, l'importance de l'activité « sans rendez-vous » et un volume élevé de clientèle semblent nuire à l'interdisciplinarité.

3.3 Les milieux de pratique des médecins omnipraticiens et des infirmières en première ligne

Les médecins omnipraticiens et les infirmières travaillent dans des milieux dont les caractéristiques peuvent influencer sur les collaborations.

Le cabinet médical est une entreprise privée gérée par un groupe de médecins. Ces derniers assurent des services médicaux à leur clientèle et assument l'ensemble des frais d'exploitation. D'autres professionnels peuvent parfois participer aux activités du groupe. Il appartient aux médecins omnipraticiens du cabinet d'établir les modalités d'organisation du cabinet, notamment les services administratifs, la répartition des activités de rendez-vous et de celles sans rendez-vous et la nature des services offerts. L'infirmière est habituellement une employée du groupe de médecins.

Le CLSC est désormais intégré à un établissement du réseau public, le centre de santé et de services sociaux (CSSS). La nature des activités correspond à la mission de l'établissement qui déborde les services courants de médecine de famille et couvre, par exemple, la santé en milieu scolaire ou le maintien à domicile pour l'ensemble du territoire de l'établissement. L'organisation professionnelle y est régie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), notamment par le biais du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et du personnel d'encadrement comme la directrice des soins infirmiers (DSI) et le directeur des services professionnels (DSP). Les médecins y ont un statut de professionnel autonome et sont regroupés au sein du service médical. Les infirmières sont des employées de l'établissement, réparties dans différents programmes d'activités, et elles sont sous la responsabilité du coordonnateur du programme et de la DSI.

Les GMF peuvent comprendre des médecins d'un ou de plusieurs cabinets médicaux, des médecins d'un CSSS - Mission CLSC ou encore un amalgame de médecins de ces différents milieux. Le GMF demeure un projet d'un groupe de médecins qui s'engage contractuellement envers l'Agence régionale à offrir un ensemble de services de médecine de famille. Le groupe s'engage également envers le CLSC, notamment sur les modalités de participation d'infirmières du CLSC aux activités du GMF. Le GMF est régi par un médecin responsable selon les exigences du milieu d'origine, cabinet médical ou CLSC, conformément aux engagements contractuels envers l'Agence et le CLSC. L'infirmière demeure une employée du CSSS, en poste au GMF, sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable et sous l'autorité hiérarchique de la DSI.

Les modifications législatives récentes, fusionnant l'ensemble des établissements du territoire, centre hospitalier (CH), centre local de services communautaires (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), provoqueront des modifications organisationnelles qui influenceront certainement

l'offre des services de première ligne dans le réseau public. Il est toutefois trop tôt pour en dégager un modèle. Il en est de même pour les cliniques-réseau et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS).

Les membres du groupe de travail estiment que les médecins omnipraticiens et les infirmières peuvent développer les modèles de collaboration en première ligne, quel que soit le milieu de pratique, à la condition de partager une vision commune des services à offrir pour répondre aux besoins de leur clientèle.

4. Les rôles respectifs du médecin omnipraticien et de l'infirmière en première ligne

Pour bien cerner les rôles respectifs du médecin omnipraticien et de l'infirmière en première ligne, les membres utilisent un extrait du guide d'accompagnement *Devenir un GMF* qui décrit les fonctions des infirmières du groupe de médecine de famille (GMF) (annexe 1), et un extrait de l'énoncé de position du CMQ sur le rôle du médecin de famille (annexe 2). Le document *L'exercice infirmier en santé communautaire : les services de santé courants et Info-Santé* de l'OIIQ (1999), a également servi d'assise relativement au rôle des infirmières en CLSC pour les services courants.

S'inspirant de ces travaux, les membres du groupe de travail ont énuméré les activités exclusives et partageables des médecins de famille, de l'infirmière en première ligne et les conditions à respecter pour les exercer (annexe 3). Dans les pages qui suivent, les rôles et fonctions de l'infirmière de GMF, de l'infirmière du CSSS - Mission CLSC et du médecin omnipraticien sont décrits, et ce, pour faire ressortir leur expertise spécifique et leur contribution attendue. Évidemment, les activités partageables peuvent être effectuées à des degrés divers selon les champs de compétence respectifs et la formation.

4.1 Les rôles et fonctions de l'infirmière de GMF

Les membres du groupe de travail observent que le rôle actuel de l'infirmière en GMF varie beaucoup d'un GMF à l'autre et qu'il est essentiel de se doter d'un cadre commun qui devra toutefois être adapté selon les activités spécifiques d'un GMF, les ressources disponibles et le volume d'activités que l'on attend de l'infirmière. L'équipe du GMF devra privilégier les activités où la collaboration de l'infirmière ajoute de la valeur et de l'efficacité aux soins des patients du GMF. Ces activités pourraient également s'appliquer aux cabinets médicaux dans la mesure où les infirmières ont la formation préalable.

Les membres retiennent les fonctions suivantes pour l'infirmière en GMF :

- ∄ le suivi conjoint avec le médecin des patients atteints de maladies chroniques (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), hypertension artérielle (HTA), maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, atteinte des fonctions cognitives et autres), incluant :
 - ✓ le dépistage des clientèles à risque ;
 - ✓ l'évaluation de la condition physique et mentale, dont l'analyse des facteurs de risques ;
 - ✓ l'initiation de mesures diagnostiques selon une ordonnance collective lors du bilan initial ou dans le cadre du suivi clinique ;
 - ✓ l'enseignement à la clientèle (ex. : les habitudes de vie, les autosoins) ;
 - ✓ le suivi clinique des patients sous thérapie médicamenteuse, dont l'ajustement des médicaments et la vérification de la fidélité au traitement ;
 - ✓ le suivi téléphonique : relance, transmission de résultats d'investigations et autres ;
- ∄ les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé, par exemple la vaccination et le frottis cervical ;

- ∄ les activités de liaison vers d'autres ressources ;
- ∄ l'inscription de la clientèle vulnérable au Service 24/7 ou à Info-Santé ;
- ∄ le suivi de la clientèle en périnatalité ;
- ∄ le triage des problèmes de santé courants, dans les cliniques sans rendez-vous ;
- ∄ le suivi de rapports d'examens paracliniques : résultats normaux, anormaux.

Limiter l'infirmière aux activités de triage et de suivi de rapports d'examens paracliniques ne permet pas d'optimiser le modèle de collaboration privilégié par le groupe de travail.

4.2 Les rôles et fonctions de l'infirmière de CSSS - Mission CLSC

La pratique des infirmières en CLSC est bien établie depuis plusieurs années. Elle a évolué rapidement et constamment en lien avec les réformes du système de santé et les besoins de la clientèle. La création des CSSS et leur nouvelle obligation d'assumer une responsabilité populationnelle ont pour but de consolider les services de première ligne. À cet égard, la contribution des infirmières est complémentaire à celle des infirmières de GMF selon l'expertise développée dans différents programmes-clientèles et en soutien à domicile.

4.2.1 Les principales fonctions de l'infirmière dans les services courants et certains programmes-clientèles

Les principales fonctions de l'infirmière dans les services courants et certains programmes-clientèles sont :

- ∄ le dépistage des clientèles à risque ;
- ∄ l'évaluation des problèmes de santé courants ;
- ∄ l'initiation des mesures thérapeutiques, tels les soins de plaies et l'administration de médicaments d'urgence ;
- ∄ le suivi clinique des patients sous thérapie médicamenteuse, dont la fidélité au traitement ;

- ∄ les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé, particulièrement la vaccination ;
- ∄ l'enseignement à la clientèle (ex. : les habitudes de vie, les autosoins) ;
- ∄ les soins de santé primaires liés à la contraception et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ;
- ∄ les interventions en situation d'urgence et de crise psychosociale ;
- ∄ les activités de liaison vers d'autres ressources.

Les principales fonctions de l'infirmière à Info-Santé sont :

- ∄ l'évaluation par téléphone de la situation de santé du client ;
- ∄ l'intervention téléphonique, incluant les conseils de santé et l'orientation du client vers les ressources appropriées, le cas échéant ;
- ∄ l'intervention téléphonique en situation de crise.

4.2.2 Les principales fonctions de l'infirmière en soutien à domicile

Les clientèles desservies par l'infirmière en soutien à domicile sont les personnes âgées en perte d'autonomie ou à profil gériatrique, celles qui sont en phase postopératoire ou posthospitalisation, les personnes ayant une déficience intellectuelle et celles qui sont en soins palliatifs et en soins de fin de vie. Les principales fonctions de l'infirmière en soutien à domicile sont :

- ∄ le dépistage des clientèles à risque ;
- ∄ l'évaluation de la situation de santé des clients, dont les déficits cognitifs, l'autonomie fonctionnelle, le profil psychosocial et financier, l'environnement physique et la capacité du réseau de soutien à compenser les pertes d'autonomie ;

- ∉ les soins et les traitements tels que les soins de plaie, les soins d'entretien des accès vasculaires, les prélèvements, la préparation et l'administration de médicaments, les soins de fin de vie et les mesures de soulagement de la douleur ;
- ∉ la surveillance de l'état de santé du client, incluant les facteurs de risque et la thérapie médicamenteuse ;
- ∉ le suivi des clients sous anticoagulothérapie ;
- ∉ l'enseignement à la clientèle (ex. : les habitudes de vie, les autosoins) ;
- ∉ l'inscription de la clientèle vulnérable à Info-Santé ou au Service 24/7 ;
- ∉ la liaison vers d'autres ressources ;
- ∉ la surveillance et le contrôle de la qualité des soins et des services dispensés par des non-professionnels.

4.3 Les rôles et fonctions du médecin dans les cabinets médicaux, les CSSS - Mission CLSC et les GMF

Dans tous les milieux de première ligne où ils exercent, les médecins omnipratriciens offrent des services de médecine familiale à leur clientèle (annexe 2). Dans la définition des rôles et des fonctions respectives, le groupe de travail considère que le modèle de collaboration privilégié permet de tendre vers une utilisation optimale des compétences respectives, dont celles des médecins qui devraient être orientées davantage vers des activités diagnostiques, de traitement, de coordination du plan de traitement médical, de prise en charge et de suivi.

Dans son cabinet médical, le médecin omnipratricien assure la prise en charge et le suivi de ses patients. De plus, il participe à la clinique sans rendez-vous avec ses collègues du cabinet pour assurer à la clientèle du cabinet et à la population environnante une meilleure accessibilité aux services médicaux de première ligne. Plus de 70 % des médecins omnipratriciens québécois ont des activités dans un

cabinet médical et pour près de 3 500 d'entre eux, il s'agit de leur lieu principal de pratique. Près de 80 % de tous les services médicaux de première ligne au Québec y sont offerts. La majorité des omnipraticiens qui exercent en cabinet ont également des activités à l'hôpital (salle d'urgence, unité d'hospitalisation en soins aigus) ou dans un CHSLD.

Dans un CSSS - Mission CLSC, en plus d'offrir des services de médecine familiale, les médecins omnipraticiens participent souvent à des programmes axés sur des clientèles spécifiques (adolescence, santé mentale, toxicomanie, maintien à domicile de personnes en perte sévère d'autonomie, soins de fin de vie, MPOC, insuffisance cardiaque, etc.) avec les autres professionnels de l'établissement.

Bien que certains médecins développent une expertise dans un domaine particulier, le groupe de travail privilégie davantage un rôle de polyvalence et de prise en charge de la clientèle.

Sans modifier le rôle et les fonctions des médecins omnipraticiens, l'implantation des GMF depuis 2002 et prochainement des cliniques-réseau à Montréal vise à améliorer l'offre de service en médecine familiale, notamment en précisant l'ensemble des services offerts par le groupe de médecins participants, en garantissant une accessibilité à ces services sur une plage horaire étendue et en intégrant des infirmières à l'équipe médicale. En plus de leurs obligations déontologiques, les médecins qui exercent dans un GMF ou une clinique-réseau sont contractuellement responsables envers l'Agence régionale des services offerts à leur clientèle (GMF) ou à la population du territoire (clinique-réseau).

5. Les outils cliniques et clinico-administratifs

Les membres du groupe de travail ont abordé lors d'une rencontre les notions de règles de soins, protocoles et autres outils cliniques, afin de se donner une compréhension commune de ces outils et de bien distinguer ce qui est sous la responsabilité médicale de ce qui revient aux infirmières.

5.1 Les outils cliniques s'adressant aux médecins et aux infirmières praticiennes

5.1.1 La règle de soins médicaux et la règle d'utilisation des médicaments

La règle de soins médicaux concerne la façon de dispenser des soins et peut porter sur l'indication de tels soins.

La règle d'utilisation des médicaments concerne spécifiquement l'usage des médicaments.

Ces deux règles sont élaborées par le chef de département clinique. Elles sont impératives et peuvent baliser l'autonomie du professionnel concerné. Elles doivent préciser les indications, les contre-indications, les précautions à prendre, les limites ainsi que les directives, les procédures et les méthodes à suivre¹.

5.1.2 La règle d'utilisation des ressources

La règle d'utilisation des ressources vise spécifiquement les ressources de l'établissement, qu'elles soient humaines ou matérielles. Elles sont aussi élaborées par le chef de département clinique à la demande du directeur général de l'établissement².

¹ C. Ménard. « Ordonnances collectives : quoi de neuf ? », *Le Collège*, vol. XLIV, n° 2, 2004, p. 16-19.

² *Ibid.*

5.2 Les outils cliniques et clinico-administratifs s'adressant aux infirmières

5.2.1 La règle de soins infirmiers

La règle de soins infirmiers est un outil d'encadrement clinico-administratif qui donne des directives claires concernant la prestation de certains soins infirmiers dans l'établissement afin de rendre des services adéquats et efficaces aux clients. La règle de soins infirmiers s'applique spécifiquement à l'accomplissement d'activités professionnelles liées aux soins infirmiers et touche les divers intervenants professionnels ou non professionnels susceptibles de les accomplir à l'intérieur de différents programmes, services ou milieux de soins. Elle détermine des conditions à respecter et donne des directives spécifiques liées à l'accomplissement de l'activité clinique visée.

Adoptée par la DSI, elle a un caractère obligatoire, puisque les conditions et directives qui y sont énoncées doivent être respectées par les personnes visées. Ainsi, la règle de soins infirmiers constitue un outil dont disposent les DSI pour exercer leur mandat, notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité des soins infirmiers³.

³ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. *Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 2005, p. 11.

Le modèle-cadre identifie et définit les différents éléments ou composantes de la règle de soins infirmiers⁴.

Modèle-cadre de la règle de soins infirmiers

Activité clinique

Désignation de l'activité clinique (ex. : les soins de plaies) ou d'un volet de l'activité clinique visé par la règle de soins infirmiers.

Définition (au besoin)

Définition de certains termes en vue de clarifier des éléments de contenu de la règle de soins infirmiers.

Contexte (facultatif)

Précisions sur l'environnement légal, professionnel, administratif ou organisationnel dans lequel s'inscrit l'activité visée par la règle de soins infirmiers. Lorsque les règles de soins infirmiers sont regroupées dans un document unique, ces précisions peuvent aussi être décrites pour l'ensemble des règles de soins infirmiers, dans un chapitre spécifique. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de préciser le contexte pour chacune des règles de soins infirmiers.

Intervenants concernés - Clientèles, secteurs, programmes ou services visés

Spécification des groupes de professionnels ou de non-professionnels concernés ainsi que de la clientèle, des secteurs, services ou programmes visés par la règle de soins infirmiers, le cas échéant (ex. : les infirmières de l'établissement, les infirmières de tel programme ou de tel service, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires familiales et sociales).

Conditions

Détermination des exigences qui doivent être respectées lorsque les personnes accomplissent l'activité clinique (ex. : la nécessité ou non d'une évaluation préalable requise, le respect du plan thérapeutique infirmier, la formation requise, les règles de sécurité spécifiques à respecter et autres exigences).

Directives

Définition des consignes relatives à la réalisation de l'activité clinique visée. Les directives peuvent toucher divers aspects de l'activité clinique, notamment :

- ∄ l'encadrement, défini pour chaque groupe d'intervenants ;
- ∄ les modalités ou les procédures à suivre ;
- ∄ les ressources auxquelles se référer ;
- ∄ les produits ou substances requis...

Documents complémentaires

Référence à d'autres outils d'encadrement de la pratique infirmière et aux outils de référence auxquels la règle de soins infirmiers est liée (ex. : protocole infirmier, méthode de soins, formulaire du dossier).

Adoption et mise à jour

Mention de l'information relative au processus d'adoption et de révision de la règle de soins infirmiers :

- ∄ instances qui ont été consultées dans l'établissement (CII, CIIA, CMDP, CM) ;
- ∄ instance qui a approuvé la règle de soins infirmiers ;
- ∄ dates d'adoption et de révision de la règle de soins infirmiers, le cas échéant.

⁴ Ibid., p. 15-17.

5.2.2 Le plan standardisé de soins et de traitements infirmiers

La notion de plan standardisé de soins et de traitements infirmiers englobe le plan de soins type, les programmes d'enseignement ainsi que les programmes de soins infirmiers.

Le plan standardisé de soins et de traitements infirmiers est élaboré pour répondre aux besoins de clients qui présentent une même situation clinique. Il vise à soutenir l'infirmière en lui fournissant un plan de soins et/ou de traitements infirmiers générique qu'elle adapte dans sa pratique pour répondre aux besoins spécifiques de chaque client.

Ces situations cliniques peuvent être associées à un problème potentiel (ex. : prévention des chutes et prévention des plaies de pression), à un problème actuel (ex. : plaies de pression de stade I, II, III ou IV) ou à des soins ou traitements spécifiques (ex. : thérapie intraveineuse et sonde à demeure).

Le plan standardisé de soins et de traitements infirmiers est adopté par la direction des soins infirmiers. Il peut faire référence, s'il y a lieu, à un protocole infirmier ou à une méthode de soins⁵.

5.2.3 Le protocole infirmier

Le protocole infirmier est un outil clinique élaboré dans le but d'assurer une intervention appropriée face à des situations cliniques spécifiques et problématiques relevant des soins infirmiers. Il précise la situation clinique visée, définit les conditions d'application dont les limites à respecter et fournit des instructions pour la prise de décision ou l'intervention. Ces instructions incluent les soins et les traitements à effectuer selon le déroulement de l'intervention et les réactions du client. Le protocole

⁵ *Ibid.*, p. 19.

infirmier détermine ainsi une conduite à tenir, appuyée par des normes reconnues. Il peut faire référence, le cas échéant, à une méthode de soins⁶.

Le modèle-cadre identifie et définit les différents éléments ou composantes du protocole infirmier⁷.

Protocole infirmier : modèle-cadre

Objet

Énoncé de la situation clinique visée par le protocole infirmier (ex. : problèmes liés aux cathéters veineux centraux introduits par voie périphérique, traitement spécifique d'une plaie, sélection de clients adultes admissibles à l'insertion des cathéters veineux centraux introduits par voie périphérique, suivi de la tension artérielle, constipation chez la clientèle âgée ou autres situations).

Intervenants concernés - Clientèles visées

Spécification des groupes de professionnels concernés ainsi que des clientèles auxquelles s'applique le protocole infirmier.

Conditions d'application

Détermination des éléments d'encadrement de l'activité clinique, incluant les indications, les contre-indications et les limites s'appliquant à la situation clinique visée par le protocole infirmier.

Instructions pour la décision ou l'intervention

Formulation de directives visant à guider la prise de décision ou l'intervention dans la situation clinique visée. Ces directives tiennent compte des normes reconnues et peuvent porter tant sur l'évaluation et la surveillance clinique que sur les soins et traitements à effectuer selon le déroulement de l'intervention et les réactions du client. Elles peuvent prendre la forme de texte, de graphique, de cheminement critique ou d'arbre décisionnel.

Adoption et mise à jour

Mention de l'information relative au processus d'adoption et de révision du protocole infirmier :

- € instances qui ont été consultées dans l'établissement ;
- € instance qui a approuvé le protocole infirmier ;
- € date de l'adoption et de la révision du protocole infirmier, le cas échéant.

Documents complémentaires (au besoin)

Référence à d'autres outils d'encadrement de la pratique infirmière auxquels le protocole infirmier est lié (ordonnance collective, protocole médical, plan standardisé de soins et de traitements infirmiers et méthode de soins).

Références

Présentation des références pertinentes permettant de démontrer que les orientations adoptées dans le protocole infirmier s'appuient sur des normes scientifiques et professionnelles reconnues.

Des exemples de protocoles infirmiers se trouvent à l'annexe 4 (voir p. 16 et 28).

⁶ Ibid., p. 20.

⁷ Ibid., p. 20.

5.2.4 Le plan de cheminement clinique

Le plan de cheminement clinique est l'outil de base du suivi systématique d'une clientèle durant un épisode de soins. L'épisode de soins peut être déterminé à partir d'un problème de santé spécifique (MPOC) ou d'un traitement, telle une intervention chirurgicale (arthroplastie de la hanche).

Élaboré en interdisciplinarité, le plan de cheminement clinique met en relief les événements clés prévus durant l'épisode de soins intra et interétablissements, et il prédétermine les soins et traitements à donner à un client type en vue d'optimiser l'atteinte des résultats. Il peut aussi comprendre, par exemple, les activités de soins accomplies avant et après l'hospitalisation, telles que l'évaluation et l'enseignement préopératoires. La contribution professionnelle de chacune des disciplines est déterminée en fonction des meilleures pratiques cliniques et des ressources professionnelles disponibles dans l'établissement.

Le plan de cheminement clinique permet de personnaliser les soins et d'apporter des ajustements selon l'évolution de la situation de santé du client tout au long du continuum de soins et de services. Il permet également de documenter les interventions effectuées et les résultats obtenus⁸.

5.2.5 La méthode de soins

La notion de méthode de soins englobe les techniques de soins et les procédés de soins infirmiers.

La méthode de soins fournit des consignes précises pour l'exécution d'une activité de soins infirmiers. Elle présente, de façon organisée, la définition de l'activité, les objectifs poursuivis ainsi que les éléments à évaluer et à

⁸ *Ibid.*, p. 21.

planifier avant d'exécuter l'activité. Elle décrit la technique à suivre, le matériel et l'équipement nécessaires ainsi que les gestes à faire pour exécuter l'activité. La méthode de soins peut préciser, le cas échéant, les interventions à effectuer si des difficultés se présentent durant son exécution. Elle détermine les renseignements à consigner au dossier (par exemple : comment effectuer un cathétérisme vésical, comment procéder à la glycémie capillaire, etc.)⁹.

5.2.6 Le plan thérapeutique infirmier

Élaboré spécifiquement pour chaque client, le plan thérapeutique infirmier fait état de ses problèmes ou besoins prioritaires et de leur résolution, tels que constatés par l'infirmière à partir de son évaluation clinique, ainsi que des interventions critiques qu'elle détermine et ajuste en vue d'assurer le suivi clinique et thérapeutique du client, incluant le suivi médicamenteux¹⁰. Il permet ainsi d'assurer le suivi infirmier du client tout au long du continuum de soins et de services.

6. Les ordonnances

Parmi les moyens pour améliorer la complémentarité à établir entre les médecins de famille et les infirmières en première ligne dans la prise en charge et le suivi des clientèles en GMF, en cabinet privé, dans les CLSC et à domicile, figurent les ordonnances collectives et les protocoles de soins. Ces outils précisent et encadrent certaines activités partageables entre les médecins et les infirmières.

Afin d'améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes en bonne santé et symptomatiques, le suivi des personnes aux prises avec des maladies chroniques et la rapidité d'intervention lors de situations d'urgence, le Groupe de travail OIIQ/FMOQ recommande les objets sur lesquels peuvent porter les ordonnances collectives, les

⁹ *Ibid.*, p. 20.

¹⁰ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Le plan thérapeutique infirmier : l'essence du suivi clinique et thérapeutique*, document de travail, Montréal, OIIQ, 2005.

principes à respecter lors de la détermination des ordonnances collectives, les professionnels et les instances impliqués dans l'élaboration et l'approbation des ordonnances collectives ainsi que les responsabilités des infirmières et des médecins lors de l'application des ordonnances collectives.

Pour mener à bien ces travaux, le Groupe de travail OIIQ/FMOQ s'appuie sur les définitions et les normes du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du CMQ en vigueur depuis le 24 mars 2005 ainsi que sur le guide d'exercice du Collège¹¹. Des exemples d'ordonnances collectives, incluant le formulaire d'adhésion rédigé par le médecin du GMF, sont présentés aux annexes 4 et 5.

6.1 Les définitions d'ordonnances et de protocole

L'ordonnance individuelle

≠ Une prescription donnée par un médecin à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un patient, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles¹².

L'ordonnance collective

≠ Une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles¹³.

¹¹ Collège des médecins du Québec. *Les ordonnances faites par un médecin : guide d'exercice*, Montréal, CMQ, 2005.

¹² *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, R.Q., c. M-9, r. 11.2, art. 2 (1^o).

¹³ *Ibid.*, art. 2 (2^o).

Le protocole

- ∉ *La description des procédures, méthodes, limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement [...] au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. s-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. s-5).*
- ∉ *Le médecin qui rédige une ordonnance individuelle [ou collective] doit y inclure [...] la référence à un protocole, le cas échéant. Lorsqu'elle y fait référence, l'ordonnance rédigée hors établissement ne peut référer qu'à un protocole applicable dans un établissement du territoire où le médecin exerce ses activités professionnelles¹⁴.*

6.2 Les normes à suivre par les médecins pour les ordonnances collectives

Les ordonnances collectives doivent répondre aux normes exigées par le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du CMQ et préciser :

- ∉ les professionnels habilités ;
- ∉ la clientèle, les catégories de clientèle ou la situation clinique visée ;
- ∉ les indications (pour ajuster des traitements et des médicaments et pour initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques) ;
- ∉ les contre-indications (pour ajuster des traitements et des médicaments et pour initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques) ;
- ∉ l'intention thérapeutique (pour ajuster des traitements et des médicaments) ;
- ∉ la condition d'initiation (pour initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques) ;

¹⁴ *Ibid.*, art. 2 (3^o), art. 2 (4^o), art. 3 (10^o), art. 8.

∉ l'objet :

- ✓ les médicaments (nom, posologie, etc.) ;
- ✓ les traitements (nature, etc.) ;
- ✓ les examens (nature, etc.) ;
- ✓ les appareils (caractéristiques) ;
- ✓ les lentilles ophtalmiques (puissance, etc.) ;
- ✓ la période de validité de l'ordonnance lorsqu'elle est justifiée par une condition du patient ;

∉ la référence à un protocole, le cas échéant ;

∉ la date de rédaction de l'ordonnance ;

∉ certains renseignements peuvent être omis lorsque l'ordonnance a pour objet un médicament visé par une règle d'utilisation des médicaments approuvée par le conseil d'administration de l'établissement : le nom, la posologie, la voie d'administration, la durée du traitement ou la quantité prescrite.

Si hors établissement

Le nom, imprimé ou en lettres moulées, le numéro de téléphone, le numéro de permis d'exercice et la signature de tous les médecins prescripteurs.

L'ordonnance collective permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin. Cela implique que la personne visée par l'ordonnance n'a pas à être vue préalablement par le médecin. L'ordonnance peut être collective de trois façons : quant aux personnes visées, quant aux professionnels visés ou quant aux médecins prescripteurs. Qu'elle soit individuelle ou collective, une ordonnance peut être complète en soi¹⁵.

¹⁵ C. Ménard. « Ordonnances collectives : quoi de neuf ? », *Le Collège*, vol. XLIV, n° 2, 2004, p. 18-19.

6.3 L'objet des ordonnances collectives

Des ordonnances collectives peuvent être élaborées pour permettre aux infirmières :

- ∉ d'initier et d'administrer des médicaments d'urgence, comme la sulfadiazine d'argent, la nitroglycérine sublinguale, l'acide acétylsalicylique, le salbutamol, l'épinéphrine, l'oxygène ;
- ∉ d'ajuster des médicaments, comme la warfarine, dans le suivi des clientèles vulnérables ;
- ∉ d'initier des mesures diagnostiques, dont des analyses de laboratoire et des examens radiologiques pour le dépistage de masses chez des personnes asymptomatiques, pour le suivi des clientèles vulnérables ou pour contribuer au diagnostic des problèmes de santé courants ;
- ∉ d'initier des mesures thérapeutiques dans le cadre des services de santé courants et en santé scolaire, comme le lavage d'oreilles, le traitement de la pédiculose, le traitement du muguet chez l'enfant, le traitement de la gale dans le cas d'une épidémie, l'initiation de la contraception orale d'urgence, l'initiation et le renouvellement de la contraception hormonale pour de courtes périodes.

6.4 Les principes à respecter lors de la détermination des ordonnances collectives

- 4 Un médecin répondant doit être identifié pour chaque ordonnance collective.
- 4 Une formation doit être prévue pour les infirmières, le cas échéant.
- 4 La fréquence de l'intervention doit permettre le maintien des compétences.
- 4 Les ordonnances collectives doivent être conformes aux données scientifiques.
- 4 Des ordonnances collectives complètes en soi devraient être privilégiées et faire référence à des protocoles, le cas échéant.

- 4 Des ordonnances collectives devraient être concises, car elles sont souvent accompagnées d'outils complémentaires en soins infirmiers, comme des outils d'évaluation, d'enseignement, des méthodes de soins et des protocoles infirmiers.
- 4 En plus des professionnels habilités, les ordonnances collectives devraient préciser les secteurs cliniques visés, la formation exigée, l'expérience requise ainsi que l'activité réservée du professionnel.

6.5 Les professionnels et les instances impliqués dans l'élaboration et l'approbation des ordonnances collectives

En établissement, le chef de département ou le médecin désigné par ce dernier est responsable du contenu scientifique. En GMF et dans les cabinets médicaux, le médecin responsable ou un médecin désigné assume cette responsabilité.

L'élaboration des ordonnances collectives se fait en collaboration avec les professionnels concernés, afin que l'ordonnance collective respecte les champs de compétence respectifs.

En établissement, l'ordonnance collective doit être approuvée par le CMDP et validée par la DSI, cette dernière ayant la responsabilité de l'évaluation de la compétence professionnelle des infirmières.

Les membres du groupe de travail recommandent qu'en GMF l'ordonnance collective soit validée auprès de la DSI de l'établissement de qui relève l'infirmière, pour s'assurer que les activités exercées sont comprises dans le champ d'exercice de l'infirmière et pour s'assurer aussi de la compétence des infirmières visées par l'ordonnance collective.

Une révision périodique de l'ordonnance collective doit être prévue pour s'assurer de la qualité de celle-ci.

En GMF et dans les cabinets médicaux, les renseignements suivants doivent figurer sur l'ordonnance collective : le numéro de téléphone, le numéro de permis d'exercice et la signature de tous les médecins prescripteurs. Le protocole doit être applicable dans un établissement du territoire où le médecin exerce ses activités professionnelles. Dans le cas où il n'y a pas de protocole applicable, l'ordonnance collective doit être complète en soi.

6.6 Les responsabilités des infirmières et des médecins lors de l'application des ordonnances collectives

Les responsabilités des infirmières

- 4 Posséder les connaissances scientifiques, les compétences requises et le jugement clinique.
- 4 Évaluer l'état de santé de la personne avant d'appliquer une ordonnance collective.
- 4 Connaître les risques inhérents à l'activité.
- 4 S'assurer que les ressources médicales sont disponibles pour être en mesure d'intervenir lors de complications.
- 4 Pouvoir se référer au médecin répondant, si des précisions sont requises.

Les responsabilités des médecins

- 4 S'assurer que les clientèles visées par l'ordonnance collective sont bien identifiées.
- 4 S'assurer de la disponibilité médicale pour être en mesure d'intervenir lors de complications.
- 4 S'assurer de donner une réponse aux infirmières, si des précisions sont requises.
- 4 S'assurer d'un suivi des clientèles qui sont sous ordonnance collective, lorsque requis.

6.7 Les ordonnances collectives visant l'initiation et l'ajustement de la médication

Les membres du groupe de travail reconnaissent que l'application des ordonnances collectives en matière d'initiation et d'ajustement des médicaments nécessite une formation spécifique de la part des infirmières, compte tenu de la complexité de l'intervention. L'OIIQ considère que cette formation devrait être du niveau du baccalauréat. Le groupe a étudié des situations cliniques particulières et les membres ont convenu que des ordonnances collectives devraient être applicables en matière d'initiation de contraception orale d'urgence (exemple, annexe 4, p. 14), d'initiation et de renouvellement de contraception hormonale pour une courte période (exemple, annexe 4, p. 25), de traitement de la pédiculose et du muguet (exemple, annexe 4, p. 20) et de la gale dans le cas d'une épidémie.

En ce qui concerne les ordonnances collectives d'ajustement de la médication (exemples, annexe 4, p. 36, annexe 5-B, p. 20 et annexe 5-C, p. 9), le groupe de travail précise qu'une ordonnance individuelle doit indiquer les particularités qui s'appliquent à chaque client. Le médecin a la responsabilité de prescrire la médication, la dose de départ et le niveau thérapeutique souhaité pour son patient. À cet effet, pour les GMF, le formulaire d'adhésion (exemples, annexe 5-B, p. 27 et annexe 5-C, p. 16) que rédige le médecin fait partie de l'ordonnance individuelle. À l'intérieur des paramètres fixés par les ordonnances individuelles et collectives, l'infirmière peut ainsi assurer le suivi clinique et ajuster la médication sans que le médecin revoie le patient à chaque ajustement de dosage. Un principe de prudence s'impose en ce qui concerne cette activité professionnelle. L'ajustement de la médication ne devrait se faire que pour certains médicaments d'utilisation courante, un à la fois, et pour lesquels un suivi étroit est requis. Par ailleurs, on peut s'attendre à ce que cette activité soit plus fréquente en GMF. En effet, l'équipe médicale est à proximité, et le médecin et l'infirmière partagent la même clientèle.

7. Le projet d'infirmière praticienne de première ligne du CLSC Le Partage des Eaux

Les membres du groupe de travail ont été informés des démarches faites auprès du MSSS par divers établissements aux prises avec de sérieux problèmes de pénurie d'effectifs médicaux. Ces établissements souhaiteraient engager des infirmières dont les responsabilités sont étendues, du type infirmière praticienne de première ligne. Actuellement, au Québec, une quinzaine d'infirmières ont une formation d'infirmière praticienne qu'elles ont reçue dans des universités ontariennes, mais elles ne peuvent pas pratiquer au Québec, faute de réglementation en vigueur.

Dans le cadre de ses travaux, le groupe de travail a étudié plus particulièrement le projet de l'infirmière praticienne de première ligne du CLSC Le Partage des Eaux.

Il a été convenu que le recours à des ordonnances collectives peut permettre de régler certains problèmes identifiés. Toutefois, les besoins de la population de cette région sont nombreux et requièrent plus d'autonomie de la part des infirmières pour évaluer les problèmes de santé courants et prescrire les examens et la médication que ne peuvent combler les ordonnances collectives pour lesquelles les médecins ne sont pas en mesure d'assurer le suivi médical. Par ailleurs, une formation universitaire de deuxième cycle est généralement requise pour exercer ces activités.

Une solution temporaire et particulière au projet du CLSC Le Partage des Eaux a été envisagée. Diverses modalités législatives et réglementaires ont fait l'objet de discussions. Mais pour protéger le public, un mécanisme d'encadrement légal est nécessaire et ce, même pour un projet en particulier. Des travaux d'importance restent à accomplir quelle que soit la modalité juridique retenue. Par ailleurs, avec la Loi 90, le gouvernement s'est doté de dispositions législatives qui permettent aux médecins et aux infirmières de s'entendre sur les modalités d'encadrement, de formation, etc.

Par conséquent, le groupe de travail recommande aux Bureaux respectifs de l'OIIQ et de la FMOQ d'étudier le projet du CLSC Le Partage des Eaux dans le cadre des travaux qui se poursuivront sur la création du rôle d'infirmière praticienne de première ligne en application de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* à l'automne 2005.

8. Les actions à entreprendre pour faciliter la collaboration médecin-infirmière en première ligne

Les membres sont convaincus que les nouvelles collaborations entre médecins et infirmières exigent un soutien continu et un suivi des expériences en cours. À cette fin, ils ont discuté des mesures à prendre conjointement :

- ∄ diffuser le rapport – à l'intention des infirmières et des médecins – dont le contenu porte sur les rôles du médecin de famille et de l'infirmière en première ligne ainsi que sur les outils cliniques et clinico-administratifs, dont des exemples d'ordonnances collectives ;
- ∄ organiser des activités de formation continue au cours de la prochaine année sur les diverses modalités de la collaboration médecin-infirmière et de solliciter la collaboration du CMQ à cet égard.

En outre, le groupe de travail considère qu'une formation spécifique pour les infirmières de première ligne, particulièrement celles qui travaillent en GMF, serait nécessaire et que les programmes de formation universitaires devraient s'adapter pour répondre aux besoins évolutifs de la pratique infirmière de première ligne.

Enfin, il faut constater que les travaux ont porté particulièrement sur la portée de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. À la demande des Bureaux respectifs, le groupe de travail poursuivra son mandat spécifiquement sur la création du rôle de l'infirmière praticienne de première ligne en lien avec l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* dont l'échéancier est prévu pour l'automne 2005.

ANNEXE 1 :

LE RÔLE DES INFIRMIÈRES DANS LE GROUPE DE MEDECINE DE FAMILLE

Infirmières

Les infirmières, ainsi que le mentionne le rapport de la commission Clair et comme le reprend le concept de groupe de médecine de famille (GMF), adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux, apportent une valeur ajoutée à notre système de santé. Elles travaillent en étroite collaboration avec les médecins. Cette collaboration est une clé pour agir sur les trois pôles de la transformation du réseau que sont la prise en charge des patients ainsi que l'accessibilité et la continuité des soins et des services offerts à la population.

La commission Clair recommande :

Que le volet médical de ce réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes⁴.

Selon le concept de GMF, les infirmières se verront confier plus de responsabilités, tout en respectant le cadre législatif en vigueur. Elles pourront effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, établir la liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne, ainsi que faire le suivi systématique des clientèles vulnérables.

Les infirmières des GMF sont polyvalentes et capables de répondre à un ensemble de problèmes de santé courants. Pour ce faire, elles utilisent quotidiennement tant leur jugement clinique que leurs connaissances scientifiques, et leur expertise leur permet d'assumer pleinement leurs responsabilités. Ces infirmières peuvent également acquérir des connaissances pointues leur permettant de répondre aux besoins communs des patients inscrits au GMF.

Par ailleurs, les infirmières et les médecins travaillent ensemble afin d'avoir une compréhension globale des problèmes de santé d'une personne et pour agir de façon concertée à l'intérieur de leur champ de compétence respectif. Les infirmières sont souvent les personnes qui ont le premier contact avec la clientèle dans bien des circonstances et, lorsque la situation l'exige, l'infirmière et le médecin agissent conjointement afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Vie de groupe

Les infirmières du GMF participent activement à la vie de groupe, notamment par :

- des discussions de cas ;
- des évaluations dans le cadre du suivi de la clientèle ;
- l'élaboration de règles relatives aux soins infirmiers ;

⁴ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 52.

- la présentation de certaines pratiques particulières de soins infirmiers ;
- leur participation aux présentations cliniques ;
- leur implication dans la gestion de la qualité.

Coordination

L'infirmière peut avoir un rôle de coordination, qu'elle assumera avec les autres professionnels du GMF.

Nombre d'infirmières

Au début, les services infirmiers seront assurés dans chaque GMF sur la base d'une charge totale de travail équivalant à 70 heures par semaine. Ultérieurement, le nombre d'infirmières attirées dans chaque groupe de médecine de famille sera déterminé notamment en fonction du nombre de personnes inscrites, de la lourdeur de la clientèle et du nombre de médecins équivalent temps plein du GMF.

Formation

Afin qu'elle puisse apporter une contribution optimale au GMF, l'infirmière doit avoir suivi une formation universitaire de premier cycle ou posséder une expérience de travail qui atteste qu'elle a les aptitudes recherchées.

D'autre part, la formation continue est importante pour le maintien et le développement des compétences et des habiletés. Le rattachement à un CLSC permet à l'infirmière de participer avec ses pairs à des activités de maintien de la compétence.

Habiletés professionnelles

L'infirmière exerce selon son champ de pratique et démontre des compétences certaines relativement au savoir, au savoir-être et au savoir-faire. Ainsi, il est essentiel que l'infirmière qui travaille dans un GMF soit une excellente communicatrice, dotée d'un esprit d'équipe et capable de travailler dans un contexte d'interdisciplinarité, qualités essentielles à la prise en charge adéquate des patients et à la continuité des soins.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Activités d'évaluation	■ Dépister les problèmes de santé physique et les problèmes psychosociaux, autant chez les personnes en santé que chez celles qui sont à risque. ■ Évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique ainsi que son environnement social, notamment par : • l'histoire de santé individuelle et familiale ; • l'examen physique ; • l'évaluation des risques (infection, accident, abus, suicide, lésion de pression). ■ Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques. ■ Procéder au triage en déterminant le degré de gravité et d'urgence du problème de santé physique ou mentale.
Activités de prévention et de promotion	■ Réaliser des actions de counselling et d'éducation à la santé. ■ Diffuser l'information relative à la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités.
Activités diagnostiques	■ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance². ■ Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> (2001, chapitre 60). ■ Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.
Activités liées aux soins et aux traitements	■ Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance. ■ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. ■ Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent. ■ Appliquer des techniques invasives. ■ Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i>.

² Le terme « ordonnance » signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective. *Code des professions*, article 39.3.

Activités de suivi du plan thérapeutique	■ Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. ■ Évaluer la capacité du patient et de sa famille à effectuer les autosoins dont il a besoin et à prendre en charge sa santé. ■ Enseigner au patient et à sa famille comment effectuer les soins de santé dont il a besoin. ■ Contribuer au suivi de la grossesse et au suivi postnatal.
Activités professionnelles complémentaires	■ Conseiller la personne et sa famille sur les ressources professionnelles qui peuvent leur venir en aide. ■ Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'enseignement pour des clientèles cibles ou diffuser ceux en vigueur. ■ Collaborer à la liaison en dirigeant la clientèle vers toute ressource de première ou de deuxième ligne appropriée, selon les modalités établies par le GMF, notamment : • Info-Santé, les services psychosociaux et les autres programmes offerts par les CLSC ; • les pharmaciens et autres professionnels ; • les programmes spécialisés.
Activités liées à l'organisation	■ Structurer et évaluer l'organisation des activités professionnelles liées aux soins infirmiers. ■ Participer aux réunions interdisciplinaires.

Quelques modalités d'intervention

- ☐ **L'entrevue** vise à assurer des activités d'évaluation et d'intervention à des fins thérapeutiques de prévention, de promotion de la santé, de dépistage et de réadaptation. Elle permet de procéder au triage en déterminant le degré d'urgence ou de gravité du problème de santé.
- ☐ **Le suivi systématique** de clientèles dans le cas de personnes ayant des problèmes de santé complexes et ayant des besoins communs assure la continuité des soins et des services tout au long de l'épisode de soins. Il vise également la coordination des ressources pour obtenir les meilleurs résultats possibles.
- ☐ **La gestion de cas** permet d'offrir du soutien à la personne et de l'accompagner dans ses démarches auprès des différentes ressources.
- ☐ **L'enseignement** au patient et à sa famille vise à leur permettre de prendre en charge la santé du patient et ses soins, en totalité ou en partie.

- **La liaison** par l'échange d'informations cliniques en aval et en amont avec les professionnels et les ressources de première et de deuxième ligne, plus particulièrement avec Info-Santé, permet d'assurer la continuité des soins et des services.
- **La participation** à des activités prioritaires en première ligne, prévues dans l'offre de service du GMF.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Devenir un GMF – Guide d'accompagnement*, octobre 2003, p. 51 à 55.

ANNEXE 2 :

LE RÔLE DU MEDECIN DE FAMILLE

LE RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE SE DÉFINIT DE LA FAÇON SUIVANTE :

1. Le médecin de famille offre à chaque personne d'une clientèle déterminée les services médicaux suivants :
 - ∄ diagnostique l'ensemble de ses besoins de santé en tenant compte de toutes les dimensions de sa vie ;
 - ∄ prescrit un plan de traitement global, incluant les aspects préventifs, et priorise les problèmes de santé ;
 - ∄ coordonne l'application du plan de traitement ;
 - ∄ assure la prise en charge et la continuité de soins ;
 - ∄ intègre l'ensemble des données recueillies dans l'application du plan de traitement ;
 - ∄ accompagne son patient dans la réalisation du plan de traitement en favorisant son autonomie.
2. Il contribue, dans sa communauté, à combler les autres besoins particuliers en services médicaux, en complémentarité avec ses collègues médecins.
3. Ce rôle est joué dans plusieurs lieux de pratique tant en cabinet privé qu'en établissement.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE L'EXERCICE DU RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE

1. Être véritablement intégré dans une équipe de médecins de famille.
2. Se sentir valorisé comme individu et comme professionnel.
3. Avoir des effectifs médicaux en nombre suffisant.
4. Avoir accès à un programme de développement professionnel continu adapté.
5. Avoir une meilleure organisation du travail :
 - ∄ moins de contraintes dans sa pratique ;
 - ∄ accès à des corridors de services ;
 - ∄ accès aux plateaux techniques, y compris en cabinet ;
 - ∄ accès à l'information en temps utile ainsi qu'à l'infrastructure technologique appropriée, y compris en cabinet ;
 - ∄ imputabilité des services de référence envers lui, en particulier de la part des médecins spécialistes ;
 - ∄ accès à un réseau de services diversifiés ;
 - ∄ avoir des règles interprofessionnelles bien définies.

6. Avoir un mode de rémunération adapté à la pratique qu'on souhaite valoriser, à savoir la prise en charge et le suivi des clientèles.
7. Pouvoir avoir la flexibilité d'adapter sa carrière dans le temps (plan de carrière).
8. Avoir un juste équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle.

Source : Collège des médecins du Québec (CMQ). *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser*, février 2005, annexe 1.

ANNEXE 3 :

**LES ACTIVITES EXCLUSIVES ET PARTAGEABLES
DU MEDECIN DE FAMILLE ET DE L'INFIRMIÈRE
EN PREMIÈRE LIGNE/GMF/CSSS - MISSION CLSC**
Expertise spécifique – contribution attendue

**Les activités partageables peuvent être effectuées à des degrés divers
selon les champs de compétence respectifs et la formation**

**LES ACTIVITÉS EXCLUSIVES ET PARTAGEABLES DU MÉDECIN DE FAMILLE ET DE
L'INFIRMIÈRE EN PREMIÈRE LIGNE/GMF/CSSS – MISSION CLSC**

Expertise spécifique – Contribution attendue

Les activités partageables peuvent être effectuées à des degrés divers
selon les champs de compétence respectifs et la formation

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE ¹ CSSS
1. ÉVALUATION DE LA SANTÉ				
Évaluation de la condition physique et mentale (biopsychosociale)	✓	✓	✓	✓
Évaluation de l'autonomie fonctionnelle détaillée (AVQ/AVD)	✓			✓
Anamnèse	✓			
Génogramme	✓	✓	✓	✓
Examen physique	✓	✓	✓	✓
Initiation de mesures diagnostiques : ✗ analyses de laboratoire ✗ examens de radiologie	✓	Selon o.c. ²	Selon o.c.	Selon o.c.
Initiation de mesures thérapeutiques	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	Selon o.c.

¹ Les soins à domicile concernent les clientèles suivantes :

- personnes en phase postopératoire/posthospitalisation ;
- personnes âgées en perte d'autonomie ou à profil gériatrique ;
- personnes ayant une déficience physique ;
- personnes en soins palliatifs et en soins de fin de vie.

² Selon o.c. : selon les ordonnances collectives.

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
2. PRÉVENTION DE LA MALADIE/PROMOTION DE LA SANTÉ				
Examen médical périodique	✓			
Prévention (primaire, secondaire, tertiaire) ³	✓	✓	✓	✓
Promotion de la santé, counselling sur les habitudes de vie	✓	✓	✓	✓
Vaccination	✓	Selon le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i>		
Dépistage du cancer du col :				
✘ frottis cervical	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Dépistage des clientèles à risque :				
✘ hypertension	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✘ hyperlipidémie	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✘ obésité	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✘ diabète	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	

³ Selon le rapport de la commission Clair :

Prévention de la maladie

Ce sont diverses mesures particulières qui s'ajoutent aux mesures de protection et de promotion de la santé, ou qui sont complémentaires et qui visent à prévenir une maladie (exemple : diabète) ou un problème social (exemple : violence conjugale).

Prévention primaire

Empêcher ou anticiper l'apparition de la maladie ou du problème.

Prévention secondaire

Dépister la maladie ou le problème au début de son évolution, de façon à en empêcher la croissance ou à mieux la contrôler.

Prévention tertiaire

Réduire les conséquences négatives de la maladie ou du problème pour l'individu et ses proches.

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, p. 37.

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
2. PRÉVENTION DE LA MALADIE/PROMOTION DE LA SANTÉ (suite)				
Dépistage des clientèles à risque : (suite)				
☒ déficit cognitif/démence	✓	✓	✓	✓
☒ en perte d'autonomie	✓	✓	✓	✓
☒ prévention des chutes	✓	✓	✓	✓
☒ abus, négligence, violence	✓	✓	✓	✓
☒ risque suicidaire	✓	✓	✓	✓
☒ échelle de dépression	✓	✓	✓	✓
☒ malnutrition	✓	✓	✓	✓
☒ prévention des plaies	✓	✓	✓	✓
3. ÉDUCATION ET AUTOSOINS/RÉFÉRENCES				
Éducation à la santé	✓	✓	✓	✓
Enseignement sur les autosoins	✓	✓	✓	✓
Conseils téléphoniques	✓	✓	✓	✓
Info-Santé			✓ ⁴	
Inscription de la clientèle vulnérable à Info-Santé ou au Service 24/7	✓	✓		✓
Liaison vers d'autres ressources	✓	✓	✓	✓

⁴ Infirmière ayant reçu une formation spécifique.

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
4. INTERVENTIONS EN SITUATION D'URGENCE ET CRISE PSYCHOSOCIALE				
Manœuvre de réanimation	✓	✓	✓	✓
Installation de perfusion intraveineuse	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Administration de médicaments : ✧ Nitroglycérine ✧ Acide acétylsalicylique ✧ Glucagon ✧ Épinéphrine ✧ Salbutamol	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	Selon o.c.
Intoxication : ✧ initier une mesure thérapeutique	✓	Après consultation auprès du Centre antipoison		
Interventions en situation de crise	✓	✓	✓	✓
5. SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES LIÉS À LA CONTRACEPTION				
Counselling contraceptif	✓	✓	✓	
Initiation et renouvellement des contraceptifs hormonaux	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Initiation de la contraception orale d'urgence	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
6. SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES LIÉS AUX ITSS				
Dépistage ITSS : ✧ personne asymptomatique	✓	Selon le <i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>		
✧ personne symptomatique	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Diagnostic et traitement ITSS	✓			
Counselling ITSS	✓	✓	✓	

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
7. SOINS DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ				
Counselling de grossesse :				
€ counselling préconceptionnel (recommandations de mesures préventives, acide folique, fer)	✓	✓	✓	
€ counselling de grossesse non planifiée	✓	✓	✓	
€ counselling de dépistage prénatal	✓	✓	✓	
Soins prénataux :				
€ évaluation maternelle	✓	✓	✓	
€ évaluation fœtale	✓	✓	✓	
€ suivi	✓	✓	✓	
€ recommandations de mesures préventives (acide folique, fer, vitamines)	✓	✓	✓	
€ vérification du statut immunitaire	✓	✓	✓	
€ éducation prénatale	✓	✓	✓	
€ initier des mesures diagnostiques	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Soins de la mère :				
€ évaluation	✓	✓	✓	
€ suivi	✓	✓	✓	

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
7. SOINS DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ (suite)				
Soins de la mère : (suite)				
✎ initier des mesures diagnostiques	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✎ enseignement	✓	✓	✓	
✎ soutien à l'allaitement	✓	✓	✓	
Soins de l'enfant :				
✎ évaluation et suivi de l'enfant normal, incluant l'évaluation psychomotrice	✓	✓	✓	
✎ counselling lié aux problèmes de santé courants	✓	✓	✓	
✎ vaccination	✓	Selon le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i>		
✎ initier des mesures diagnostiques	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✎ initier des mesures thérapeutiques (ex. : traitement du muguet)	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✎ évaluation médicale périodique (0-5 ans)	✓			
✎ traitement des problèmes de santé pédiatriques	✓			
8. SUIVI DU PATIENT HYPERTENDU				
Évaluation	✓	✓	✓	✓
Analyse des facteurs de risque	✓	✓	✓	✓
Surveillance ambulatoire de la pression artérielle	✓	✓	✓	
Initier des mesures diagnostiques : ✎ ECG ✎ analyses de laboratoire	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
8. SUIVI DU PATIENT HYPERTENDU (suite)				
Approches non pharmacologiques : ≠ approches diététiques ≠ atteinte et maintien du poids santé ≠ exercice physique ≠ counselling antitabagique	✓	✓	✓	✓
Diagnostic et traitement	✓			
Suivi clinique : ≠ évaluation des effets du traitement antihypertenseur	✓	✓	✓	✓
≠ suivi et contrôle post-traitement	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
≠ ajustement de médication	✓	Selon ordonnance individuelle ⁵		
9. SUIVI DU PATIENT ATTEINT D’HYPERLIPIDÉMIE				
Évaluation	✓	✓	✓	✓
Calcul du risque de Framingham	✓	✓	✓	
Initier des mesures diagnostiques	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Comparaison des résultats des lipides sanguins du patient avec ses valeurs cibles	✓	✓	✓	
Diagnostic d’hyperlipidémie/Évaluation du niveau de risque	✓			
Traitement de l’hyperlipidémie	✓			

⁵ Le médecin prescrit la médication, la dose de départ et le niveau thérapeutique souhaité et indique l'adhésion du patient à une ordonnance collective permettant à l'infirmière d'assurer le suivi clinique et d'ajuster la médication sans que le médecin revoie le patient à chaque visite.

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
9. SUIVI DU PATIENT HYPERLIPIDÉMIQUE (suite)				
Approches non pharmacologiques : ✧ approches diététiques ✧ atteinte et maintien du poids santé ✧ exercice physique ✧ counselling antitabagique	✓	✓	✓	✓
Suivi clinique : ✧ évaluation des effets du traitement	✓	✓	✓	✓
✧ contrôle des lipides post-traitement	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✧ ajuster les hypolipidémiants	✓	Selon ordonnance individuelle ⁵		
10. SUIVI DU PATIENT DIABÉTIQUE				
Évaluation	✓	✓	✓	✓
Analyse des facteurs de risques	✓	✓	✓	✓
Initier des mesures diagnostiques : ✧ analyses de laboratoire	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
Approches non pharmacologiques : ✧ approche diététique ✧ activité physique ✧ gestion du stress	✓	✓	✓	✓
Diagnostic et traitement	✓			
Suivi clinique : ✧ surveillance des glycémies	✓	✓	✓	✓
✧ dépistage des maladies artérielles périphériques	✓	✓	✓	✓
✧ dépistage neuropathique des pieds (monofilament)	✓	✓	✓	✓

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
10. SUIVI DU PATIENT DIABÉTIQUE (suite)				
Suivi clinique : (suite)				
☒ évaluation du pied diabétique	✓	✓	✓	✓
☒ évaluation des effets secondaires de la médication/gestion des hypoglycémies	✓	✓	✓	✓
☒ ajustement de la médication	✓	Selon ordonnance individuelle ⁵		Selon ordonnance individuelle
11. SUIVI DU PATIENT ANTICOAGULÉ				
Diagnostic et traitement	✓			
Analyse des facteurs de risque liés au traitement	✓	✓	✓	✓
Initier des mesures diagnostiques : ☒ temps de Quick (RNI)	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	Selon o.c.
Suivi clinique :				
☒ évaluation des effets secondaires du traitement anticoagulant	✓	✓	✓	✓
☒ suivi et contrôle par analyse de laboratoire	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	Selon o.c.
☒ ajustement de la médication	✓	Selon ordonnance individuelle ⁵		
☒ évaluation des facteurs pouvant influencer le RNI	✓	✓	✓	✓
12. SOINS À LA PERSONNE EN PERTE SÉVÈRE D’AUTONOMIE				
Évaluation du profil psychosocial/financier	✓			✓
Évaluation de l’environnement physique sécuritaire	✓			✓
Évaluation du déficit cognitif	✓	✓	✓	✓

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
12. SOINS À LA PERSONNE EN PERTE SÉVÈRE D'AUTONOMIE (suite)				
Évaluation du réseau de soutien et des besoins	✓	✓	✓	✓
Profil médicamenteux	✓	✓	✓	✓
13. ÉVALUATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ COURANTS				
Initier des mesures thérapeutiques :				
✎ soins de plaies et suivi	✓	Selon o.c. pour produits médicamenteux		
✎ lavage d'oreilles	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	Selon o.c.
✎ irrigation de l'œil	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✎ extraction d'un corps étranger	✓			
✎ pédiculicide	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
✎ conditions fébriles (initier acétaminophène)	✓	Selon o.c.	Selon o.c.	
14. SOINS À DOMICILE				
Surveillance clinique à domicile :				
✎ surveillance de l'état physique (incluant les facteurs de risque)	✓			✓
✎ surveillance de l'état de santé mentale	✓			✓
✎ surveillance de la thérapie médicamenteuse	✓			✓
Traitements à domicile :				
✎ soins d'entretien des accès vasculaires, cathéter urinaire, tube de gastrostomie, stomies				✓
✎ soulagement de la douleur	✓			Selon o.c.

SERVICE	MÉDECIN	INFIRMIÈRE GMF	INFIRMIÈRE CSSS	INFIRMIÈRE SOINS À DOMICILE CSSS
14. SOINS À DOMICILE (suite)				
Traitements à domicile : (suite)				
☒ soins palliatifs et de fin de vie	✓			✓
☒ exérèse de sutures	✓			Selon o.c.
☒ lavage vésical				Selon o.c.
☒ prélèvements	✓			Selon o.c.
☒ préparation et administration des médicaments	✓			Selon o.c.
Surveillance et contrôle de la qualité des soins et des services dispensés par des non-professionnels				✓
15. SANTÉ MENTALE				
Diagnostic et traitement	✓			
Dépistage	✓	✓	✓	✓
Référence dans les programmes spécifiques de santé mentale	✓	✓	✓	✓
Activités psychoéducatives	✓	✓	✓	✓

ANNEXE 4 :

**EXEMPLES D'ORDONNANCES COLLECTIVES ET DE
PROTOCOLES MÉDICAUX ET INFIRMIERS EN CENTRE
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX – MISSION CLSC**

TABLE DES MATIÈRES

EXEMPLES D'ORDONNANCES COLLECTIVES.....5

Initier et effectuer un lavage d'oreilles.....5

Initier et administrer glucose *per os*/glucagon SC ou 1M/dextrose IV
pour corriger une hypoglycémie chez un usager diabétique8

Initier et administrer la contraception orale d'urgence..... 14

Initier une mesure thérapeutique pour les lésions caractéristiques du muguet.....20

Initier et préparer une ordonnance de nystatine22

Initier la contraception hormonale.....25

Initier et préparer une ordonnance de contraception hormonale33

Initier la fréquence des prélèvements RNI, le suivi des résultats RNI
et l'ajustement ponctuel du dosage de Coumadin36

EXEMPLE DE PROTOCOLE MÉDICAL.....34

Protocole de contraception hormonale34

EXEMPLES DE PROTOCOLE INFIRMIER.....16

Contraception orale d'urgence16

Contraception hormonale28

Suivi RNI – Dosage de Coumadin38

TABLEAUX

I - Signes et symptômes d'hypoglycémie13

II - Sources de 15 g de glucides13



EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier et effectuer un lavage d'oreilles	
Référence à un protocole : ☐ oui ☒ non	Date de mise en vigueur :	Date de révision :
Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaillent dans les secteurs suivants : ▪ Installation Petite Patrie SAD – Soins courants – Scolaire secondaire ; ▪ Installation Gouin, secteur hébergement.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : L'ensemble des usagers adultes des secteurs visés incommodés par la présence de corps étrangers ou l'accumulation de cérumen dans l'oreille.		
Activités réservées : ▪ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; ▪ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ; ▪ Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ; ▪ Appliquer des techniques invasives.		

**INDICATION ET CONDITION
D'INITIATION :**

- Présence de corps étrangers ou accumulation de cérumen qui incommodent l'utilisateur.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :

- Éliminer la présence de corps étrangers ou l'accumulation de cérumen et diminuer l'inconfort de l'utilisateur.

CONTRE-INDICATIONS :

- Infection active de l'oreille moyenne ou externe ;
- Otalgie ;
- Maladie ou chirurgie récente de l'oreille ;
- Perforation tympanique ou présence d'un tube transtympanique ;
- Écoulement de liquide suspect ou de sang ;
- Traumatisme récent crânien ou cervical.

**LIMITES/RÉFÉRENCE AU
MÉDECIN :**

- En présence de contre-indications, référer l'utilisateur au médecin ;
- S'il y a présence de corps étrangers qui risqueraient de se dilater en présence d'eau (ex. : fève, papier, etc.), référer au médecin ;
- Arrêter l'irrigation s'il y a présence de sang et/ou étourdissements persistants et/ou nausée et/ou nystagmus et/ou douleur, référer au médecin.

DIRECTIVES :

- L'irrigation doit toujours être précédée d'un examen de l'oreille avec un otoscope. Procéder fréquemment à une otoscopie de contrôle ;
- S'il y a présence d'un insecte vivant, il faut tuer l'insecte avant de procéder au lavage en instillant dans le conduit auditif externe quelques gouttes d'huile minérale ou une solution de xylocaïne 2 % sans épinéphrine s'il y a absence de contre-indications, d'allergie ou d'intolérance ;
- Éviter de diriger le jet directement sur le tympan ;
- Il faut appliquer une pression suffisante pour libérer le corps étranger ou le cérumen. Ne pas forcer s'il y a résistance ou douleur ;
- S'il y a du cérumen dans l'oreille et si la procédure est inefficace après l'instillation de plus de 200 cc de liquide, il est préférable de suggérer à l'utilisateur d'appliquer 2 ou 3 gouttes de peroxyde dilué dans la même quantité d'eau, une fois par jour, ou encore d'appliquer de l'huile minérale, trois fois par jour, pendant 3 à 7 jours avant de refaire le lavage.

**RÉFÉRENCE AUX MÉTHODES
DE SOINS :**

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, méthode 5.3.1.

SOURCE :

CLSC-CHSLD La Petite Patrie. *Ordonnances collectives et règles de soins – Guide d'application*, sept. 2003.

PROCESSUS D'ÉLABORATION¹	
Rédigé par :	
_____	_____
Identification de la personne	Date
Personnes consultées :	
_____	_____
Identification de la personne	Date
_____	_____
Identification de la personne	Date
_____	_____
Identification de la personne	Date
Validé par :	
_____	_____
Directrice des soins infirmiers	Date

PROCESSUS D'APPROBATION¹	
Approuvé par :	
_____	_____
Président du CMDP	Date

¹ Ces processus doivent être répétés pour chaque ordonnance collective.



EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier et administrer glucose <i>per os</i>/glucagon SC ou IM/dextrose IV pour corriger une hypoglycémie chez un usager diabétique	
Référence à un protocole : ☒ oui ☐ non Titre : Cadre de référence pour l'infirmière à l'accueil santé CSSSPPV, déc. 2004	Date de mise en vigueur :	Date de révision :
Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaillent dans les secteurs suivants : ▪ Installation Petite Patrie ; ▪ Installation Gouin, secteur hébergement.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : L'ensemble des usagers diabétiques connus et habituellement stabilisés des secteurs visés.		
Activités réservées : ▪ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; ▪ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ; ▪ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.		

INDICATION ET CONDITION D'INITIATION : ▪ Glycémie < 4 mmol/L avec symptômes d'hypoglycémie² et l'état de conscience le permet.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE : ▪ Corriger l'hypoglycémie.

CONTRE-INDICATION : —

LIMITE/RÉFÉRENCE AU MÉDECIN : —

² Voir tableau I – Signes et symptômes d'hypoglycémie, p. 13.

DIRECTIVES :

1. Donner des glucides à absorption rapide³.

Adulte et enfant > 5 ans > 20 kg

Donner 15 g de glucides à absorption rapide

1^{er} choix = comprimés de glucose

3 comprimés de Glucose BD = 15 g de glucides

Enfant < 5 ans < 20 kg

Donner 10 g de glucides à absorption rapide

2 comprimés de Glucose BD = 10 g de glucides

- a) Ne pas utiliser de succédané de sucre (Nutra-Sweet, Egal, boisson diététique, etc.) ;
 - b) Chez les personnes diabétiques qui prennent de l'**acarbose** (Prandase), l'hypoglycémie doit être corrigée de préférence avec 15 g de glucose sous forme de :
 - 3 comprimés de Glucose BD ou si non disponible
 - 250 ml de lait ;
 - c) Chez les personnes diabétiques souffrant d'une **atteinte rénale**, il est conseillé de corriger l'hypoglycémie de l'une des façons suivantes :
 - 3 comprimés de Glucose BD (1 comprimé = 5 g de glucides);
 - ou
 - 3 sachets de sucre dissous dans de l'eau.
2. Attendre 15 min, mesurer la glycémie de nouveau.
 3. Si la glycémie est toujours inférieure à 4,0 mmol/L, redonner 15 g de glucides. Attendre de 15 à 20 min et reprendre le traitement.

Lorsque la glycémie est supérieure ou égale à 4,0 mmol/L	
<i>Repas (ou collation) prévu dans la prochaine heure ?</i>	
Oui	Non
Manger comme d'habitude	Ajouter une collation contenant 15 g de glucides (ex. : lait (200 ml) + 2 biscuits secs <i>Social Tea</i>

4. Rechercher les causes de l'hypoglycémie.
5. Faire un suivi (enseignement, référence au médecin si ajustement de la médication requis, etc.).

³ Voir tableau II – Source de 15 g de glucides, p. 13.

**INDICATIONS ET CONDITIONS
D'INITIATION :**

- Glycémie < 2,8 mmol/L et l'état de conscience le permet ;
ou
- Glycémie < 4 mmol/L avec symptômes sévères d'hypoglycémie nécessitant une assistance et l'état de conscience le permet.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :

- Corriger l'hypoglycémie.

CONTRE-INDICATION :

- L'utilisation du glucagon est contre-indiquée en présence d'insulinome, de phéochromocytome ou en présence d'allergie ou d'intolérance à ce produit.

**LIMITE/RÉFÉRENCE AU
MÉDECIN :**

—

DIRECTIVES :

1. Donner 20 g de glucides à absorption rapide.
 - 1^{er} choix = comprimés de glucose
 - 4 comprimés de Glucose BD = 20 g de glucides
2. Aviser immédiatement le médecin.
3. Répéter la glycémie capillaire 15 min plus tard et reprendre le traitement, au besoin.
4. Si le glucagon est disponible ou plus particulièrement dans le cas d'injection erronée d'insuline, il est préférable d'utiliser le glucagon reconstitué :

Adulte et enfant > 20 kg

Administrarer glucagon 1 mg par voie SC ou IM.

Enfant < 20 kg ou < 5 ans

Administrarer glucagon 0,5 mg par voie SC ou IM.

À la suite d'une crise d'hypoglycémie sévère (ayant nécessité l'aide d'un tiers), si la personne diabétique a reçu une injection de glucagon, lui donner, dès qu'elle reprend connaissance, une collation substantielle contenant 45 g de glucides : sandwich + lait (200 ml).

5. Rechercher les causes de l'hypoglycémie.
6. Faire un suivi (enseignement, référence au médecin, etc.).

**INDICATION ET CONDITION
D'INITIATION :**

- **Glycémie < 4 mmol/L et usager comateux.**

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :

- Corriger l'hypoglycémie.

CONTRE-INDICATIONS :

- L'utilisation du glucagon est contre-indiquée en présence d'insulinome, de phéochromocytome ou en présence d'allergie ou d'intolérance à ce produit.

**LIMITE/RÉFÉRENCE AU
MÉDECIN :**

—

DIRECTIVES :

1. Aviser immédiatement le médecin de garde.
2. Administrer O₂ avec masque à 15 L/min, si détresse respiratoire.
3. Ouvrir une veine avec NaCl 0,9 %, 250 ml à l'aide d'un cathéter périphérique court.
4. Injecter dextrose 50 % IV, 1 ampoule de 50 ml en 1 à 3 min (dosage pédiatrique : 0,5 à 1 g/kg).

Si pas de veine disponible :

Adulte et enfant > 20 kg > 5 ans

Administrer glucagon 1 mg par voie SC ou IM.

Enfant < 20 kg ou < 5 ans

Administrer glucagon 0,5 mg par voie SC ou IM.

5. Attendre 10 min :
 - a) la personne reprend conscience, donner 15 g de glucides ;
 - b) la personne ne reprend pas conscience, répéter l'administration de dextrose 50 % IV, 1 ampoule de 50 ml en 1 à 3 min ou en l'absence de veine ouverte.

Adulte et enfant > 20 kg

Administrer glucagon 1 mg par voie SC ou IM.

Enfant < 20 kg

Administrer glucagon 0,5 mg par voie SC ou IM.

6. Assurer le transfert vers l'urgence.
7. Compléter notes d'interventions et de transfert lors d'une situation d'urgence.

**RÉFÉRENCE AUX MÉTHODES
DE SOINS :**

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, méthodes 2.8, 2.10, 2.11, 2.12, 5.4, 5.9 et 5.10.

SOURCES :

CLSC-CHSLD La Petite Patrie. *Ordonnances collectives et règles de soins – Guide d'application*, sept. 2003.

Canadian Diabetes Association. *Clinical Practice Guidelines Expert Committee*, 2003.

TABLEAU I

Signes et symptômes d'hypoglycémie	
<u>Neuro-hypoglycémique</u>	<u>Adrén-hypoglycémique</u>
▪ Diminution des performances mentales	▪ Tremblement
▪ Céphalée	▪ Anxiété
▪ Agressivité, excitation	▪ Nausée
▪ Amnésie	▪ Palpitation, tachycardie
▪ Trouble visuel	▪ « Fringale »
▪ Confusion	▪ Cauchemar
▪ Léthargie, air hébété	▪ Sudation, diaphorèse
▪ Faiblesse, étourdissement	
▪ Convulsion	
▪ Coma	

TABLEAU II

Sources de 15 g de glucides
• 3 comprimés de Glucose BD (1 comprimé = 5 g de glucides) (1^{er} choix) • 6 Life Savers (1 = 2,5 g) • instaglucoose ½ tube de 15 g • 125 ml d'une boisson gazeuse ordinaire (lire l'étiquette du produit et ajuster au besoin) • 125 ml de jus de fruits (lire l'étiquette du produit et ajuster au besoin) • 15 cc de miel • 15 cc (3 sachets) de sucre granulé dissous dans de l'eau • 200 ml de lait + 2 biscuits secs Social Tea. <u>Ne pas utiliser de succédané de sucre (NutraSweet, Egal, boisson diététique, etc.)</u>



EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier et administrer la contraception orale d'urgence (COU) <i>Plan B (dimenhydrinate) / Ovral/ Gravol</i>	
Référence à un protocole : ☒ oui ☐ non Titre : _____	<i>Date de mise en vigueur :</i>	<i>Date de révision :</i>
Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaillent dans les secteurs suivants : ▪ Installation Petite Patrie Clinique jeunesse – Soins courants – École secondaire Marie-Médiatrice – École secondaire Père-Marquette.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Femmes de 14 ans et plus en provenance d'un des secteurs d'activités visés.		
Activités réservées : ▪ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; ▪ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ; ▪ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.		

INDICATION ET CONDITION D'INITIATION :

- Permettre à une femme qui n'avait aucune protection contraceptive ou qui a fait une erreur d'utilisation d'une méthode contraceptive lors d'un coït de diminuer son risque d'une grossesse non désirée à la suite d'une relation sexuelle survenue dans les 120 dernières heures (5 jours).

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :

- Diminuer le risque d'une grossesse non désirée.

CONTRE-INDICATION :

- Grossesse connue.

LIMITES/RÉFÉRENCES AU MÉDECIN :

- Référer la cliente à un médecin si âgée de moins de 14 ans ;
- Dans le cas de l'utilisation d'Ovral, consulter le médecin en présence d'un ou de plusieurs des antécédents suivants : thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, maladie coronarienne, migraine avec aura.

DIRECTIVES :

1^{er} choix :

PLAN B : Remettre 2 comprimés du Plan B

- Faire prendre un premier comprimé dans les 120 h (5 jours) après la relation non protégée, puis un deuxième comprimé 12 h plus tard. Il n'est pas nécessaire de remettre de comprimés de Graval avec le Plan B.
- Si cela s'avère avantageux, les 2 comprimés du Plan B peuvent être pris en une seule fois, plutôt que de prendre un seul comprimé, puis l'autre à 12 h d'intervalle (efficacité comparable sans augmentation des effets secondaires).

2^e choix :

OVRAL : Remettre 4 comprimés d'Ovral (ou substitut)

- Faire prendre 2 comprimés d'Ovral (ou substitut) dans les 120 h (5 jours) qui suivent une relation sexuelle non protégée, puis 2 comprimés d'Ovral (ou substitut) 12 h plus tard.
- Afin de prévenir les vomissements, remettre à la patiente 1 comprimé de Graval (50 mg) et lui suggérer de le prendre 30 min avant les derniers comprimés d'Ovral. L'infirmière peut cependant remettre plus d'un comprimé de Graval, selon l'histoire médicale de la patiente ou ses expériences antérieures avec la pilule du lendemain.
- Si on ne dispose pas de comprimés d'Ovral, on peut utiliser un des substituts suivants :
Alesse : 5 comprimés (roses) par dose ;
Triphasil : 4 comprimés (jaunes) par dose ;
Min-Ovral : 4 comprimés (blancs) par dose ;
Triquilar : 4 comprimés (jaunes) par dose.

Comme pour les comprimés d'Ovral, la première dose est suivie d'une deuxième dose identique, 12 h plus tard.

EN CE QUI CONCERNE LE PLAN B ET L'OVRAL :

Le délai de 12 h entre la première et la deuxième dose est arbitraire. Pour des raisons de commodité, le délai entre les deux doses peut varier de 6 à 18 h. L'important, c'est que la première dose soit prise le plus rapidement possible après la relation sexuelle non protégée.

**RÉFÉRENCE AUX MÉTHODES
DE SOINS :**

—

SOURCE :

CLSC-CHSLD La Petite Patrie. *Ordonnances collectives et règles de soins – Guide d'application*, sept. 2003.

EXEMPLE

PROTOCOLE INFIRMIER <i>réfère à l'ordonnance collective – Initier et administrer la contraception orale d'urgence</i>	Contraception orale d'urgence (COU) Plan B (dimenhydrinate) /Ovral /Gravol	
	Date de mise en vigueur : 21 mars 2005	Date de révision : Mars 2008

PROCÉDURE :

1. Ouvrir un dossier pour l'usagère, si elle n'en a pas déjà un.
2. Faire une évaluation :
 - Remplir le formulaire « Contraception orale d'urgence (COU) » (annexe a, p. 18). Si le dossier en contient déjà un, le réviser ;
Vérifier les points mentionnés au document « Aide-mémoire COU » ;
 - Faire un test de grossesse si la date de la dernière menstruation remonte à plus de 4 sem ou si la dernière menstruation était anormale ;
 - S'il y a eu d'autres relations sexuelles non protégées dans la dernière semaine, évaluer la pertinence de la pose d'un stérilet du lendemain (peut être efficace jusqu'à 7 jours après la relation). Si nécessaire, consulter un médecin.
3. Donner l'information concernant la COU :
 - Efficacité : Lorsque le Plan B est pris dans les 72 h qui suivent une relation sexuelle non protégée, il permet de diminuer de 89 % le risque de grossesse. Cette diminution n'est que de 75 % si l'on prend Ovral. Les deux formes de COU peuvent être prises jusqu'à 120 h après une relation sexuelle non protégée, mais son efficacité pourrait alors être moindre ;
 - Mode d'administration ;
 - Effets secondaires et complications possibles (particulièrement avec l'administration de l'Ovral) : nausées, vomissements, céphalée, maladie thromboembolique et saignement irrégulier ;
 - La COU ne prévient pas la grossesse dans le cas où il y aurait des relations sexuelles non protégées qui suivent son utilisation ;
 - Si les menstruations n'ont pas lieu dans les 3 sem qui suivent la prise de la COU, un test de grossesse devra être fait.
4. Administration :

1^{er} choix :

 - Remettre le Plan B aux usagères qui n'ont pas d'assurance médicaments ou qui n'ont pas de ressources financières suffisantes ;
 - Diriger les autres vers une pharmacie.

PROCÉDURE (SUITE) :**2^e choix :**

- Remettre l'Ovral à la patiente si le Plan B n'est pas disponible ;
- On doit aviser la patiente à qui on remet des comprimés de Gravol qu'elle doit éviter de conduire une automobile ou de manœuvrer des machines dangereuses dans les heures qui suivent leur prise, car l'un des effets secondaires du Gravol est la somnolence. Le Gravol peut aussi être utilisé en suppositoire (100 mg) ;
- Demander à la patiente de revenir chercher d'autres comprimés d'Ovral si elle vomit moins d'une heure après la prise de ceux-ci. Cette nouvelle dose sera précédée de la prise d'un antiémétique. Dans certaines circonstances particulières (ex. : la veille d'un congé, voyage, etc.), l'infirmière est autorisée à donner d'emblée 2 comprimés supplémentaires d'Ovral.

5. Suivi :

- Vérifier avec l'usagère l'intérêt de commencer une contraception hormonale dès le lendemain ou à la prochaine menstruation ;
- Fixer un rendez-vous, si nécessaire, pour discuter de contraception à long terme et de protection contre les ITSS/Sida.

**RÉFÉRENCE AUX
MÉTHODES DE SOINS :**

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, méthode 5.4.6.

SOURCE :

CLSC-CHSLD La Petite Patrie. *Ordonnances collectives et règles de soins – Guide d'application*, sept. 2003.

PROCESSUS D'ÉLABORATION⁴**Rédigé par :**

Identification de la personne

Date

Personnes consultées :

Identification de la personne

Date

Identification de la personne

Date

PROCESSUS D'APPROBATION⁴**Approuvé par :**

Directrice des soins infirmiers

Date

⁴ Ces processus doivent être répétés pour chaque protocole infirmier.

ANNEXE a)

CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE (COU)

N° de dossier

RAISON DE LA CONSULTATION

- ☐ Aucune contraception
- ☐ Échec en utilisant le condom
- ☐ Oubli de 2 comprimés de CO ou plus
- ☐ Vomissements d'un comprimé de CO < 2 h après la prise et aucun autre comprimé n'a été pris par la suite
- ☐ Prise d'antibiotique sous CO
- ☐ Autre :

Nom à la naissance

Prénom

Contexte de violence ?⁵

☐ oui

☐ non

HISTOIRE DE SANTÉ

Antécédents médicaux (en présence d'un ou de plusieurs des antécédents suivants, consultez un médecin)

	Oui	Non		Date
Thrombophlébite profonde			Dernier examen gynéco	
Embolie pulmonaire			Dernier dépistage ITSS	
Accident vasculaire cérébral				
Maladie coronarienne				
Migraine avec aura ⁶				

Médicaments actuels : Allergies :

ÉVALUATION PHYSIQUE

Tension artérielle : Opérations à venir ☐ oui ☐ non

Commentaires :

Contraception orale d'urgence

- Date/h de la dernière relation sexuelle non protégée :
- DDM :
- Autres relations dans le même cycle :
- Cycle (durée) :
- Gravida : Para : Aborta :
- Moyens de contraception actuels :
- Pilule contraceptive d'urgence déjà utilisée : ☐ oui ☐ non
- Effets secondaires :
- Commentaires :

⁵ En cas d'agression sexuelle, diriger la personne vers un centre désigné en s'assurant idéalement qu'elle soit accompagnée. En cas de violence conjugale reconnue ou soupçonnée, évaluer si la personne a déjà ou pourrait avoir un suivi.

⁶ Symptômes visuels – sensitifs – moteurs ou dysphasiques.

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Identification du problème par le client : _____

☐ idem à la raison de la consultation

Hypothèse de l'infirmière : _____

☐ idem à l'identification du problème par le client**INTERVENTIONS – ENSEIGNEMENT – PLANIFICATION****Contraception orale d'urgence**

- ☐ But de la COU
- ☐ Composition, effets secondaires
- ☐ Taux d'efficacité, que faire si échec
- ☐ Horaire de la médication
- ☐ Procédure en cas de nausées et vomissements
- ☐ Date probable des prochaines menstruations
- ☐ Risque d'ITSS
- ☐ Dépliant explicatif

MÉDICATION REMISE**Plan B**

1 comprimé à : h
1 comprimé à : h
ou
2 comprimés en même temps à : _____ h

Ovral**Ou substitut**

2 comprimés à : h à : h
2 comprimés à : h à : h

Gravol 50 mg : Nombre de comprimés : _____

- ☐ Si jugé utile (veille d'un congé) remise de 2 comprimés supplémentaires d'Ovral
- ☐ Dépliant explicatif remis à la cliente

Suivi prévu : _____

ÉVALUATIONLa cliente comprend et peut mettre en pratique les conseils donnés ☐ oui ☐ nonSatisfaction de la cliente : ☐ oui ☐ non

Signature de l'infirmière

Date

Signature du médecin (si consulté)

Date



EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier une mesure thérapeutique pour les lésions caractéristiques du muguet	
Référence à un protocole : ☐ oui ☒ non	<i>Date de mise en vigueur :</i>	<i>Date de révision :</i>
Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaillent dans les secteurs suivants : Installation Petite Patrie – Enfance famille.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : L'ensemble des nourrissons des secteurs visés qui présentent des lésions caractéristiques du muguet.		
Activités réservées : - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; - Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.		

**INDICATION ET CONDITION
D'INITIATION :**

- Initier une mesure thérapeutique dans les meilleurs délais chez un nourrisson qui présente des plaques blanchâtres adhérentes aux muqueuses buccales, sur la langue et sur les lèvres.

**INTENTIONS
THÉRAPEUTIQUES :**

- Enrayer l'infection due à un champignon ;
- Prévenir la propagation.

CONTRE-INDICATION :

- Hypersensibilité au produit.

**LIMITES/RÉFÉRENCES AU
MÉDECIN :**

- Référer au médecin si aggravation ou traitement inefficace après 1 sem ;
- Référer au médecin si la mère allaite et présente des lésions aux mamelons.

DIRECTIVES :

- Remplir le formulaire d'évaluation « Muguet » avec les renseignements suivants :
 - Date ;
 - Nom et prénom de l'utilisateur ;
 - Date de naissance ;
 - Signature de l'infirmière et n° de permis ;

DIRECTIVES (SUITE) :

- N° de téléphone pour joindre l’infirmière qui a rempli le formulaire d’évaluation ;
- Nom du médecin répondant et n° de téléphone pour le joindre ;
- Remettre la fiche d’information sur le traitement du muguet ;
- Orienter l’usager vers les pharmacies désignées qui détiennent une copie de l’ordonnance collective « Initier et préparer une ordonnance de nystatine » (l’ordonnance précise nystatine 100 000 UI/cc, 1 cc *per os* QID pendant 12 jours).

**RÉFÉRENCE AUX MÉTHODES
DE SOINS :**

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, méthodes 5.1.4 et 5.4.

SOURCE :

CLSC-CHSLD La Petite Patrie. *Ordonnances collectives et règles de soins – Guide d’application*, sept. 2003.

EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier et préparer une ordonnance de nystatine	
Référence à un protocole : ☐ oui ☒ non	Date de mise en vigueur :	Date de révision :
Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) :		
Pharmaciens de la communauté.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée :		
Les nourrissons qui nécessitent un traitement de nystatine et qui sont dirigés vers le pharmacien par une infirmière du CSSS de La Petite Patrie et Villeray.		

**INDICATION ET CONDITION
D'INITIATION :**

- Sur réception de l'évaluation écrite « Muguet chez le nourrisson » réalisée auprès d'un nourrisson par une infirmière du CSSS de La Petite Patrie et Villeray, initier et préparer une ordonnance de nystatine.

DIRECTIVES :

- Nystatine (100 000 UI/cc)
Prendre 1 cc *per os* QID pendant 12 jours.
Ne pas répéter.
Référer au médecin si aggravation ou traitement inefficace.

PROCESSUS D'ÉLABORATION⁷

Rédigé par :

_____	_____
Identification de la personne	Date

Personnes consultées :

_____	_____
Identification de la personne	Date

Validé par :

_____	_____
Directrice des soins infirmiers	Date

PROCESSUS D'APPROBATION⁷

Approuvé par :

_____	_____
Président du CMDP	Date

⁷ Ces processus doivent être répétés pour chaque ordonnance collective.



EXEMPLE

MUGUET CHEZ LE NOURRISSON ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE

Date : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

J'AI PROCÉDÉ À L'ÉVALUATION DE LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE QUI PRÉSENTE DES LÉSIONS BUCCALES CARACTÉRISTIQUES DU MUGUET. IL N'Y A AUCUNE CONTRE-INDICATION À LA PRISE DE NYSTATINE 100 000 UI/CC, 1 CC *PER OS* QID PENDANT 12 JOURS.

Nom et prénom de l'infirmière

Signature de l'infirmière

N° de permis de l'OIIQ : _____

Téléphone : _____ Boîte vocale : _____

Nom du médecin répondant : _____

Téléphone : _____ Boîte vocale : _____

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| ☐ Hôpital Jean-Talon
1385, rue Jean-Talon Est
Montréal (Québec) H2E 1S6
Téléphone : (514) 495-6767 | ☐ CLSC La Petite Patrie
6520, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P7
Téléphone : (514) 273-4508 | ☐ CLSC Villeray
1425, rue Jarry Est
Montréal (Québec) H2E 1A7
Téléphone : (514) 376-4141 | ☐ CHSLD Paul-Gouin
5900, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P3
Téléphone : (514) 273-3681 | ☐ Pavillon Auclair
6910, rue Boyer
Montréal (Québec) H2S 2J7
Téléphone : (514) 272-3011 |
|---|--|---|---|--|

FICHE D'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DU MUGUET

1. Le muguet

Votre enfant a des dépôts buccaux qui sont douloureux surtout lorsqu'il s'alimente.

Le muguet est l'infection buccale la plus fréquente chez le bébé.

Cette infection est causée par un champignon, le *candida*, qui vit naturellement dans la bouche et l'intestin.

La candidose (muguet) est le nom donné à la prolifération de ce champignon, dans la bouche précisément.

2. Symptômes

☒ Taches blanchâtres, en relief, situées à l'intérieur des joues, sur le palais et sur la langue.

☒ L'enfant refuse la nourriture, car il ressent de la douleur lorsqu'il s'alimente.

3. Que faire ?

Le pharmacien va vous remettre un médicament appelé nystatine. Il s'agit d'un traitement antifongique efficace pour traiter le muguet.

- a. Après le boire, administrez 1 cc de nystatine quatre fois par jour pendant 12 jours.
- b. Faites le traitement complet même après la disparition des symptômes, sinon le muguet risque de réapparaître.
- c. Vous devez consulter un médecin si le traitement n'est pas efficace.
- d. Donnez à votre enfant des aliments froids ou tièdes, mais évitez les aliments chauds qui éveillent la douleur dans la bouche.
- e. Ne donnez pas de jus de fruits, ils sont trop acides, privilégiez l'eau.
- f. Si vous allaitez, après chaque tétée, lavez vos mamelons à l'eau pour ne pas qu'ils s'infectent.

INFO-SANTÉ CLSC : (514) 273-4508

Vous pouvez y adresser toute question de santé 24 h/24.

EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier la contraception hormonale	
Référence à un protocole : ☒ oui ☐ non Titre : Protocole infirmier de contraception hormonale	Date de mise en vigueur :	Date de révision :
Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires (qui ont suivi la formation « contraception hormonale ») et qui travaillent dans les secteurs suivants : ▪ Installation Petite Patrie – Jeunesse – Soins courants – Enfance famille ; ▪ École secondaire Père-Marquette, École secondaire Marie-Médiatrice.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Femmes de 14 à 35 ans qui ont besoin de contraception hormonale.		
Activités réservées : ▪ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; ▪ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.		

**INDICATIONS ET CONDITIONS
D'INITIATION :**

- Permettre à une femme de 14 à 35 ans, en bonne santé, n'ayant pas d'ordonnance de contraception hormonale d'avoir accès à une contraception hormonale pour une période de 3 mois et à un service d'enseignement et de counselling au sujet des méthodes contraceptives ;
- La personne doit prendre rendez-vous dans un délai de 3 mois auprès d'un médecin afin de recevoir une ordonnance individuelle.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :

- Prévenir et diminuer le risque d'une grossesse non planifiée.

CONTRE-INDICATIONS :

- Possibilité d'une grossesse ;
- Présence de contre-indications absolues (se référer aux tableaux correspondants).

**LIMITES/RÉFÉRENCES AU
MÉDECIN :**

- Référer à un médecin si cliente âgée de moins de 14 ans ;
- Présence de contre-indications relatives (se référer aux tableaux correspondants).

DIRECTIVES :

- Compléter la cueillette de données et l'histoire globale ;
- Si choix de contraception hormonale, se référer aux tableaux suivants :

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

Contre-indications absolues interdisant l'initiation ou le renouvellement	▪ Grossesse ▪ < 6 sem à la suite d'un accouchement, si la femme allaite ▪ Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg) ▪ Antécédent de thromboembolie veineuse, thrombophilie ▪ Cardiopathie ischémique ▪ Antécédent d'accident vasculaire cérébral ▪ Cardiopathie valvulaire compliquée ▪ Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques ▪ Cancer du sein actuel ▪ Diabète accompagné de rétinopathie/néphropathie/neuropathie ▪ Cirrhose et autres maladies hépatiques actives ▪ Tumeur hépatique (adénome ou hépatome) ▪ Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée ▪ Hypersensibilité à l'une des composantes du produit
Contre-indications relatives nécessitant la consultation d'un médecin	▪ < 21 jours à la suite d'un accouchement, chez la femme qui n'allait pas ▪ Hypertension adéquatement maîtrisée ▪ Hypertension artérielle (systolique : 140-159 mmHg, diastolique : 90-99 mmHg) ▪ Antécédent de cancer du sein il y a plus de 5 ans ▪ Maladie vésiculaire en phase symptomatique ▪ Antécédent de cholestase liée à l'utilisation de contraceptifs oraux combinés ▪ Cirrhose légère ▪ Pancréatite ou histoire d'hypertriglycémie sévère ▪ Utilisation de médicaments pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux combinés (rifampicine, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)

TIMBRE CONTRACEPTIF

Contre-indications absolues interdisant l'initiation ou le renouvellement	▪ Identiques à celles des contraceptifs oraux combinés
Contre-indications relatives nécessitant la consultation d'un médecin	▪ Identiques à celles des contraceptifs oraux combinés ▪ Femme ≥ 90 kg ▪ Trouble cutané généralisé

ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

Contre-indications absolues interdisant l'initiation ou le renouvellement	▪ Identiques à celles des contraceptifs oraux combinés
Contre-indications relatives nécessitant la consultation d'un médecin	▪ Identiques à celles des contraceptifs oraux combinés ▪ Vaginites récidivantes ▪ Vaginisme ou sténose vaginale ▪ Anomalie structurelle congénitale du vagin ▪ Prolapsus utérovaginal

- Remplir le formulaire « Contraception hormonale, évaluation de l'infirmière » en donnant les renseignements suivants :
 - Date ;
 - Nom et prénom de la personne ;
 - Date de naissance ;
 - Encercler dans la liste le nom de l'anovulant qui a fait l'objet de l'enseignement ;
 - Signature de l'infirmière et n° de permis ;
 - N° de téléphone pour joindre l'infirmière qui a rempli le formulaire d'évaluation ;
- S'assurer que l'usagère va rencontrer un médecin avant l'expiration du délai de 3 mois afin d'obtenir une ordonnance individuelle ;
- Remettre à l'usagère le formulaire « Contraception hormonale, évaluation de l'infirmière » et l'orienter vers les pharmacies désignées qui détiennent une copie de l'ordonnance collective et du protocole médical.

RÉFÉRENCE AUX MÉTHODES DE SOINS :

SOURCE :

Tableaux adaptés de Black, A., Francœur, D. et T. Rowe. *Consensus canadien sur la contraception*, JOGC, mars 2004, vol. 143, p. 219-254.

EXEMPLE

PROTOCOLE INFIRMIER <i>réfère à l'ordonnance collective –</i> <i>Initier la contraception hormonale</i>	Contraception hormonale	
	<i>Date de mise en vigueur :</i>	<i>Date de révision :</i>

PROCÉDURE :

1. Ouvrir un dossier pour l'usagère, si elle n'en a pas déjà un.
2. Faire une évaluation :
 - Remplir le formulaire « Contraception hormonale » ;
 - Évaluer les besoins de santé liés à la contraception et aux ITSS ;
 - Faire un test de grossesse si la date de la dernière menstruation remonte à plus de 4 sem ou si la dernière menstruation était anormale ;
 - Évaluer le besoin de la COU ;
 - Prise de la tension artérielle et du poids.
3. Donner de l'information générale concernant la contraception hormonale :
 - Enseignement sur la contraception hormonale, la COU, la double protection, le condom et les ITSS ;
 - Présentation des diverses possibilités en matière de contraception : contraception orale, timbre contraceptif, anneau vaginal contraceptif, stérilet, méthodes barrières, méthodes naturelles, stérilisation masculine et féminine.
4. Aide et counselling :
 - Aide à la prise de décision contraceptive, au besoin ;
 - Counselling sur les ITSS selon les facteurs de risques reconnus et référence médicale, au besoin.

Si choix de contraception hormonale

5. Information spécifique sur la contraception hormonale choisie :
 - Efficacité, mode d'action, bénéfices non contraceptifs, signes et symptômes pouvant nécessiter l'arrêt ;
 - Effets secondaires bénins et leur mode de résolution, mode d'utilisation, prise régulière de la contraception ;
 - Facteurs pouvant réduire l'efficacité du contraceptif hormonal, y compris les interactions médicamenteuses et les produits naturels ;
 - Gestes à poser en cas d'oubli.
6. Information sur les conduites à suivre sur le plan de l'hygiène de vie :
 - Alimentation, sexualité, exercice physique, tabagisme, consommation drogue/alcool.
7. Suivi de la clientèle à risque et vulnérable (jeune adolescente, fidélité à la contraception douteuse, etc.) :
 - Suivi téléphonique ou prise de rendez-vous avec l'infirmière. Fréquence à déterminer selon jugement clinique.

8. Suivi et orientation :

- Remise du formulaire « Contraception hormonale, évaluation de l'infirmière » ;
- Remise des coordonnées des pharmacies désignées qui détiennent une copie de l'ordonnance collective et du protocole médical ;
- Rappel des coordonnées d'Info-Santé pour tout problème ou question de santé ;
- S'assurer de la prise d'un rendez-vous avec un médecin dans les 3 mois ;
- Relance téléphonique dans les 3 mois ;
- Référence au médecin pour tout problème de santé, signes et symptômes anormaux ou toute autre situation jugée utile (se référer aux tableaux correspondants).

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS – TIMBRE CONTRACEPTIF

Signes et symptômes nécessitant l'arrêt immédiat et une consultation médicale	▪ Douleur abdominale sévère ▪ Douleur thoracique sévère, pouvant être accompagnée de toux, de dyspnée et douleur augmentant à la respiration ▪ Céphalée sévère, pouvant être accompagnée d'étourdissement, de sensation de faiblesse, d'engourdissement latéralisé ou non ▪ Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non), trouble du langage ▪ Douleur sévère dans une jambe (cuisse ou mollet)
Signes et symptômes nécessitant la consultation d'un médecin	▪ Signes et symptômes de grossesse ▪ Effets androgéniques : acné, peau grasse, pousse de poils ▪ Saignements irréguliers, désagréables, abondants ou inattendus ▪ Infections vaginales récidivantes ou leucorrhée anormale ▪ Douleurs mammaires persistantes ▪ Nodule mammaire ▪ Dépression ▪ Galactorrhée ▪ Éruption cutanée ▪ Ictère ▪ Intolérance aux verres de contact ▪ Céphalée nouvelle, persistante, récurrente ▪ Nausées et vomissements ▪ Modification modérée à sévère du poids

ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

Signes et symptômes nécessitant l'arrêt immédiat et une consultation médicale	▪ Identiques à ceux des contraceptifs oraux combinés
Signes et symptômes nécessitant la consultation d'un médecin	▪ Identiques à ceux des contraceptifs oraux combinés ▪ Symptômes vaginaux

SOURCE :

Tableaux adaptés de Black, A., Francœur, D. et T. Rowe. *Consensus canadien sur la contraception*, JOGC, mars 2004, vol. 143, p. 219-254.

CONTRACEPTION HORMONALE

RAISON DE LA CONSULTATION

HISTOIRE DE SANTÉ

Antécédents familiaux / personnels :

Allergie : _____ Vaccin : Hép. B: _____ Autres : _____

Médication :

Antécédents gynécologiques (cytologie anormale, ITSS, colposcopie) :

G : _____ P : _____ A : _____ DDM : _____ Ménarche: _____

Cycle : _____ jours Durée : _____ jours Saignement intermenstruel : _____

Dysménorrhée : _____ Dyspareunie : _____

Symptômes vulvo-vaginaux :

Autres :

HISTOIRE CONTRACEPTIVE

Nbre de partenaires X 1 an : _____ Type de protection contre ITSS : _____

Fréquence protection : Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

Date de la dernière relation à risque : _____

Méthodes contraceptives :

Autres :

HABITUDES DE VIE

Tabac : _____ Alcool : _____ Drogue : _____

Autres :

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES A LA CONTRACEPTION HORMONALE	OUI	NON
▪ Hypersensibilité à l'une des composantes du produit	☐	☐
▪ Grossesse	☐	☐
▪ { 6 sem. post-partum si femme allaite	☐	☐
▪ Hypertension artérielle (Ø160/100)	☐	☐
▪ Antécédent de thromboembolie veineuse, thrombophilie, AVC	☐	☐
▪ Cardiopathie ischémique / cardiopathie valvulaire compliquée	☐	☐
▪ Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques	☐	☐
▪ Cancer du sein actuel	☐	☐
▪ Maladie hépatique active	☐	☐
▪ Tumeur hépatique	☐	☐
▪ Diabète compliqué	☐	☐
▪ Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée (récente ou à venir)	☐	☐

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES A LA CONTRACEPTION HORMONALE (suite)		OUI	NON
CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) :			
▪ { 21 jours à la suite d'un accouchement chez la femme qui n'allait pas	☐	☐	
▪ Pancréatite ou antécédent hyperTG sévère	☐	☐	
▪ Hypertension artérielle (Ø140/90)	☐	☐	
▪ Antécédent cancer du sein } 5 ans	☐	☐	
▪ Cholécystite ou antécédent de cholestase	☐	☐	
▪ Cirrhose légère	☐	☐	
▪ Interaction médicamenteuse (rifampicine, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine)	☐	☐	
TIMBRE : idem à COC plus :		OUI	NON
▪ Poids Ø90 kg	☐	☐	
▪ Trouble cutané généralisé	☐	☐	
ANNEAU : idem à COC plus :		OUI	NON
▪ Vaginites récidivantes	☐	☐	
▪ Vaginisme ou sténose vaginale	☐	☐	
▪ Anomalie du vagin	☐	☐	
ÉVALUATION PHYSIQUE :			
Tension artérielle : _____ Taille : _____ Poids : _____ Test de grossesse : _____			
Autres observations : _____			
ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES :			
Identification du problème par le client : ☐ idem à la raison de consultation			
Hypothèse de l'infirmière : ☐ idem à l'identification du problème par le client ☐ besoin COU (se référer à l'ordonnance collective, au protocole et aux formulaires appropriés)			
INTERVENTIONS – ENSEIGNEMENT – PLANIFICATION			
Enseignement :		OUI	NON
☐ Information générale contraception	☐ Contre-indication absolue	☐	☐
☐ ITSS	☐ Contre-indication relative	☐	☐
☐ COU	☐ Référence au médecin : _____		
☐ Condom	☐ Contraception hormonale choisie :		
☐ Diverses options contraceptives	☐ Remise de la contraception choisie pour :		
☐ Aide à la prise de décision	☐ 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois		
☐ Information spécifique contraception hormonale choisie	☐ Remise du formulaire de contraception hormonale		
☐ Gestes à poser en cas d'oubli	☐ Remise des coordonnées des pharmacies désignées		
☐ Hygiène de vie	☐ Rendez-vous médical dans les trois (3) mois :		
	☐ Relance téléphonique le : _____		
ÉVALUATION :			
☐ La cliente comprend et peut mettre en pratique les conseils donnés			
Satisfaction de la cliente : ☐ oui ☐ non			

Signature de l'infirmière

aa/mm/jj

Signature du médecin (si consulté)

aa/mm/jj

EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier et préparer une ordonnance de contraception hormonale		
Référence à un protocole : ☒ oui ☐ non Titre : Protocole médical contraception hormonale	Date de mise en vigueur :	Date de révision :	
Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Pharmaciens de la communauté.			
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : Toute femme (de 14 à 35 ans) qui nécessite une contraception hormonale et qui est dirigée vers le pharmacien par une infirmière du CSSS de La Petite Patrie et Villeray.			

**INDICATION ET CONDITION
D'INITIATION :**

- Sur réception de l'évaluation écrite, réalisée auprès d'une femme (de 14 à 35 ans) par une infirmière du CSSS de La Petite Patrie et Villeray, initier la contraception hormonale selon le protocole « Contraception hormonale » du CSSS de La Petite Patrie et Villeray pour une durée de 3 mois.

DIRECTIVE :

- Rappeler à la cliente qu'elle doit rencontrer, tel que planifié par l'infirmière, le médecin identifié avant l'expiration du délai de 3 mois afin d'obtenir une ordonnance individuelle.



EXEMPLE

PROTOCOLE MÉDICAL <i>réfère à l'ordonnance collective – initier et préparer une ordonnance de contraception hormonale</i>	Protocole de contraception hormonale	
	Date de mise en vigueur :	Date de révision :

Contraceptifs hormonaux contenant 35 µg ou moins d'œstrogènes choisis par les médecins du CMDP

1. CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS (présentation 28 comprimés)

ALESSE ou BREVICON 0,5/35 ou BREVICON 1/35 ou CYCLEN ou DEMULEN 30 ou LOESTRIN 1,5/30 ou MARVELON ou MINISTRIN 1/20 ou MIN-OVRAL ou ORTHO-CEPT ou ORTHO 7/7/7 ou ORTHO 0,5/35 ou ORTHO 1/35 ou SELECT 1/35 ou SYNPHASIC ou TRI-CYCLEN ou TRI-CYCLEN LO ou TRIPHASIL ou TRIQUILAR ou YASMIN

Prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs.

Pour le 1^{er} cycle, prendre le 1^{er} comprimé selon les recommandations faites par l'infirmière.

Répéter deux fois.

2. TIMBRE CONTRACEPTIF

EVRA

Appliquer 1 timbre par semaine, pendant 3 sem consécutives suivi d'un intervalle de 7 jours sans timbre.

Répéter deux fois.

3. ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

NUVARING

Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une durée de 21 jours. Retirer ensuite l'anneau et attendre 7 jours.

Répéter deux fois.



EXEMPLE

CONTRACEPTION HORMONALE ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE

Date : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

J'AI PROCÉDÉ À L'ÉVALUATION DE LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE ET CETTE PERSONNE EST UNE CANDIDATE À LA PRISE DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX DE 35 µg D'ŒSTROGÈNES ET MOINS. IL N'Y A AUCUNE CONTRE-INDICATION À LA PRISE DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX.

Cette personne a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation du contraceptif hormonal suivant :

- ☐ **Anovulant oral combiné : présentation 28 comprimés** (*le contraceptif hormonal choisi doit être encerclé*)

ALESSE ou BREVICON 0,5/35 ou BREVICON 1/35 ou CYCLEN ou DEMULEN 30 ou LOESTRIN 1,5/30 ou MARVELON ou MINISTRIN 1/20 ou MIN-OVRAL ou ORTHO-CEPT ou ORTHO 7/7/7 ou ORTHO 0,5/35 ou ORTHO 1/35 ou SELECT 1/35 ou SYNPHASIC ou TRI-CYCLEN ou TRI-CYCLEN LO ou TRIPHASIL ou TRIQUILAR ou YASMIN

- ☐ **Timbre contraceptif**

EVRA

- ☐ **Anneau vaginal contraceptif**

NUVARING

Nom et prénom de l'infirmière

Signature de l'infirmière

N° de permis de l'OIIQ : _____

Téléphone : _____

Boîte vocale : _____

Nom du médecin répondant : _____

Téléphone : _____

Boîte vocale : _____

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| ☐ Hôpital Jean-Talon
1385, rue Jean-Talon Est
Montréal (Québec) H2E 1S6
Téléphone : (514) 495-6767 | ☐ CLSC La Petite Patrie
6520, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P7
Téléphone : (514) 273-4508 | ☐ CLSC Villeray
1425, rue Jarry Est
Montréal (Québec) H2E 1A7
Téléphone : (514) 376-4141 | ☐ CHSLD Paul-Gouin
5900, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P3
Téléphone : (514) 273-3681 | ☐ Pavillon Auclair
6910, rue Boyer
Montréal (Québec) H2S 2J7
Téléphone : (514) 272-3011 |
|---|--|---|---|--|

EXEMPLE

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier la fréquence des prélèvements RNI, le suivi des résultats RNI et l'ajustement ponctuel du dosage de Coumadin	
Référence à un protocole : ☒ oui ☐ non Titre : Protocole infirmier suivi RNI – Dosage de Coumadin	Date de mise en vigueur :	Date de révision :
Personnes habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) : Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaillent dans les secteurs suivants : ▪ Installation Petite Patrie SAD ; ▪ Installation Gouin, secteur hébergement.		
Groupe de personnes visées ou situation clinique visée : ▪ Usager d'un secteur visé sous traitement prolongé de Coumadin pour l'une des raisons suivantes : fibrillation auriculaire, thrombophlébite ou embolie pulmonaire ; ▪ Usager d'un secteur visé qui ne peut se trouver un médecin dans la communauté pour assurer le suivi des résultats RNI ou dont le médecin n'assure pas ce suivi.		
Activités réservées : ▪ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; ▪ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ; ▪ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.		

INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION : ➔ RNI stable, c'est-à-dire au moins deux résultats RNI thérapeutiques (2,0-3,0) évalués à intervalles de 4 sem.

Le médecin de famille ou le médecin désigné du programme de soutien à domicile doit :

- S'assurer de la stabilité des résultats RNI et confirmer, par ordonnance médicale au dossier, l'application de l'ordonnance collective pour le suivi RNI ;
- Prescrire la dose de Coumadin ;
- Évaluer, dans les délais prescrits, la posologie qui, selon l'algorithme décisionnel, nécessite un ajustement de la médication.
- Renouveler l'ordonnance annuellement ;
- Transmettre aux pharmaciens l'ordonnance collective permettant aux infirmières d'ajuster ponctuellement la médication.

- INTENTION THÉRAPEUTIQUE :** ▪ Suivi des résultats RNI et détermination de la date du prochain contrôle.
- CONTRE-INDICATION :** —
- LIMITES/RÉFÉRENCES AU MÉDECIN :**
- Si présence d'ecchymoses ou de saignements inhabituels, référer au médecin immédiatement ;
 - Si RNI $\geq 4,5$, pas de Coumadin et référence au médecin immédiatement.
- DIRECTIVES :**
- Suivre l'algorithme décisionnel et référer au médecin de famille ou au médecin désigné du programme de soutien à domicile les usagers qui nécessitent un réajustement de médication ;
 - Si deux résultats de RNI consécutifs ne sont pas dans la zone thérapeutique, référer au médecin assurant le suivi.
- RÉFÉRENCE AUX MÉTHODES DE SOINS :** Association des CLSC et des CHSLD du Québec, méthodes 13.7, 5.4. et 3.1.

ALGORITHME DÉCISIONNEL	
RNI 2,0-3,0	Fibrillation auriculaire Thrombophlébite Embolie pulmonaire

Résultat RNI	< 1,8	1,8-1,9	2,0-3,0	3,1-3,4	> 3,4
Dose de Coumadin	Doubler la dose la journée même.	Doubler la dose la journée même, puis dose habituelle par la suite.	Même dose.	Sauter une dose, puis dose habituelle.	Pas de Coumadin ce jour-là.
Suivi	Référer dans les 24 h au médecin assurant le suivi.	Prochain RNI dans 15 jours ⁸ .	Prochain RNI dans 6 sem.	Prochain RNI dans 15 jours ⁸ .	Référer dans les 24 h au médecin assurant le suivi.

Sources : Tableau adapté de :

- *Le Médecin du Québec*, vol. 35, n° 12, déc. 2000.
- *Protocole suivi conjoint icm et 9 CLSC de l'Est de Montréal*, avril 2002.

⁸ Si deux résultats RNI consécutifs ne sont pas dans la zone thérapeutique (2,0-3,0), référer au médecin assurant le suivi.



EXEMPLE

PROTOCOLE INFIRMIER <i>réfère à l'ordonnance collective – initier la fréquence des prélèvements RNI, le suivi des résultats et l'ajustement ponctuel de Coumadin</i>	Suivi RNI – Dosage de Coumadin	
	Date de mise en vigueur :	Date de révision :

PROCÉDURE :

- Mettre l'utilisateur en garde concernant la consommation d'alcool ;
- L'utilisateur doit nous aviser en tout temps si intervention chirurgicale ou dentaire prévue, si prise de nouveaux médicaments (avec ou sans ordonnance, consommation de produits naturels, changements dans les habitudes alimentaires, augmentation du niveau de stress) ;
- Remettre à l'utilisateur le livret d'information pour la prise de Coumadin et procéder à l'enseignement requis ;
- Vérifier, à chacune des visites, le calendrier posologique, le compléter au besoin ;
- Encourager le port d'un bracelet MedicAlert ou le port d'une carte précisant le traitement de Coumadin ;
- Vérifier, à chaque visite, la fidélité au traitement médicamenteux et les signes et symptômes de complication ;
- Procéder au contrôle du RNI ;
- Consigner les résultats du RNI et la dose de Coumadin reçue au carnet de l'utilisateur et au dossier du CLSC ;
- En cas de résultats hors normes, suivre les indications de l'algorithme et s'assurer que l'utilisateur soit référé, dans les délais prescrits, au médecin assurant le suivi ;
- Communiquer, au besoin, avec le pharmacien concerné pour valider une modification au traitement pharmacologique à la suite du résultat du RNI ;
- Encourager l'utilisation d'une dosette 7 jours.

ANNEXE 5 :

**EXEMPLES DE SUIVI CONJOINT DES CLIENTÈLES EN GMF,
INCLUANT LES ORDONNANCES COLLECTIVES**

EXEMPLES DE SUIVI CONJOINT EN GMF, INCLUANT LES ORDONNANCES COLLECTIVES

ANNEXE 5-A :

Suivi conjoint de la clientèle hypertendue –
GMF Centre médical Laval

ANNEXE 5-B :

Suivi conjoint de la clientèle diabétique et prédiabétique –
GMF Saint-Vallier

ANNEXE 5-C :

Suivi de la clientèle sous anticoagulothérapie – GMF Saint-Vallier

Suivi conjoint de la clientèle hypertendue GMF Centre médical Laval

Comité de travail

Josée Couture, inf., B.Sc.
D^{re} Manon Lefebvre, M.D.
D^{re} Sophie Major, M.D.

Janvier 2005

Table des matières

1. Objectifs.....	5
1.1 Objectifs généraux.....	5
1.2 Objectifs spécifiques.....	5
2. Clientèle ciblée.....	5
3. Rôles de chacun des intervenants.....	6
3.1 Rôle du médecin traitant.....	6
3.2 Rôle de l'infirmière du GMF.....	6
4. Processus de référence au suivi infirmier	7
5. Algorithmes de suivi de la clientèle hypertendue	7
5.1 Algorithme de suivi de la clientèle présentant de l'hypertension non diagnostiquée.....	7
5.2 Algorithme de suivi de la clientèle présentant de l'hypertension sous traitement pharmacologique	8
5.3 Demandes ponctuelles individualisées pour la clientèle hypertendue	8
6. Ordonnance collective.....	12
6.1 Professionnels habilités	12
6.2 Catégorie de clientèle et conditions d'initiation	12
6.3 Objet	13
7. Contenu des visites infirmières.....	14
7.1 Suivi de la clientèle présentant de l'hypertension non diagnostiquée.....	14
7.2 Suivi de la clientèle présentant de l'hypertension diagnostiquée.....	17
8. Références	19

1. Objectifs

1.1 Objectifs généraux

- Instaurer un suivi interdisciplinaire de la clientèle hypertendue dans le but d'améliorer la coordination, la continuité des services de la clinique et leur accessibilité.
- Standardiser dans la mesure du possible les pratiques en lien avec le dépistage, le suivi et le traitement de l'hypertension au sein du GMF Centre médical Laval.

1.2 Objectifs spécifiques

- Assurer un suivi standardisé à la clientèle hypertendue basé sur les lignes directrices en vigueur et les données probantes.
- Atteindre les valeurs cibles de la tension artérielle et les maintenir.
- Favoriser l'observance du traitement.
- Favoriser l'autoprise en charge des clients en encourageant la participation de l'individu et de sa famille.
- Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie.

2. Clientèle ciblée

- La personne doit être inscrite au GMF Centre médical Laval.
- La personne est en investigation pour hypertension artérielle (HTA) ou sous traitement.
- Elle doit collaborer et être capable de gérer elle-même sa condition ou de le faire par le biais de sa famille.

3. Rôles de chacun des intervenants

3.1 Rôle du médecin traitant

- Adhère à une pratique préventive en lien avec l'hypertension, en contrôlant la tension artérielle des clients de 21 ans et plus à chacune des visites.
- Assure le suivi médical selon les objectifs de la tension artérielle visée.
- Réfère à l'infirmière du GMF le client qui est atteint ou qui a un risque potentiel de développer de l'hypertension artérielle.
- Communique à l'infirmière du GMF les informations requises, afin de développer un enseignement plus spécialisé et significatif.
- Pose un diagnostic d'hypertension artérielle chez un client dont le suivi avec l'infirmière du GMF démontre de l'HTA selon les normes de la Société québécoise d'hypertension artérielle.
- Précise le traitement et réajuste la médication au besoin.

3.2 Rôle de l'infirmière du GMF

- Adhère à une pratique préventive en lien avec l'hypertension par le contrôle de la tension artérielle à chacune des visites des clients de 21 ans et plus.
- Assure le soutien et la coordination des soins et des services (intervenante pivot) à la clientèle hypertendue qui lui a été référée.
- Établit un programme de suivi de l'HTA en collaboration avec le client et son médecin.
- Élabore un plan de traitement interdisciplinaire en tenant compte des besoins et des attentes du client.
- Vérifie que les examens et les analyses de laboratoire sont faits et que les résultats sont acheminés au médecin traitant.
- S'assure que le suivi médical est fait.
- Informe le médecin traitant de tout résultat hors norme ou de toute complication.

4. Processus de référence au suivi infirmier

Inscription du client au GMF (si non inscrit).



Médecin traitant remplit la feuille de référence au suivi par l'infirmière et la fait suivre aux infirmières du GMF.



Infirmière du GMF entre en contact avec le client référé pour planifier une première rencontre.



Suivi par l'infirmière selon les algorithmes de suivi de la clientèle ou selon la prescription individuelle. À chacune des rencontres, le client prend son prochain rendez-vous auprès de la secrétaire selon l'intervalle de suivi qui a été fixé avec l'infirmière.

5. Algorithmes de suivi de la clientèle hypertendue

5.1 Algorithme de suivi de la clientèle présentant de l'hypertension non diagnostiquée

Précisions concernant l'algorithme

- En tout temps, les clients qui présentent une urgence hypertensive ($TA \geq 180/110$ mmHg) ou les patients qui présentent des symptômes physiques inquiétants seront référés au médecin traitant, si disponible, ou au médecin couvrant le sans rendez-vous.
- Les clients qui présentent une TA modérée ($TA \geq 160-179/100-109$ mmHg) seront suivis toutes les 2 sem par l'infirmière.
- Le suivi infirmier sera en vigueur jusqu'à ce que la TA atteigne les valeurs cibles.
- Un client qui présente une TA sous les valeurs cibles à 2 visites consécutives sera revu par l'infirmière de 3 à 6 mois plus tard pour contrôler sa TA.

5.2 Algorithme de suivi de la clientèle présentant de l'hypertension sous traitement pharmacologique

Précisions concernant l'algorithme

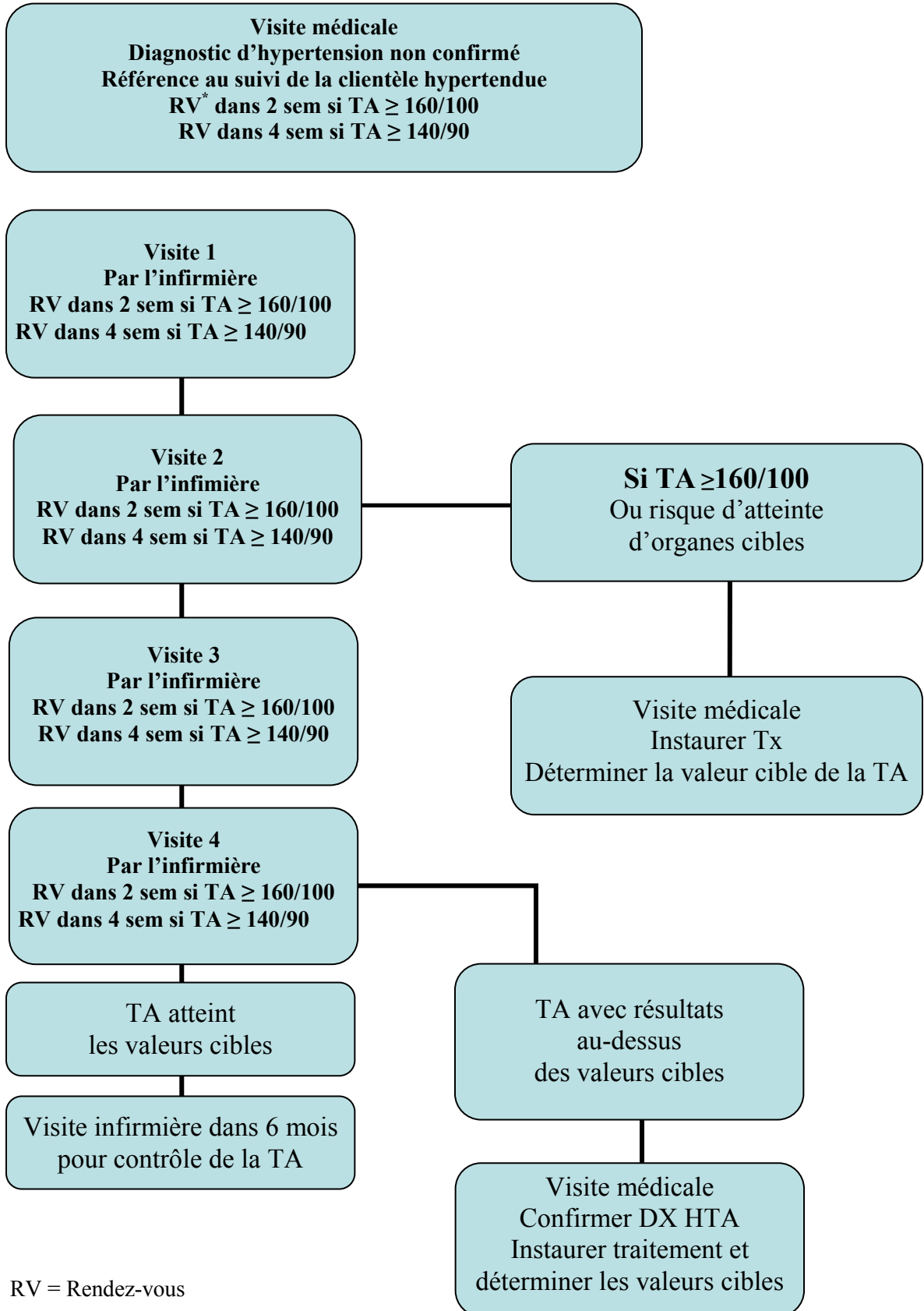
- En tout temps, les clients qui présentent une urgence hypertensive (TA $\geq$ 180/110 mmHg) ou les clients qui présentent des symptômes physiques inquiétants seront référés au médecin traitant si disponible ou au médecin couvrant le sans rendez-vous.
- Les clients qui présentent une TA modérée (TA $\geq$ 160-179/100-109 mmHg) seront suivis toutes les 2 sem par l'infirmière.
- Le suivi infirmier sera en vigueur jusqu'à ce que la TA atteigne les valeurs cibles.
- Un client qui présente une TA sous les valeurs cibles à 2 visites consécutives sera revu par l'infirmière de 3 à 6 mois plus tard pour contrôler sa TA.

5.3 Demandes ponctuelles individualisées pour la clientèle hypertendue

Au besoin, il sera toujours possible au médecin de la clinique de demander la collaboration de l'infirmière pour des interventions ponctuelles, en précisant sur la feuille de référence la nature de sa demande. En voici quelques exemples :

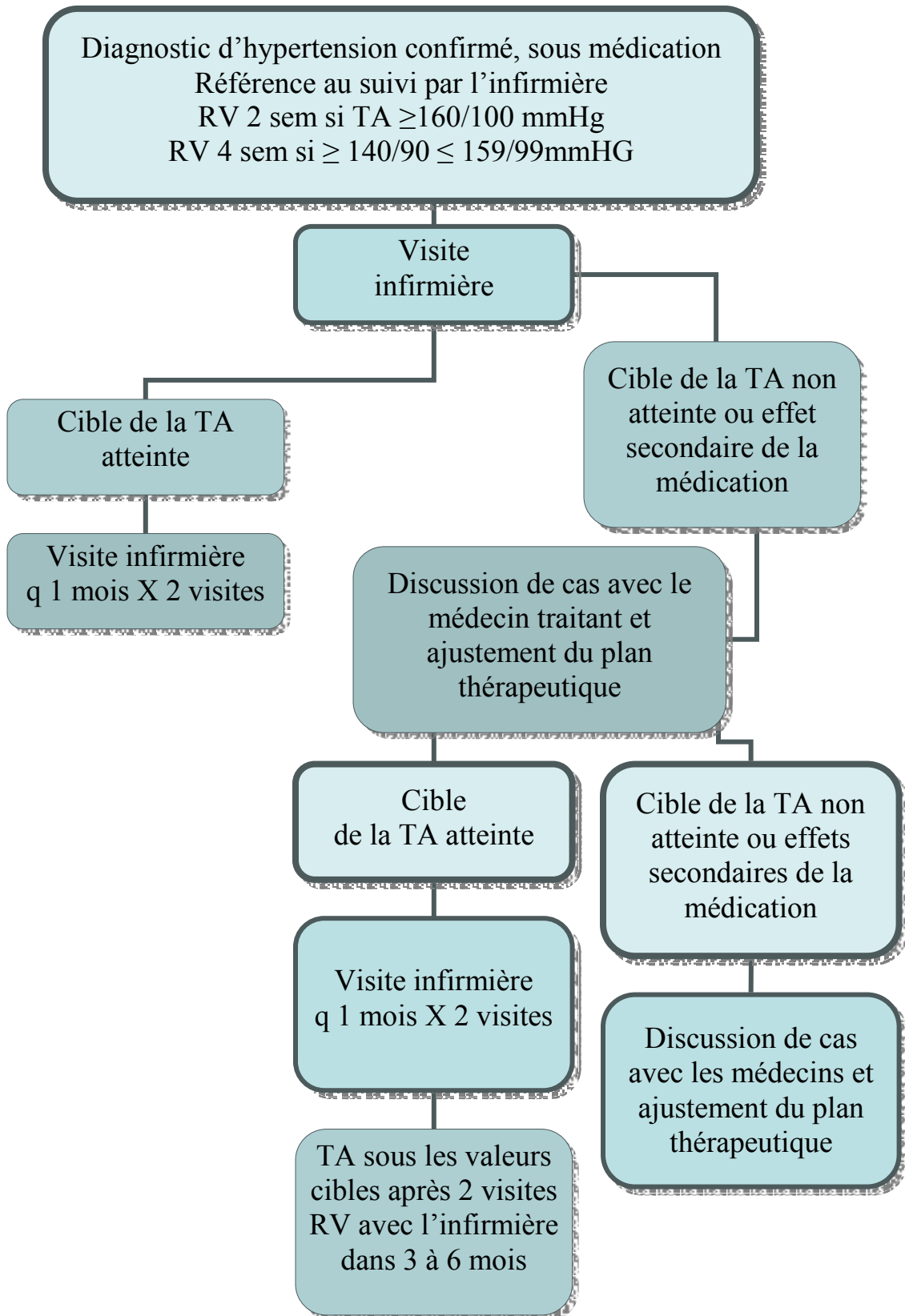
- Mesures non pharmacologiques dans le traitement de l'HTA ;
- Enseignement de l'autosurveillance de la TA ;
- Vérification des appareils personnels ;
- Promouvoir l'observance des stratégies médicamenteuses et autres ;
- Évaluation du risque cardiovasculaire global sur 10 ans et du syndrome métabolique ;
- MAPA et prise de la TA avec appareil BP-TRU ;
- Référence aux ressources antitabac.

Algorithme de suivi de la clientèle d'hypertension non diagnostiquée

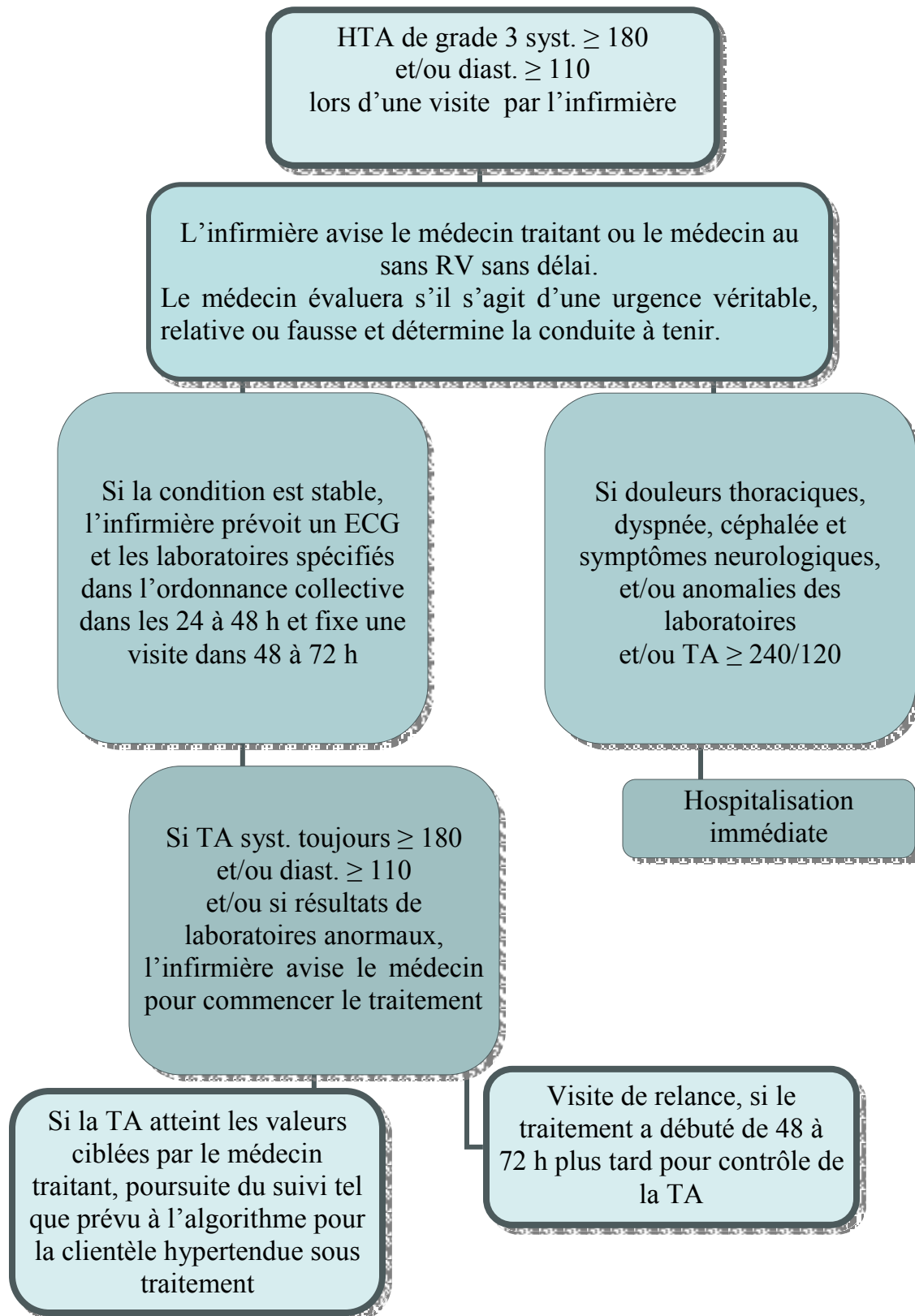


* RV = Rendez-vous

Algorithme de suivi de la clientèle d'hypertension
sous traitement pharmacologique



Algorithme de suivi lors d'une pression artérielle de grade 3



6. Ordonnance collective

Initier des mesures diagnostiques selon une ordonnance dans le cadre du *Suivi de la clientèle hypertendue* au GMF Centre médical Laval.

6.1 Professionnels habilités

Les infirmières habilitées du GMF Centre médical Laval affiliées au CSSS de Laval – CLSC des Mille-Îles.

6.2 Catégorie de clientèle et conditions d'initiation

La clientèle adulte du GMF Centre médical Laval inscrite au *Suivi interdisciplinaire de la clientèle hypertendue* qui présente l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- Si, après les 4 visites prévues avec l'infirmière, l'évaluation de la TA a démontré des résultats au-dessus des valeurs cibles (TA de grade 1) ;
- Si, lors de 2 visites consécutives avec l'infirmière, le client présente une valeur de TA de grade 2 ($\geq 160/100$) ;
- Si TA de grade 3 ($\geq 180/110$) lors d'une visite à l'infirmière ;
- S'il s'agit de clients hypertendus connus avec mauvais contrôle de la TA et qu'ils n'ont pas de bilan au dossier dans la dernière année ;
- La clientèle qui présente une valeur de TA optimale, normale ou normale élevée ;
- La clientèle qui présente une TA de grade 3 ($\geq 180/110$) sera référée immédiatement au médecin et fera l'objet d'une discussion de cas ;
- Les femmes enceintes.

6.3 Objet

L'infirmière planifiera avec le client les analyses de laboratoire identifiées dans la liste ci-jointe ainsi qu'un ECG au repos en vue de la visite du client à son médecin.

Liste des analyses de laboratoire qui devront être demandées

- FSC ;
- Électrolytes ;
- Créatinine ;
- Glycémie à jeun ;
- Bilan lipidique à jeun incluant C-total, C-HDL, C-LDL et triglycérides ;
- Sommaire des urines.

Si patient connu pour des problèmes thyroïdiens et qu'il n'y a pas de dosage de TSH au dossier depuis plus de 3 mois, un dosage de TSH sera ajouté au bilan.

Cette ordonnance collective a été adoptée par les médecins prescripteurs du GMF.

MÉDECINS SIGNATAIRES DE L'ORDONNANCE		
NOMS	N° DE PERMIS	SIGNATURE

Coordonnées des médecins signataires

GMF Centre médical Laval
1110, boul. Vanier
Laval (Québec) H7C 2R8
Tél. : (450) 661-2521

7. Contenu des visites infirmières

7.1 Suivi de la clientèle présentant de l'hypertension non diagnostiquée

Visite 1 par l'infirmière

La première visite consistera surtout à compléter l'évaluation du client et à planifier les objectifs avec lui. Les éléments suivants sont privilégiés pour cette première rencontre :

- L'infirmière procédera, au cours de l'entrevue, à deux prises de la TA ou procédera lorsque le cas le nécessitera (pouls irrégulier, possibilité du syndrome de la blouse blanche) à plusieurs prises de TA, à l'aide de l'appareil BP-TRU, afin d'obtenir une moyenne. Pour la clientèle de 80 ans et plus, la TA assise et debout sera évaluée.
- L'infirmière procède à la collecte de données permettant, entre autres, d'évaluer le risque global de maladie cardiovasculaire à l'aide de la grille de Framingham et des critères de détermination clinique du syndrome métabolique. L'infirmière explore les croyances du client et de sa famille en lien avec l'hypertension. Les informations sont colligées au dossier sur la *Feuille de suivi de la clientèle hypertendue*.
- L'infirmière détermine avec le client, à partir de la collecte de données, les objectifs à atteindre en lien avec ses habitudes de vie et évalue sa motivation, en déterminant le stade comportemental du client en lien avec chacun des éléments à modifier.
- L'infirmière commence l'enseignement au client en lien avec les éléments suivants :
 - ✓ Qu'est-ce que la TA ?
 - ✓ Qu'est-ce que l'hypertension, ses causes et ses conséquences ?
 - ✓ Quels sont les signes et les symptômes de l'hypertension ?
 - ✓ Qu'est-ce que l'hypotension ?
 - ✓ Quels sont les signes et les symptômes de l'hypotension ?
 - ✓ Quels sont les facteurs modifiables et non modifiables qui peuvent influencer la TA ?

Les points discutés avec le client sont colligés sur la *Feuille de suivi de la clientèle hypertendue*.

- L'infirmière convient avec le client du prochain rendez-vous médical ou infirmier selon son évaluation de la condition du client et l'algorithme de suivi.

Visite 2 par l'infirmière

- L'infirmière procédera, au cours de l'entrevue, à deux prises de la TA ou procédera lorsque le cas le nécessitera (pouls irrégulier, possibilité du syndrome de la blouse blanche) à plusieurs prises de la TA, à l'aide de l'appareil BP-TRU, afin d'obtenir une moyenne. Pour la clientèle de 80 ans et plus, la TA assise et debout sera évaluée.
- Si les TA s'avèrent au-dessus des valeurs cibles et ne constituent pas une urgence hypertensive, l'infirmière poursuit l'enseignement et traitera avec le client des modifications qui pourraient être apportées à ses habitudes de vie. Les éléments suivants seront discutés avec le client :
 - ✓ Alimentation, diète DASH, alcool, sel ;
 - ✓ Contrôle du poids, si IMC au-delà de 25, une perte de poids d'environ 4,5 kg est suggérée ;
 - ✓ Activités physiques ;
 - ✓ Gestion du stress ;
 - ✓ Tabagisme (référence aux ressources antitabagiques PRN).

Les points discutés avec le client sont colligés sur la *Feuille de suivi de la clientèle hypertendue*.

- L'infirmière convient avec le client du prochain rendez-vous médical ou infirmier selon son évaluation de la condition du client et l'algorithme de suivi. L'infirmière appliquera l'ordonnance collective lui permettant d'initier des mesures diagnostiques et planifiera les prélèvements et ECG requis pour la clientèle visée par l'ordonnance collective.

Visite 3 par l'infirmière

- L'infirmière procédera, au cours de l'entrevue, à deux prises de la TA ou procédera lorsque le cas le nécessitera (pouls irrégulier, possibilité du syndrome de la blouse blanche) à plusieurs prises de la TA, à l'aide de l'appareil BP-TRU, afin d'obtenir une moyenne. Pour la clientèle de 80 ans et plus, la TA assise et debout sera évaluée.
- Réévaluation du poids, de l'IMC et du tour de taille.
- L'infirmière fait un retour ou complète les enseignements des visites 1 et 2.
- L'infirmière évalue et félicite le client en encourageant ses changements de comportement.
- L'infirmière convient avec le client du prochain rendez-vous médical ou infirmier selon son évaluation de la condition du client et l'algorithme de suivi.

Visite 4 par l'infirmière

- L'infirmière procédera, au cours de l'entrevue, à deux prises de la TA ou procédera lorsque le cas le nécessitera (pouls irrégulier, possibilité du syndrome de la blouse blanche) à plusieurs prises de la TA, à l'aide de l'appareil BP-TRU, afin d'obtenir une moyenne. Pour la clientèle de 80 ans et plus, la TA assise et debout sera évaluée.
- L'infirmière évalue les acquis et répond aux questions du client.
- L'infirmière prévoit la prochaine rencontre avec le médecin, si la TA est au-delà des valeurs cibles selon l'algorithme de suivi. L'infirmière appliquera l'ordonnance collective lui permettant d'initier des mesures diagnostiques et planifiera les prélèvements et ECG requis pour la clientèle visée par l'ordonnance collective.
- Si les TA sont dans les limites normales, l'infirmière prévoit une visite avec le client pour contrôler la TA dans 6 mois. Si la TA est normale, le suivi sera fait annuellement lors de la visite médicale.

7. 2 Suivi de la clientèle présentant de l'hypertension diagnostiquée

Contenu des visites par l'infirmière

L'infirmière ajustera le contenu des visites, selon le cas, s'il s'agit d'un client ayant déjà fait l'objet d'un suivi infirmier avant le diagnostic d'hypertension ou non. S'il s'agit d'un nouveau patient, l'infirmière reprendra au cours des deux premières visites le contenu des visites 1 et 2 en s'ajustant à sa clientèle.

Nous traiterons donc des visites infirmières qui suivront le diagnostic en les numérotant de 5 à 7 pour bien représenter le continuum de soins.

Visite 5 par l'infirmière

- L'infirmière procédera, au cours de l'entrevue, à deux prises de la TA ou procédera lorsque le cas le nécessitera (pouls irrégulier, possibilité du syndrome de la blouse blanche) à plusieurs prises de la TA, à l'aide de l'appareil BP-TRU, afin d'obtenir une moyenne. Pour la clientèle de 80 ans et plus, la TA assise et debout sera évaluée.
- L'infirmière évalue l'observance du traitement médicamenteux et les effets secondaires de la médication.
- L'infirmière commence l'enseignement en lien avec la médication et l'autosurveillance de la TA. Elle discutera des éléments suivants avec le patient :
 - ✓ Rôle et effets des antihypertenseurs, mode d'action, horaire et conseils d'usage ;
 - ✓ Interactions possibles de certains produits naturels avec la médication ;
 - ✓ Autosurveillance de la TA.
- L'infirmière prévoit la prochaine rencontre tel que spécifié à l'algorithme, selon que la TA cible est atteinte ou non et/ou selon la conduite convenue avec le médecin traitant. Le médecin indiquera dans sa conduite les bilans sanguins à effectuer, et l'infirmière planifiera les prélèvements avec le client.

Visites 6 et 7 par l'infirmière

- L'infirmière procédera, au cours de l'entrevue, à deux prises de la TA ou procédera lorsque le cas le nécessitera (pouls irrégulier, possibilité du syndrome de la blouse blanche) à plusieurs prises de la TA, à l'aide de l'appareil BP-TRU, afin d'obtenir une moyenne. Pour la clientèle de 80 ans et plus, la TA assise et debout sera évaluée.
- L'infirmière évalue l'observance du traitement médicamenteux et les effets secondaires de la médication.
- L'infirmière évalue les changements dans les habitudes de vie.
- L'infirmière évalue les acquis en lien avec les enseignements faits au cours des visites antérieures.
- L'infirmière poursuit l'enseignement en lien avec la médication et l'autosurveillance de la TA.
- L'infirmière prévoit la prochaine rencontre tel que spécifié à l'algorithme, selon que la TA cible est atteinte ou non et/ou selon la conduite convenue avec le médecin traitant. Le médecin indiquera dans sa conduite les bilans sanguins à effectuer, et l'infirmière planifiera les prélèvements avec le client.

Visites supplémentaires

- L'infirmière poursuivra les visites jusqu'à ce que le client atteigne les valeurs cibles.

8. Références

ACTI-MENU, [www.actimenu.ca/am/public/public_voir_01.htm].

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*, 2003, [<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206>].

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Les produits de santé naturels, Pour mieux conseiller vos patients*, Document de référence, oct. 2004, 23 p.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR. *Les nouvelles lignes directrices canadiennes sur l'hypertension*, 2004, [www.fmcoeur.ca].

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR, [<http://www.heartandstroke.ca>].

GMF DE L'ASSOMPTION. *Protocole hypertension artérielle*, juin 2004.

GMF DE LORRAINE. *Protocole hypertension*, juill. 2004.

GMF MRC DESJARDINS. *Protocole de suivi pour l'hypertension*, mars 2003.

GMF-SALABERRY DE VALLEYFIELD. *Protocole de suivi de l'hypertension*, oct. 2004.

L'INFIRMIÈRE VIRTUELLE. *L'hypertension artérielle*, [[HTTP://WWW.INFIRMIERE.NET/NOUVEAU_INFVIR/CONTENU/SANTÉ_/FACTEUR_RISQUE/HYPERTENSION](http://WWW.INFIRMIERE.NET/NOUVEAU_INFVIR/CONTENU/SANTÉ_/FACTEUR_RISQUE/HYPERTENSION)].

PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA, [<http://adeliose.free.fr/download/brochures/sain>].

PROGRAMME ÉDUCATIF CANADIEN SUR L'HYPERTENSION (PECH). *Les recommandations 2004*, [www.chs.md].

SANTÉ CANADA, unité de l'activité physique. *Guide d'activité physique pour les aînés*, [<http://phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/aines/index.html>].

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPERTENSION, [www.hypertension.ca].

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (2^e éd.). *Hypertension artérielle, Guide thérapeutique*, 2002, 229 p.

SUIVI CONJOINT DE LA CLIENTÈLE DIABÉTIQUE ET PRÉDIABÉTIQUE

GMF Saint-Vallier

Document préparé par

Christine Laliberté, inf., B. Sc.

Élaine Dumoulin, inf.

D^r André Fréchette

D^{re} Valérie Oudar

06 juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

Page

1.	OBJECTIFS	7
1.1	Objectif général	7
1.2	Objectifs spécifiques	7
2.	CLIENTÈLE CIBLE	7
3.	RÔLE DES INTERVENANTS	7
3.1	Rôle du médecin de famille	7
3.2	Rôle de l'infirmière	8
4.	CONTENU DES VISITES	8
4.1	Visite médicale initiale	8
4.2	Fréquence des visites lors du suivi conjoint	9
4.3	Visites infirmières	9
4.3.1	Visites de groupe	9
4.3.2	Visites individuelles	11
4.3.3	Référence vers d'autres ressources professionnelles	13
5.	ORDONNANCES COLLECTIVES	14
5.1	Dépistage du diabète et du prédiabète — Hyperglycémie provoquée orale (HGPO)	14
5.2	Ajustement des antihyperglycémiantes oraux	20
5.2.1	Algorithme pour l'ajustement de la dose de Glucophage® (metformine)	22
5.2.2	Algorithme pour l'ajustement de la dose de Diabeta® (glyburide)	23
5.2.3	Algorithme pour l'ajustement de la dose d'Avandia® (rosiglitazone)	24
	RÉFÉRENCES	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Facteurs de risque lors du dépistage du diabète	17
Tableau II : Diagnostic du diabète	18
Tableau III : Niveau de contrôle glycémique recommandé pour tout patient en suivi conjoint, diabétique ou prédiabétique	19
Tableau IV : Information sur les antihyperglycémiants oraux	25

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Enseignement lors de l'hyperglycémie provoquée orale	29
Annexe B : Enseignement prioritaire — Diabète	30
Annexe C : Enseignement de groupe — Diabète	32
Annexe D : Collecte de données	34
Annexe E : Visites de suivi — Diabète	36
Annexe F : Dépistage des maladies artérielles périphériques Indice tibio-brachial (Doppler)	38
Annexe G : Suivi téléphonique des glycémies	39

1. OBJECTIFS

1.1 Objectif général

- ◆ Assurer un suivi conjoint avec l'équipe médicale dans le but d'optimiser et d'uniformiser la prise en charge de la clientèle diabétique et prédiabétique dans les meilleurs délais selon les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète.

1.2 Objectifs spécifiques

- ◆ Responsabiliser le patient par rapport à son état de santé et aux soins requis ;
- ◆ Optimiser la fidélité aux traitements pharmacologique et non pharmacologique ;
- ◆ Évaluer la capacité du patient et de sa famille à effectuer les autosoins dont il a besoin et lui prodiguer l'enseignement nécessaire à la prise en charge de sa santé ;
- ◆ Guider et motiver le patient vers l'atteinte de saines habitudes de vie en l'aidant à trouver des stratégies et des moyens pour y parvenir.

2. CLIENTÈLE CIBLE

- ◆ Tout patient inscrit au GMF Saint-Vallier.
- ◆ Tout patient en période d'investigation ou qui a été diagnostiqué diabétique ou prédiabétique.

3. RÔLE DES INTERVENANTS

3.1 Rôle du médecin de famille

- ◆ Évalue l'état de santé physique et mentale et dépiste les problèmes de santé physiques et psychosociaux ;
- ◆ Informe le patient du diagnostic et du plan de traitement médical ;
- ◆ Réfère le patient aux infirmières par le biais d'une :
 1. Référence téléphonique avec note au dossier ou
 2. Ordonnance médicale individuelle.
- ◆ Achemine toute information pertinente à l'infirmière ;
- ◆ Réévalue et réoriente le traitement au besoin et/ou 1 fois/année.

3.2 Rôle de l'infirmière

- ◆ Évalue l'état de santé physique et mentale et dépiste les problèmes de santé physiques et psychosociaux ;
- ◆ Effectue le dépistage du diabète au moyen de l'hyperglycémie provoquée orale (HGPO), selon ordonnance collective (p. 14) ;
- ◆ Élabore un programme d'enseignement et de suivi adapté à la condition du patient ;
- ◆ Participe à l'élaboration du plan de traitement ;
- ◆ Effectue l'ajustement de la médication selon l'ordonnance médicale individuelle et collective (p. 20) ;
- ◆ Dirige le patient vers les ressources professionnelles pouvant lui venir en aide ;
- ◆ Communique toute détérioration de l'état de santé du patient au médecin de famille.

4. CONTENU DES VISITES

4.1 Visite médicale initiale

Le patient est vu, en premier lieu, par le médecin traitant pour une visite initiale. Les analyses de laboratoire nécessaires au diagnostic et au suivi sont alors demandées, si nécessaire. Le médecin réfère ensuite le patient.

Si un diagnostic est déjà établi, le médecin réfère le patient pour le suivi conjoint, sinon, il le réfère pour une HGPO tout en le préparant à l'éventualité d'un résultat positif. À la suite de l'HGPO, l'infirmière transmet le résultat du test au patient, puis assure le suivi infirmier.

On trouvera au tableau I (p. 17) les facteurs de risque à prendre en considération lors du dépistage du diabète et au tableau II (p. 18), les valeurs de référence servant à établir le diagnostic du diabète.

4.2 Fréquence des visites lors du suivi conjoint

En période d'instabilité (nouvelle prise en charge ou glycémie qui se situe à l'extérieur des cibles recommandées de 4 à 7 mmol/L) : chaque mois, en alternance médecin-infirmière ou plus fréquemment, selon la demande du médecin traitant ou le jugement de l'infirmière.

Un suivi téléphonique des glycémies peut remplacer de fréquentes visites.

En période de stabilité : tous les 2 à 6 mois, en alternance médecin-infirmière ou plus fréquemment selon la demande du médecin traitant ou le jugement de l'infirmière.

4.3 Visites infirmières

4.3.1 Visites de groupe

- a) **HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE ORALE (HGPO)**
(voir annexe A, p. 29)

Procédure

Glycémie AC, glycémie 2 h post 75 g de glucose

Nombre de patients : 2 à 8 patients selon la demande

Pendant la période d'attente de 2 h, nous procédons à un enseignement sommaire :

- Information sur la prise en charge effectuée au GMF Saint-Vallier ;
- Initiation au diabète — définition et processus physiopathologique ;
- Discussion au sujet des facteurs de risque ;
- Enseignement du guide alimentaire canadien (GAC) ;
- Mesure des portions en fonction de la grandeur des mains des patients ;
- Mesure des portions selon leur assiette ;
- Initiation à l'activité physique en évaluant, au préalable, l'aptitude à l'activité physique par le biais des questionnaires Q-AAP et X-AAP de la Société canadienne de physiologie de l'exercice ;
- Initiation au lecteur de glycémie (enseignement avec présentation PowerPoint préparé par les infirmières du GMF : **SANG TOI !**).

Procédure pour les diabétiques et les prédiabétiques

- Remise d'un lecteur de glycémie de leur choix
- RV* — 1^{er} suivi conjoint (sera déterminé de sorte qu'il y ait au moins 1 mois entre les visites au médecin et à l'infirmière)
- RV — enseignement de groupe
- RV — nutritionniste

Dépistage fait selon les lignes directrices 2003 de l'Association canadienne du diabète avec adaptation au fonctionnement tel que déterminé au GMF Saint-Vallier et niveau de contrôle glycémique recommandé (voir tableau III, p. 19).

b) **ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE**
(voir annexe B, p. 30)

Délai : Moins de 1 mois

Durée : 45 à 60 min

Nombre de patients : 1 à 4

Clientèle visée : patient qui a reçu un diagnostic de diabète ou de prédiabète récent ou de longue date

Contenu

- Information sur la prise en charge effectuée au GMF Saint-Vallier ;
- Initiation au diabète — définition et processus physiopathologique ;
- Selon le cas, enseignement sur la médication du patient et l'hypoglycémie ;
- Remise d'un lecteur de glycémie de son choix et enseignement (s'il ne l'a pas déjà) ;
- Vérification de la technique si le patient possède déjà un appareil et vérification de l'appareil, soit le fonctionnement et la calibration ;
- Validation des connaissances du patient insulino-dépendant.

Le contenu de cette visite peut varier selon le jugement de l'infirmière en fonction de chaque individu rencontré et selon le délai d'attente pour le prochain enseignement de groupe ou pour le 1^{er} suivi conjoint.

* RV = rendez-vous

c) **ENSEIGNEMENT DE GROUPE**

Délai : le plus tôt possible à la suite de l'annonce du diagnostic

Durée : 3 h 30

Nombre de patients : 3 à 8 selon la demande (accompagnés ou non)

Matériel : Enseignement (PowerPoint) préparé par les infirmières du GMF Saint-Vallier : Diabète, un mode de vie sain !

Contenu et matériel remis (voir annexe C, p. 32)

4.3.2 Visites individuelles

a) **CONTENU DE LA 1^{re} VISITE**

Durée : 60 min

- Remplir le questionnaire : Collecte de données — Diabète (voir annexe D, p. 34) ;
- Évaluer le degré d'adaptation du patient à son nouveau diagnostic. État émotionnel : choc, tristesse, colère, marchandage, adaptation ;
- Évaluer l'étape de participation du patient à son traitement non pharmacologique ou pharmacologique (Prochaska) ;
- Adapter le suivi en fonction de l'évaluation faite selon les deux points cités précédemment ;
- Évaluer les facteurs de risque — Échelle de Framingham vs syndrome métabolique ;
- Aider le patient à se familiariser avec son lecteur de glycémie et répondre à ses questions ;
- Remplir les grilles suivantes : visites de suivi — Diabète (voir annexe E, p. 36)

b) **CONTENU DES VISITES SUBSÉQUENTES**

Durée : 30 à 45 min

- Évaluer de façon globale l'état de santé physique et/ou mentale du patient. L'évaluation ne se limite pas exclusivement au diabète. Référer le patient au médecin, si nécessaire. Évaluation non dirigée, selon les besoins exprimés par le patient ;
- Évaluer les paramètres suivants : SV (TA — pouls), poids, grandeur, IMC, tour de taille ;

- Évaluer les glycémies (moyennes) ;
- Analyser les résultats en compagnie du patient dans le but de le sensibiliser et de l'aider à comprendre le lien entre ses résultats, ses choix alimentaires et son niveau d'activité physique (Abordons Défi Santé 0-5-30) ;
- Renforcer les notions acquises lors des divers enseignements
- Aider le patient à se fixer des objectifs réalistes en fonction de son état de santé et de son âge.

c) AUTRES SUJETS À ÉVALUER AU COURS DES VISITES

- Dépistage des maladies artérielles périphériques : Indice tibio-brachial (Doppler) (voir annexe F, p. 38) ;
- Dépistage de neuropathie : monofilament ;
- Évaluation des pieds ;
- Suivi des plaies : intervention préventive prioritairement ;
- Autres sujets selon évaluation :
 - HTA, dyslipidémie
 - MPOC, asthme
 - Insuffisance cardiaque
 - Évaluation cognitive
- Vaccination (Fluviral® et Pneumovax®) en cours de suivi ;

Les divers sujets seront couverts selon les besoins du patient ou la priorité déterminée par le médecin et/ou l'infirmière selon le cas.

d) SUIVIS TÉLÉPHONIQUES DES GLYCÉMIES
(voir annexe G, p. 39)

Clientèle visée

- Patient sous insulinothérapie vs mauvais contrôle des glycémies
- Hypoglycémies documentées
- Hyperglycémies vs modification de la posologie médicamenteuse

Procédure

- Appels faits tous les lundis ou 2 fois par semaine (lundi et jeudi) selon décision médecin-infirmière ;
- Se référer à l'ordonnance collective « Ajustement des antihyperglycémiants oraux » (voir p. 20).

4.3.3 Référence vers d'autres ressources professionnelles

a) **NUTRITIONNISTE**

- ▣ Tous les patients prédiabétiques et diabétiques inscrits au GMF dans le cadre d'un suivi seront référés à la nutritionniste du GMF.
- ▣ Les patients qui possèdent des assurances privées seront dirigés vers une nutritionniste en cabinet privé.
- ▣ Les patients qui désirent adhérer au Traité Santé verront la nutritionniste du programme et seront référés à l'infirmière responsable.

b) **KINÉSIOLOGUE**

- ▣ Les patients qui désirent adhérer à un programme d'activité physique seront référés au Traité Santé ou au Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) de l'Hôpital Laval.

5. ORDONNANCES COLLECTIVES

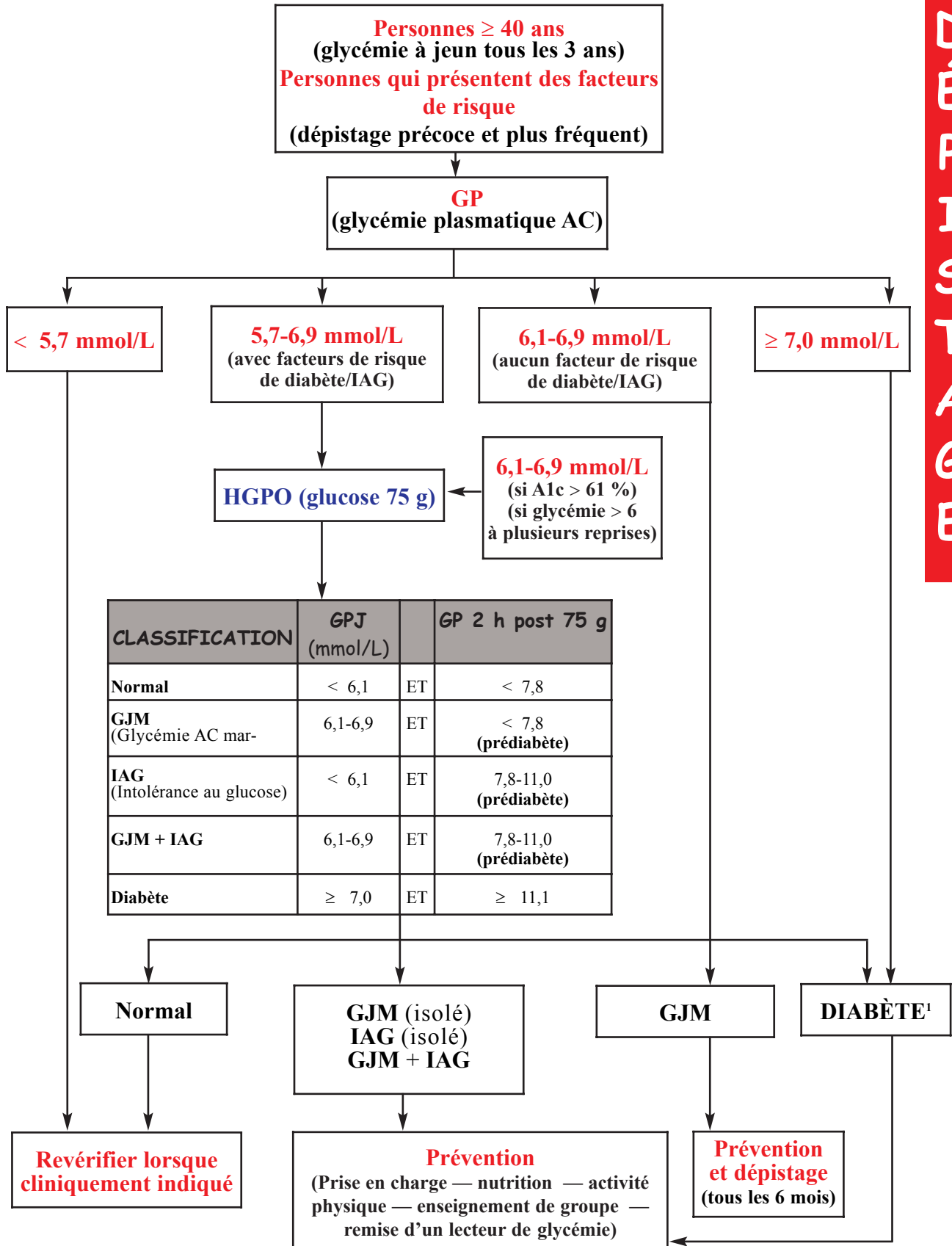
5.1 Dépistage du diabète et du prédiabète — Hyperglycémie provoquée orale (HGPO)

Date de mise en vigueur : 2003-04-15	Date de révision : 2005-06-06
--	---

Professionnels habilités :	Infirmières nommées pour travailler au GMF Saint-Vallier qui ont reçu une formation en diabétologie.
Catégorie de clientèle :	Tout patient inscrit au GMF Saint-Vallier.
Indication :	Patient qui présente des facteurs de risque, selon l'algorithme décisionnel (voir p. 15)
Intention thérapeutique :	Dépister les diabétiques et les prédiabétiques.
Condition d'initiation :	Le médecin réfère le patient au moyen d'une ordonnance individuelle ou l'infirmière initie la procédure si elle voit que le patient satisfait aux critères de dépistage (voir p. 15). Elle en informe le médecin par la suite.
Contre-indications :	Patients diabétiques de type 1. Femmes enceintes.
Référence au médecin :	Tous les résultats seront transmis au médecin traitant.

Algorithme décisionnel

DÉPISTAGE



¹ Une épreuve doit être faite un autre jour à moins d'une preuve sans équivoque d'hyperglycémie + décompensation métabolique aiguë.

Note : Algorithme de dépistage et de diagnostic du diabète, d'après l'Association canadienne du diabète. *Clinical Practice Guidelines Expert Committee*, 2003, qui fut adapté par les médecins au besoin du GMF Saint-Vallier.

Processus d'élaboration :

Christine Laliberté, inf., B. Sc.

Élaine Dumoulin, inf.

D^{re} Valérie Oudar

Date : 2005-06-06

Validé par la directrice des soins infirmiers :

Signature : _____

Date : _____

Approuvé par les médecins signataires de l'ordonnance collective :

Nom, prénom	N° permis	Signature	Date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Coordonnées des médecins signataires

GMF Saint-Vallier
205, rue Montmagny, bureau 201
Québec (Québec)
G1N 4V3
Tél.: (418) 688-0872

TABLEAU I : Facteurs de risque lors du dépistage du diabète

⇒	40 ans et plus
⇒	Parent du 1 ^{er} degré diabétique
⇒	Population à haut risque ²
⇒	Antécédent d'IAG ³ ou de GJM ⁴
⇒	Présence de complications
⇒	Vasculopathie
⇒	HTA
⇒	Dyslipidémie
⇒	Obésité abdominale
⇒	Excès de poids
⇒	Polykystose ovarienne
⇒	Acanthosis nigricans
⇒	Schizophrénie

² Autochtone — Hispanique — Asiatique (Sud - Asiatique) — Africaine.

³ IAG : Intolérance au glucose.

⁴ GJM : Glycémie à jeun marginale.

Référence :

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Diabetes in Canada*, 2003, p. S12.

TABLEAU II : Diagnostic du diabète

$GPJ^5 \geq 7,0 \text{ mmol/L}$	
ou	
$GP \text{ aléatoire}^6 \geq 11,1 \text{ mmol/L}$	
(avec symptômes de diabète ⁷)	
ou	
$HGPO \geq 11,1 \text{ mmol/L}$	
(2 h post 75 g de glucose)	
⁵ GPJ :	Glycémie plasmatique à jeun (8 h)
⁶ GP aléatoire :	Glycémie à tout moment de la journée
⁷ Symptômes classiques du diabète :	polyurie — polyphagie — polydipsie — perte de poids inexpliquée

Note : Une épreuve doit être faite un autre jour à moins d'une preuve sans équivoque d'hyperglycémie + décompensation métabolique aiguë.

Référence :

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. Clinical Practice Guidelines for the Management of Diabetes in Canada, 2003, p. S9.

TABLEAU III : Niveau de contrôle glycémique recommandé pour tout patient en suivi conjoint, diabétique ou prédiabétique

Diabète type 1 ou type 2	Valeur d'A1c (%)	GPJ/GP préprandiale (mmol/L)	Glycémie 2 h p.c. (mmol/L)
Valeurs cibles (la plupart des patients)	$\leq 7,0$	4,0-7,0	5,0-10,0
Échelle normale (si elle peut être atteinte sans risque)	$\leq 6,0$	4,0-6,0	5,0-8,0



Diabète type 1	Diabète type 2
Glycémie au moins 3 fois/jour	Glycémie 2 fois/jour, à jeun et avant les repas

- . Vérifications plus fréquentes lors de changements dans la diète, l'activité physique et/ou la médication.
- . Les tests sont plus importants avant, pendant et durant plusieurs heures après l'activité physique.
- . Initialement (diabète type 2), 2 glycémies/jour avant les repas ou au coucher. Lorsque les glycémies sont entre 4 et 6,9 mmol/L et A1c < 7 %, 1 glycémie/jour pourrait être envisagée et mesurée à divers moments de la journée. Par la suite, on vérifiera les glycémies 2 h p.c., c'est-à-dire que le client mesurera les glycémies 2 h après les repas pendant 2 sem.

En période de stabilité, les fréquences de contrôle seront les suivantes :

Si aucune médication : 2 à 4 contrôles/sem

Si antihyperglycémiants oraux : au moins 4 contrôles/sem

Référence : GAGNÉ, H., coordonnatrice à la Clinique du diabète, Hôpital Laval. Enseignement prioritaire du diabète, destiné aux infirmières, Formation 2004.

5.2 Ajustement des antihyperglycémiants oraux

Date de mise en vigueur : 2005-05-16	Date de révision : 2005-06-06
---	----------------------------------

**Professionnels
habilités :**

Infirmières nommées pour travailler au GMF Saint-Vallier qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF.

**Catégorie de
clientèle :**

Patient qui prend des antihyperglycémiants oraux, qui est inscrit au GMF Saint-Vallier et qui a une ordonnance individuelle comportant les éléments suivants :

- l'inscription de l'usager au GMF ;
- l'identification de l'usager (nom et numéro de dossier) ;
- le résultat glycémique visé ;
- antihyperglycémiant(s) en cours ;
- la posologie utilisée au moment de l'inscription ;
- particularités.

Indication :

Optimiser le traitement d'antihyperglycémiants oraux dans les meilleurs délais possibles selon les recommandations de l'Association canadienne du diabète (lignes directrices de 2003).

**Intention
thérapeutique :**

Atteindre la cible glycémique visée, soit de 4 à 7 mmol/L ou selon l'objectif visé par le médecin traitant.

Contre-indication :

Femmes enceintes.

Condition d'initiation :

Le médecin de famille a déjà initié un ou des antihyperglycémiants oraux.

**Références
au médecin :**

Quand la dose maximale est atteinte sans que l'index glycémique visé soit atteint.
Lorsque le patient ne peut tolérer la médication (voir tableau IV, p. 25, sur les effets secondaires spécifiques à chacune des molécules).
Si présence de ≥ 3 hypoglycémies dans une semaine.
Lorsque 80 % des glycémies se situent dans la cible visée, il faut aviser le médecin de la fin du suivi téléphonique.

Directives :

Modifier une seule molécule à la fois.

Dans l'ordre, corriger :

- les hypoglycémies ;
- les hyperglycémies.

Lors d'hyperglycémies matinales, vérifier s'il y a des hypoglycémies nocturnes.

En présence d'hyperglycémies à toutes les périodes de la journée (déjeuner, dîner, souper, coucher), privilégier la correction de la glycémie du matin.

Fréquence des contrôles en période d'ajustement de la médication : 2 à 4 contrôles par jour, ou plus selon les besoins.

5.2.1 Algorithme pour l'ajustement de la dose de Glucophage (metformine)

BIGUANIDES**GLUCOPHAGE (Metformine)**

Dosage de départ	Titrage	Commentaires
☐ 250 mg ID	250 mg BID	Augmenter la médication une fois par semaine jusqu'à l'atteinte de la cible visée ou plus lentement selon la tolérance du patient.
☐ 250 mg BID	500 mg BID	
☐ 500 mg BID	500 mg TID	
Demander au médecin s'il désire poursuivre l'augmentation du Glucophage ou s'il désire combiner une nouvelle molécule.		
☐ 500 mg TID	850 mg TID	

5.2.2 Algorithme pour l'ajustement de la dose de Diabeta (glyburide)

SULFONYLURÉE**DIABETA (glyburide)**

Dosage de départ	Fréquence	Moment de la journée	Commentaires
☐ 2,5 mg	ID	Déjeuner	TITRAGE Augmenter de 2,5 mg par semaine au déjeuner ou au souper selon les résultats. Si présence d'hypoglycémie, diminuer de 2,5 mg par semaine (voir note plus bas). Dose maximale : 10 mg le matin et 10 mg au souper.
☐ 2,5 mg	ID	Souper	
☐ 2,5 mg	BID	Déjeuner — Souper	

Note : Augmenter le matin si glycémie dîner et souper > 7,0 mmol/L ;
 au souper, si glycémie hs et au lever > 7,0 mmol/L.
 Diminuer de la même façon, si hypoglycémies.

5.2.3 Algorithme pour l'ajustement de la dose d'Avandia (rosiglitazone)

THIAZOLIDINEDIONE**AVANDIA** (rosiglitazone)

Dosage de départ	Fréquence	Commentaires	
☐ 2 mg	ID	Augmenter après 4 sem à 4 mg Augmenter après 4 sem à 8 mg	
☐ 4 mg	ID	Augmenter après 8 sem à 8 mg Dose peut être répartie en 8 mg ID ou en 4 mg BID	

Risque d'hypoglycémies si combiné avec une sulfonylurée. Donc, si hypoglycémies, diminuer la sulfonylurée.

Peut induire un œdème léger et une rétention liquidienne, donc peser 2 fois/sem pendant 2 sem et aviser le médecin si gain de poids > 2 kg, œdème ou dyspnée inhabituelle.

TABLEAU IV : Information sur les antihyperglycémiants oraux

MÉDICATION	GLUCOPHAGE (METFORMINE)	DIABETA (GLYBURIDE)	AVANDIA (ROSIGLITAZONE)
Classe	Biguanides	Sulfonylurée	Thiazolidinedione
Début d'action	Quelques jours à 1 sem	2 à 4 h	3 sem
Durée d'action	8 h	10 à 12 h	24 h
Concentration	500 et 850 mg	2,5 et 5 mg	2, 4 et 8 mg
Dose maximale	2500 mg/jour	20 mg/jour	8 mg/jour
Métabolisme Métabolites Élimination	Rénale sous forme inchangée	Hépatique (100 %) Actifs Rénale (50 %) Biliaire (50 %)	Hépatique Inactifs Rénale (64 %)
Mécanisme d'action	Normoglycémiant ↓ production hépatique de glucose ↑ utilisation du glucose par les muscles ↓ triglycérides et cholestérol total ↓ oxydation des acides gras ↓ insulino-résistance	Insulinosécréteur stimule la libération d'insuline pré- formée par le pancréas ↓ production hépa- tique de glucose	Normoglycémiant ↑ sensibilité à l'insuline des cellules : musculaires, adipeuses, hépatiques ↑ utilisation du glucose par les muscles ↓ la demande en insuline par le pancréas ↓ la quantité d'insuline endogène et exogène nécessaire ↓ néoglucogénèse hépati- que ↓ insulino-résistance ↓ triglycérides, ↑ HDL
Effets secondaires	• diarrhée, nausées, inconfort abdominal (20 à 30 % des cas) • 4 % ne pourront le tolérer • goût métallique dans la bouche • acidose lactique (1/33 000) Voir section « Autres » p. 26	• hypoglycémies • troubles digestifs, brûlures d'estomac (1 à 3 %) • risque d'allergie croisée aux sulfa • rash cutané au soleil	• rétention liquidienne • prise de poids
Contre-indications	Insuffisance rénale	Insuffisances hépa- tique et rénale	Insuffisances hépatique et rénale Insuffisance cardiaque (stades 3 et 4)

MÉDICATION	GLUCOPHAGE (METFORMINE)	DIABETA (GLYBURIDE)	AVANDIA (ROSIGLITAZONE)
Précautions	Insuffisance rénale, hépatique, cardiaque, alcoolisme, infection active (grippe, fièvre), déshydratation (risque d'acidose lactique). Cesser 48 h avant une chirurgie ou si utilisation d'un agent de contraste iodé. Reprise d'ovulation (attention femmes pré-ménopausées). Améliore la fonction ovulatoire chez les patientes ayant des ovaires polykystiques, d'où reprise possible de l'ovulation. Évaluer les besoins de contraception	Risque d'allergie croisée aux sulfa	Reprise d'ovulation (attention femmes pré-ménopausées). Améliore la fonction ovulatoire chez les patientes ayant des ovaires polykystiques, d'où reprise possible de l'ovulation (contraception). Effet total : 10 à 12 sem Hémodilution après 2 mois de traitement (↓ Hb, Ht)
Autres	Perte de poids possible dans les premiers temps ↓ mortalité chez les obèses Acidose lactique : (urgence médicale) Fatigue, grande faiblesse, somnolence inhabituelle, myalgie inhabituelle, dyspnée, troubles gastriques inhabituels, sensation de froid, étourdissements, arythmies cardiaques.	Meilleure réponse : • patient < 40 ans • diagnostic de diabète < 5 ans • glycémies préprandiales < 16 mmol/L Sur 1 an, 5 à 10 % des patients ne répondent plus. En échec thérapeutique, changer de classe. Effet plateau à 50 % de la dose	Efficace chez 70 à 80 % des patients. Si inefficace = insuffisance d'insuline. Cesser s'il n'y a pas d'amélioration de A1c et des glycémies après 3 mois.
Analyses de laboratoire avant le début du traitement	Calculer la clairance de la créatinine Doit être > 30 ml/min	Calculer la clairance de la créatinine Doit être > 50 ml/min	Bilan hépatique (AST-ALT)
Analyses de laboratoire en cours de traitement			AST-ALT : 2 mois et 6 mois après le début du traitement

Référence : GIRARD, M.-J. Pharmacothérapie 1, Traitement pharmacologique du diabète, cours par correspondance, UQAT.

**Adhésion à l'ordonnance collective pour l'ajustement
des antihyperglycémiants oraux**

Nom : _____ N° de dossier : _____

Cible glycémique visée :

☐ 4,0 à 7,0 mmol/L

☐ Autre : de _____ à _____

Nom de la médication	Dosage actuel	Fréquence
Glucophage		
Diabeta		
Avandia		

Particularités :

Signature du médecin traitant : _____

Date : _____

Processus d'élaboration :

Christine Laliberté, inf., B. Sc.

Élaine Dumoulin, inf.

D^{re} Valérie Oudar

Date: 2005-06-06

Validé par la directrice des soins infirmiers :

Signature : _____

Date : _____

Approuvé par les médecins signataires de l'ordonnance collective :

Nom, prénom	N° permis	Signature	Date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Coordonnées des médecins signataires

GMF Saint-Vallier
205, rue Montmagny, bureau 201
Québec (Québec)
G1N 4V3
Tél.: (418) 688-0872

ANNEXE A

ENSEIGNEMENT LORS DE L'HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE ORALE

GÉNÉRALITÉS	
1.	Identification des facteurs de risque
2.	Définition du diabète
ÉLÉMENTS DU TRAITEMENT	
1.	Alimentation
2.	Activité physique
AUTOCONTRÔLE DE VOTRE DIABÈTE	
1.	Lecteur de glycémie :
	• Caractéristiques
	• Insertion des piles
	• Vérification de l'appareil
	• Calibration (en fonction des bandelettes)
	• Messages affichés
	• Nettoyage et entreposage
2.	Bandelettes réactives :
	• Date d'ouverture du contenant et date d'expiration
	• Durée de conservation (une fois le contenant ouvert)
3.	Technique de l'utilisateur :
	• Lavage des mains à l'eau savonneuse et séchage
	• Piqûre sur la partie latérale du doigt
	• Réglage du dispositif de prélèvement sanguin
	• Changement de lancette à chaque prélèvement
	• Jeter les lancettes et les bandelettes dans un contenant
4.	Contrôle de la qualité 1 fois/année (Écart < 15 %)
5.	Le journal de la personne diabétique
6.	La fréquence des contrôles

Documentation remise : *Êtes-vous diabétique ?*
Guide alimentaire canadien
Bouger au moins 30 minutes par jour

ANNEXE B

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE — DIABÈTE

Nom : _____ N° de dossier : _____ Date : _____

GÉNÉRALITÉS		Fait	À revoir	Date et initiales
1.	Définition du diabète			
2.	Explication du diabète de type 1 (selon le cas)			
3.	Explication du diabète de type 2 (selon le cas)			
4.	Hyperglycémie (signes et symptômes)			
MÉDICATION				
1.	Mécanisme d'action			
2.	Effets secondaires			
HYPOGLYCÉMIE				
1.	Signes et symptômes			
2.	Causes			
3.	Traitement			
4.	Situation d'urgence			
5.	Prévention			
AUTOCONTRÔLE DE VOTRE DIABÈTE				
1.	Lecteur de glycémie :			
	• Caractéristiques			
	• Insertion des piles			
	• Vérification de l'appareil			
	• Calibration en fonction des bandelettes			
	• Messages affichés			
	• Nettoyage et entreposage			
2.	Bandelettes réactives :			
	• Date d'ouverture du contenant et date d'expiration			
	• Durée de conservation (une fois le contenant ouvert)			

ANNEXE B

AUTOCONTRÔLE DE VOTRE DIABÈTE (suite)		Fait	À revoir	Date et initiales
3.	Technique de l'utilisateur :			
	• Lavage des mains à l'eau savonneuse et séchage			
	• Piqûre sur la partie latérale du doigt			
	• Réglage du dispositif de prélèvement sanguin			
	• Changement de lancette à chaque prélèvement			
	• Jeter les lancettes et les bandelettes dans un contenant résistant			
4.	Contrôle de la qualité 1 fois/année (Écart < 15 %)			
5.	Le journal de la personne diabétique			
6.	Fréquence des contrôles			
INSULINE				
1.	Type			
2.	Moment d'administration			
3.	Technique d'injection avec un stylo injecteur			
4.	Technique d'injection avec une seringue			
5.	Régions d'injection (a-b-c-d) :			
	• Alternance des sites et varier les points de l'injection d'au moins 1 cm			
	• Facteurs pouvant modifier l'absorption (activité physique, chaleur, massage, profondeur de l'injection)			
6.	Conservation de l'insuline			

Documentation remise : *Êtes-vous diabétique ?*
Fiches Hypo/Hyperglycémie
Guide alimentaire canadien

Signature	Initiales

Cet outil est inspiré de celui qui est utilisé à la Clinique du diabète de l'Hôpital Laval. Autorisation de M^{me} Hélène Gagné, inf., B. Sc., coordonnatrice du programme.

ANNEXE C

ENSEIGNEMENT DE GROUPE — DIABÈTE

Nom : _____ N° de dossier : _____ Date : _____

PREMIÈRE PARTIE : ASPECT PSYCHOLOGIQUE		Fait	À revoir	Date et initiales
1.	Niveau d'adaptation (choc, tristesse, colère, marchandage, adaptation)			
2.	Étape de participation (Prochaska)			
DEUXIÈME PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR LE DIABÈTE				
1.	La situation anatomique et le rôle du pancréas			
2.	Rôle de l'insuline et du Glucagon			
3.	Définition du diabète			
4.	Explication du diabète de type 1 (selon le cas)			
5.	Explication du diabète de type 2 (selon le cas)			
6.	Hyperglycémie (signes et symptômes)			
TROISIÈME PARTIE : AUTOCONTRÔLE DE VOTRE DIABÈTE				
1.	Le contrôle de la glycémie à domicile :			
	• La vérification annuelle du lecteur de glycémie			
	• La fréquence des contrôles			
	• Le journal de la personne diabétique			
2.	Le contrôle de la glycémie et l'équilibre à atteindre :			
	• Les éléments qui influencent le contrôle de la glycémie			
	• Les éléments nécessaires au bon contrôle des glycémies			
	• Conséquences d'un diabète mal contrôlé			
3.	L'hémoglobine glyquée			
QUATRIÈME PARTIE : LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE À COURT TERME				
1.	L'hypoglycémie :			
	• Les signes et symptômes			
	• Les causes			
	• Le traitement			
	• En situation d'urgence			
	• La prévention			
2.	L'hyperglycémie :			
	• Les signes et symptômes			
	• Les causes			
	• Le traitement			
	• La nécessité de consulter votre médecin			
	• La prévention			
	• La recherche de corps cétoniques			
3.	Les circonstances particulières (les jours de maladie, le lever tôt et le coucher tard)			

ANNEXE C

CINQUIÈME PARTIE: LES ÉLÉMENTS DU TRAITEMENT		Fait	À revoir	Date et initiales
1.	L'alimentation :			
	• Les heures des repas et des collations			
	• GAC, portions et introduction au contenu glucidique			
	• Les sucres naturels, les substituts de sucre, l'alcool et les gras			
2.	L'exercice :			
	• Les recommandations			
	• La présentation du programme Traité Santé			
3.	La médication :			
	• Introduction générale : Glucophage, Diabeta, insuline			
	• Les produits naturels et la médication en vente libre			
4.	Le stress			
SIXIÈME PARTIE : LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE À LONG TERME				
1.	Les facteurs de risque			
2.	Le système cardiovasculaire			
3.	Le système oculaire (rétinopathie)			
4.	Le système rénal (néphropathie)			
5.	Le système nerveux (neuropathie) :			
	• La dysfonction sexuelle			
	• Le soin des pieds			
6.	Le système immunitaire			
7.	Les perspectives d'avenir			
POUR EN SAVOIR PLUS				
1.	Association diabète Québec			
2.	Information concernant le port de bracelet du type « MedicAlert »			

Documentation remise : ☐ Êtes-vous diabétique ? ☐ Portions — mains et assiette
☐ Fiches hypo/hyperglycémie ☐ Adhésion à l'ADQ
☐ Brochure *Traité Santé* ☐ Trousse du diabétique (soin des pieds)
☐ *Guide alimentaire canadien* ☐ Défi santé 0-5-30

Signature	Initiales

Cet outil est inspiré de celui qui est utilisé à la Clinique du diabète de l'Hôpital Laval. Autorisation de M^{me} Hélène Gagné, inf., B. Sc., coordonnatrice du programme.

ANNEXE D

Lecteur de glycémie

Technique vérifiée : ☐ Oui ☐ Non _____
 Changement de code : ☐ Oui ☐ Non _____
 Bandelettes dans leur contenant d'origine : ☐ Oui ☐ Non _____
 Vérification de l'appareil de glycémie :
 Chaque année : ☐ Oui ☐ Non _____
☐ Accusoft ☐ Accu-Chek (Ø code)
☐ Elite XL ☐ Breeze (Ø code) ☐ Ascensia Contour
☐ Freestyle ☐ Precision Xtra ☐ One Touch Ultra
☐ Autre _____
☐ Enseignement à faire : ☐ Oui ☐ Non _____

Connaissances

A déjà reçu enseignement :
 Prioritaire ☐ Oui ☐ Non _____
 Complet ☐ Oui ☐ Non _____
 Avec nutritionniste ☐ Oui ☐ Non _____

Médication : connaissances et habiletés

☐ Pilulier préparé par : _____
 Connaît sa médication antihyperglycémiant :
☐ Oui ☐ Non _____

Insuline : connaissances et habiletés

Connaît l'autoajustement
 de l'insuline : ☐ Oui ☐ Non _____

Calcul des glucides /
 insulinothérapie intensive : ☐ Oui ☐ Non _____

S'injecte et prépare son
 insuline : ☐ Oui ☐ Non _____
☐ Seringue ☐ Stylo

Préparation par : ☐ CLSC ☐ Pharmacien ☐ Autre _____

Objectifs du patient

Début : _____ Date de révision : _____

Plan d'enseignement

INFIRMIÈRE

☐ Enseignement prioritaire _____
☐ Enseignement complet _____
☐ Insuline _____
☐ Glucagon _____
☐ Seringues _____
☐ Stylo _____
☐ Autoajustement de l'insuline _____

NUTRITIONNISTE

☐ 1^{re} rencontre _____
☐ 2^e rencontre _____
☐ 3^e rencontre _____
☐ Calcul des glucides /
 insulinothérapie intensive _____
☐ Autres _____

Type de suivi et références

☐ Suivi conjoint médecin-infirmière _____
 Fréquence :
☐ Mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 6 mois
☐ Fin du suivi : _____
☐ Réf. Traité Santé ☐ Réf. Nutritionniste CLSC
☐ Réf. autres : _____

Observations

Signature : _____
 Date : _____

Cet outil est inspiré de celui qui est utilisé à la Clinique du diabète de l'Hôpital Laval. Autorisation de M^{me} Hélène Gagné, inf., B. Sc., coordonnatrice du programme.

ANNEXE E
VISITES DE SUIVI — DIABÈTE

Nom : _____

N° de dossier : _____

Date								
Tension artérielle								
Poids								
Grandeur								
IMC								
Tour de taille								
Examen physique	Normal	Anormal	Normal	Anormal	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Tête et cou								
Système oculaire								
Système cardio-vasculaire								
Système pulmonaire								
Abdomen								
Appareil génito-urinaire								
Neuro (ROT)								
Système musculo-squelettique								
Pieds (si neuropathie)								
Téguments								
Questionnaire	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Hypoglycémie								
Hyperglycémie								
Effets secondaires (médication)								
Vérification carnet glycémie								
Exercice								
Diète								
Glycémies	a.c.	p.c.	a.c.	p.c.	a.c.	p.c.	a.c.	p.c.
Déjeuner								
Dîner								
Souper								
Coucher								
Moyenne								
DIVERS								
Analyses de laboratoire initiées								
Prochain RV avec :								
SIGNATURE								

ANNEXE E **VISITES DE SUIVI — DIABÈTE** **ANALYSES DE LABORATOIRE**

Nom : _____
N° de dossier : _____
Médecin : _____

Date :										
Contrôle des glycémies										
Glycémie AC										
A1c										
Bilan lipidique										
Cholestérol total										
TG < 1,7 mmol/L										
HDL H : > 0,09 mmol/L F : > 1,10 mmol/L										
LDL < 2,5 mmol/L										
Indice athérogénique										
Fonction rénale										
SMU										
Microalbuminurie										
Créatinine urinaire										
Créatinine sérique										
Urée										
Ions : Na K CL										
Autres										

Références :	☐	Ophtalmologie	Date : _____
	☐	Nutrition	_____
	☐	Traité santé	_____
	☐	Orthésiste - Évaluation biomécanique	_____

Évaluations :	☐	Indice tibio-brachial	_____
	☐	Monofilament	_____
	☐	Soins des pieds	_____

Autre :	☐	Vaccins	_____
---------	--------------------------	---------	-------

ANNEXE F

DÉPISTAGE DES MALADIES ARTÉRIELLES PÉRIPHÉRIQUES INDICE TIBIO-BRACHIAL (DOPPLER)

Nom : _____
N° de dossier : _____
Médecin : _____

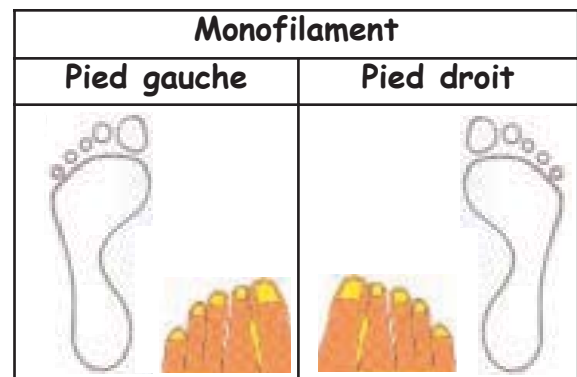
Signes et symptômes recherchés :

Signes et symptômes	Oui	Non
Claudication		
Douleur au repos		
Froideur des pieds		
Pâleur à l'élévation		
Cyanose des orteils		
Dégénérescence des phanères		
Diminution ou absence des pouls		

Pouls : Présent = + Absent = -

Pouls	Pied gauche	Pied droit
Pédieux		
Tibial postérieur		

Évaluation des pieds	Oui	Non
Chaussures adéquates		
Présence de plaies		
Hyperkératose		
Ongles adéquats		
Cors, durillons		



Diabète ☐ Oui ☐ Non _____
Tabagisme ☐ Oui ☐ Non _____

Indice tibio-brachial	Pied gauche	Pied droit
Pédieux		
Tibial postérieur		

Signature : _____ Date : _____

ANNEXE G

SUIVI TÉLÉPHONIQUE DES GLYCÉMIES

Page

GMF Saint-Vallier

Suivi téléphonique des glycémies

Nom : _____ Dossier : _____
Téléphone : _____
Pharmacie : _____
Médecin : _____

Antihyperglycémifiants oraux :

- ☐ Aucune médication ☐ GlucoNorm _____
☐ Glucophage _____ ☐ Avandia _____ ☐ Actos _____
☐ Sulfonylurée ☐ Diabeta _____ ☐ Autre : _____
☐ Autre : _____

Insuline :

- ☐ Lantus : _____
☐ N-U : _____
☐ R-H : _____

Insuline						Glycémies							
Date	Type					 Avant	 Après	 Avant	 Après	 Avant	 Après	 Avant	 Après

Modification de la médication : ☐ Non ☐ Oui _____

Commentaires : _____

Insuline						Glycémies							
Date	Type					 Avant	 Après	 Avant	 Après	 Avant	 Après	 Avant	 Après

Modification de la médication : ☐ Non ☐ Oui _____

Commentaires : _____

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Diabetes in Canada*, 2003, 140 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. Formation médicale continue. *Le diabète : des solutions plus simples à des besoins complexes*. Lignes directrices de pratique clinique, 2003.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Traitement pratique du diabète à l'intention des pharmaciens*. Formation complémentaire à l'usage des pharmaciens dans leur pratique.

DE COTRET, P. R. *Comment prévenir la néphropathie diabétique : aspects pratico-pratiques*, nov. 2004.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU BAS-SAINT-LAURENT. *Le diabète en omnipratique*, mars 2004, 38 p.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU QUÉBEC. *Dyslipidémies - Lignes directrices*, 2003.

GMF DES ETCHÉMINES. *Protocole d'hypoglycémifiants oraux, suivi conjoint*.

GAGNÉ, H., inf., B. Sc., coordonnatrice à la Clinique du diabète, Hôpital Laval. *Mieux connaître pour bien vivre avec votre diabète*, oct. 2002, 109 p.

GAGNÉ, H., inf., B. Sc., coordonnatrice à la Clinique du diabète, Hôpital Laval. *Mieux connaître pour bien vivre avec votre diabète*, fév. 2004, 109 p.

GAGNÉ, H., inf., B. Sc., coordonnatrice à la Clinique du diabète, Hôpital Laval. *Enseignement prioritaire du diabète*, destiné aux infirmières, Formation 2004.

GAGNÉ, H., inf., B. Sc., coordonnatrice à la Clinique du diabète, Hôpital Laval. *Le suivi téléphonique et l'ajustement de traitement*, formation continue, mars 2003 et nov. 2004.

GIRARD, M.-J., pharmacienne. *Pharmacothérapie 1, Traitement pharmacologique du diabète*, cours par correspondance, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

KIROUAC, I., M.D., Hôpital Laval. *L'amorce de l'insulinothérapie*, formation continue, déc. 2004.

KIROUAC, I., M.D., Hôpital Laval. *Lorsque la diète et l'exercice ne suffisent plus*, formation continue, déc. 2004.

LE MÉDECIN DU QUÉBEC. « *L'obésité, une affaire de famille !* », vol. 39, n° 2, fév. 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'entente GMF-CLSC. Rôle et fonctions de l'infirmière en GMF*. Direction générale des affaires médicales et universitaires. Équipe de projets de groupe de médecine de famille. Québec, 15 août 2002.

NOVO NORDISK. *Démystifier l'insulinothérapie*, manuel du médecin, 2002.

PERREAULT, I., M.D. *Traitement à l'insuline du patient diabétique de type 2*, formation continue, nov. 2004.

Personnes consultées : Dr Claude Garceau, interniste, Hôpital Laval

Hélène Gagné, inf., B. Sc., Hôpital Laval

SUIVI CONJOINT DE LA CLIENTÈLE SOUS ANTICOAGULOTHÉRAPIE

GMF Saint-Vallier

Document préparé par

Christine Laliberté, inf., B. Sc.

Élaine Dumoulin, inf.

D^r André Fréchette

06 juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1. OBJECTIFS	7
1.1 Objectif général	7
1.2 Objectifs spécifiques	7
2. CLIENTÈLE CIBLE	7
3. RÔLE DES INTERVENANTS	7
3.1 Rôle du médecin de famille	7
3.2 Rôle de l'infirmière	8
3.3 Rencontre initiale patient-infirmière	8
4. ORDONNANCE COLLECTIVE	9
4.1 Initier la fréquence des prélèvements de RNI, assurer le suivi du résultat et l'ajustement de la posologie de la warfarine	9
4.1.1 Fréquence des prélèvements.....	11
4.1.2 Algorithme pour l'ajustement de la dose hebdomadaire de warfarine pour un RNI visé entre 2 et 3	13
4.1.3 Algorithme pour l'ajustement de la dose hebdomadaire de warfarine pour un RNI visé entre 2,5 et 3,5.....	14
Tableau I : Évaluation du risque de saignement.....	15
RÉFÉRENCES	27

LISTE DES ANNEXES

		Page
Annexe A	Facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie et ses effets sur le RNI	19
Annexe B	Grille d'enseignement, anticoagulothérapie	20
Annexe C	Anticoagulothérapie — Questionnaire d'évaluation en présence d'un RNI sous-optimal	21
	Anticoagulothérapie — Questionnaire d'évaluation en présence d'un RNI sus-optimal	22
Annexe D	Analyses de laboratoire pouvant être demandées par les infirmières du GMF Saint-Vallier, selon l'ordonnance collective	23
Annexe E	Collecte de données — Anticoagulothérapie	24
Annexe F	Mesures à prendre par le médecin si RNI non thérapeutique vs saignement	26

1. OBJECTIFS

1.1 Objectif général

- Assurer un suivi conjoint avec l'équipe médicale dans le but d'optimiser et d'uniformiser la prise en charge de la clientèle sous anticoagulothérapie.

1.2 Objectifs spécifiques

- Responsabiliser le patient par rapport à son état de santé et aux soins requis ;
- Optimiser la fidélité aux traitements pharmacologique et non pharmacologique ;
- Évaluer la capacité du patient et de sa famille à effectuer un suivi efficace et sécuritaire, et prodiguer au patient l'enseignement nécessaire à la prise en charge de sa santé ;
- Guider et motiver le patient vers l'atteinte de saines habitudes de vie en l'aidant à trouver des stratégies et des moyens pour y parvenir.

2. CLIENTÈLE CIBLE

Tout patient (stabilisé ou non) inscrit au GMF Saint-Vallier, dont le médecin a déjà initié la warfarine.

3. RÔLE DES INTERVENANTS

3.1 Rôle du médecin de famille

- Évalue l'état de santé physique et mentale et dépiste les problèmes de santé physiques et psychosociaux ;
- Informe le patient du diagnostic et du plan de traitement médical ;
- Réfère le patient aux infirmières par le biais de l'adhésion à l'ordonnance collective (p. 16) ;
- Achemine toute information pertinente à l'infirmière ;
- Réévalue et réoriente le traitement 1 fois/année et au besoin ;
- Assure une disponibilité de soutien continue à l'infirmière. En son absence, s'assure d'avoir un médecin répondant.

3.2 Rôle de l'infirmière

- Évalue l'état de santé physique et mentale et dépiste les problèmes de santé physiques et psychosociaux, principalement :
 - a) les facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie et ses effets sur le RNI (voir annexe A, p. 19) ;
 - b) la présence de tout saignement significatif, peu importe le résultat du RNI.
- Effectue l'enseignement (voir annexe B, p. 20) approprié à la clientèle anticoagulée, selon les besoins ;
- Ajuste la posologie de l'anticoagulant et fixe la date du prochain RNI en fonction de l'ordonnance collective (p. 9) ;
- Communique avec le patient :
 - prend note de toute nouvelle médication ;
 - documente les causes possibles d'un RNI non thérapeutique (voir annexe C, p. 21) ;
 - ajuste la posologie et l'avise de la date du prochain RNI.
- Communique toute détérioration de l'état de santé du patient au médecin de famille ;
- Renouvelle la demande d'analyses de laboratoire annuellement selon l'ordonnance collective (chaque mois X 1 an et prn) (voir annexe D, p. 23).

3.3 Rencontre initiale patient-infirmière (faite par téléphone) :

- Complète la collecte de données (voir annexe E, p. 24) et met à jour le résumé du dossier ;
- S'assure d'une mise à jour des analyses de laboratoire suivantes :
 - FSC, créatinine.
- Prend rendez-vous avec le patient s'il n'a jamais reçu d'enseignement.

4. ORDONNANCE COLLECTIVE

4.1 Initier la fréquence des prélèvements de RNI, assurer le suivi du résultat et l'ajustement de la posologie de la warfarine

Date de mise en vigueur : 2003-03-14	Date de révision : 2005-06-06
---	----------------------------------

**Professionnels
habilités :**

Infirmières nommées pour travailler au GMF Saint-Vallier qui possèdent deux années d'expérience en matière d'ajustement de la posologie de la warfarine.

**Catégorie de
clientèle :**

Patient anticoagulé inscrit au GMF Saint-Vallier, ayant une ordonnance individuelle comportant les éléments suivants :

- l'identification de l'usager (nom et numéro de dossier) ;
- l'indication de l'anticoagulothérapie (FA, TVP, valve cardiaque, etc.) ;
- l'index thérapeutique visé ;
- la durée du traitement ;
- les deux derniers résultats de RNI ;
- la posologie utilisée au moment de l'inscription.

Indications :

Patient qui présente l'une des pathologies suivantes :

Thrombose veineuse profonde	Embolie pulmonaire
Insuffisance cardiaque sévère	Fibrillation auriculaire
Bioprothèses valvulaires	Valves mécaniques
Infarctus du myocarde	Autres (déterminées par le médecin)

**Intention
thérapeutique :**

Maintenir le RNI dans l'index thérapeutique visé.

Condition d'initiation : Le médecin a déjà prescrit la warfarine et inscrit le patient à l'ordonnance collective au moyen de la feuille d'adhésion (voir p. 16).

Contre-indications :

Éthylisme	Grossesse
Patient qui ne respecte pas le traitement	Insuffisance rénale (clairance créatinine < 30 ml/min)
Instabilité persistante du RNI	Autres contre-indications déterminées par le médecin

Références au médecin : Quand l'infirmière dépiste une détérioration de l'état de santé du patient, au moment de l'évaluation ;

Dès qu'il y a risque de saignement (pour évaluation du risque de saignement, voir tableau I, p. 15 et annexe F, p.26) ;

Dès que la situation d'un usager fait en sorte que l'infirmière ne peut suivre l'algorithme décisionnel ;

Lorsque le RNI est non thérapeutique et qu'il y a crainte de non-respect du traitement.

4.1.1 Fréquence des prélèvements

DÉBUT DU TRAITEMENT :

RNI	q 2-3 jours ad index thérapeutique visé puis,
	q sem X 3, ensuite
	q 2 sem X 2
	q mois par la suite

MAINTIEN DU TRAITEMENT :

RNI	Stable¹	Instable²
	q mois ³	Selon algorithme décisionnel

La fréquence ainsi que le dosage de la médication peuvent varier en fonction d'une demande particulière du médecin (ajout ou retrait de molécules/produits naturels pouvant interagir avec la warfarine).

¹ Patient stable : Patient anticoagulé dont le RNI se situe, habituellement, dans les limites thérapeutiques visées.

² Patient instable : Patient dont le RNI est non thérapeutique.

³ Peut être fait jusqu'à 6 sem d'intervalle lors de congés (Noël, jour de l'an, vacances prolongées ou autres).

RNI instable ou en ajustement :

RNI inhabituel

Si le résultat est très différent des résultats antérieurs, il faut confirmer le résultat par un 2^e test sans délai. Il est possible que ce soit dû à une erreur de l'analyse de laboratoire. Si le résultat est exact, procéder à l'ajustement immédiatement.

Patient chez qui l'on a cessé temporairement l'anticoagulothérapie à cause d'une chirurgie

Reprendre l'anticoagulothérapie tel que prescrit par le médecin de l'hôpital ou par le médecin de famille ;

Si RNI dans les limites de l'index thérapeutique, RNI q 2 sem x 2, puis q mois ;

Sinon, suivre les directives suivantes :

« Fréquence des prélèvements — Début du traitement », p. 11.

Patient qui oublie de prendre sa médication > 48 h

1^{er} jour, doubler la dose, puis retour à la dose normale.

RNI dans 1 sem. Selon le résultat, procéder conformément à l'algorithme décisionnel ;

Si instabilité, procéder selon les directives suivantes :

« Fréquence des prélèvements — Début du traitement », p. 11.

Surveillance des interactions médicamenteuses⁴

Surveiller le RNI plus fréquemment lors de l'ajout ou d'une modification de la posologie ou lors du retrait d'une médication.

⁴ Référence : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Anticoagulothérapie en milieu ambulatoire*, Lignes directrices, 2005, p. 29-31.

4.1.2 Algorithme pour l'ajustement de la dose hebdomadaire de warfarine pour un RNI visé entre 2 et 3

Degré d'anticoagulation : Modéré : RNI 2,0 - 3,0 ↓

- Thrombose veineuse profonde
- Embolie pulmonaire
- Fibrillation auriculaire
- Infarctus du myocarde
- Autres

RNI	AJUSTEMENT	PROCHAIN RNI
< 1,4	Aviser le médecin, ⇒ de 20 % ou selon décision médicale	de 5 à 7 jours
1,5 - 1,7	Dépister et corriger la cause et ⇒ la dose de 5 à 20 %	de 5 à 10 jours
1,8 - 2,0	1 ^{er} RNI en dehors de l'index thérapeutique visé : Évaluer les facteurs qui modifient l'anticoagulothérapie ⁵ (voir annexe A, p. 19) : ∅ modification de dose Si > 2 RNI instables : ⇒ la dose de 5 à 15 %	1 mois de 7 à 10 jours
2,1 - 3,0	Même dose	1 mois
3,1 - 3,3	1 ^{er} RNI en dehors de l'index thérapeutique visé : Évaluer les facteurs qui modifient l'anticoagulothérapie (voir annexe A, p. 19) : ∅ modification de dose Si > 2 RNI instables : ⇔ la dose de 5 à 15 %	1 mois de 7 à 10 jours
3,4 - 3,9	⇔ la dose de 5 à 20 %	de 5 à 10 jours
4,0 - 5,0	Évaluer le risque ou la présence de saignement → Omettre 2 doses Aviser le médecin 7 jours plus tard → ⇔ de 10 à 20 % la dose totale hebdomadaire (dosage précédant l'instabilité)	7 jours 7 jours
5,0 - 6,0	Évaluer le risque ou la présence de saignement Aviser le médecin Omettre une ou plusieurs dose(s) ad RNI thérapeutique Reprendre l'anticoagulothérapie lorsque RNI < 3,0	Selon médecin
6,1 - 10,0	Évaluer le risque et la présence de saignement Aviser le médecin Posologie selon le médecin traitant ou le médecin de garde Reprendre l'anticoagulothérapie lorsque RNI < 3,0 Voir annexe F, p. 26 « Mesures à prendre par le médecin si RNI non thérapeutique vs saignement »	Selon médecin
> 10,0	Aviser stat le médecin Voir Annexe F, p. 26 « Mesures à prendre par le médecin si RNI non thérapeutique vs saignement »	Selon médecin

⁵ Pour chaque résultat de RNI qui se situe en dehors de l'index thérapeutique visé, toujours évaluer les facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie (voir annexes A, p. 19 et C, p. 21).

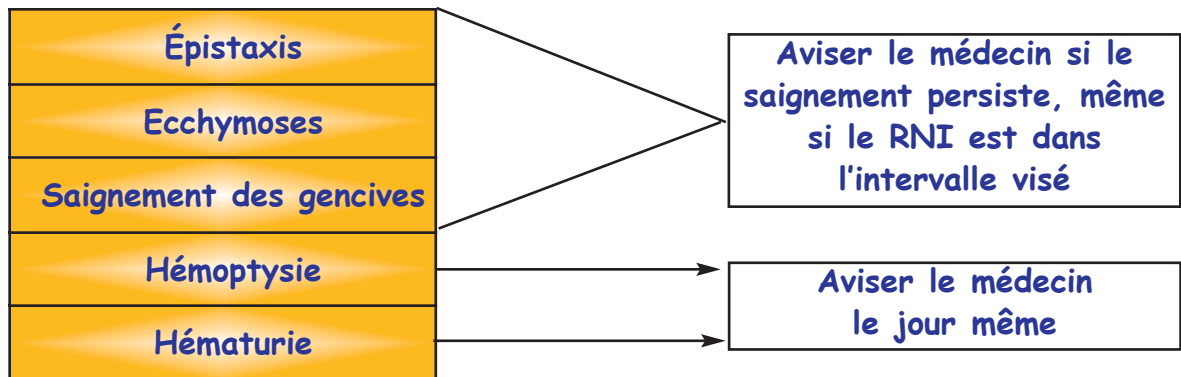
4.1.3 Algorithme pour l'ajustement de la dose hebdomadaire de warfarine pour un RNI visé entre 2,5 et 3,5

Degré d'anticoagulation : Intense : RNI 2,5 - 3,5 ↓ Prothèse valvulaire artificielle ou autres

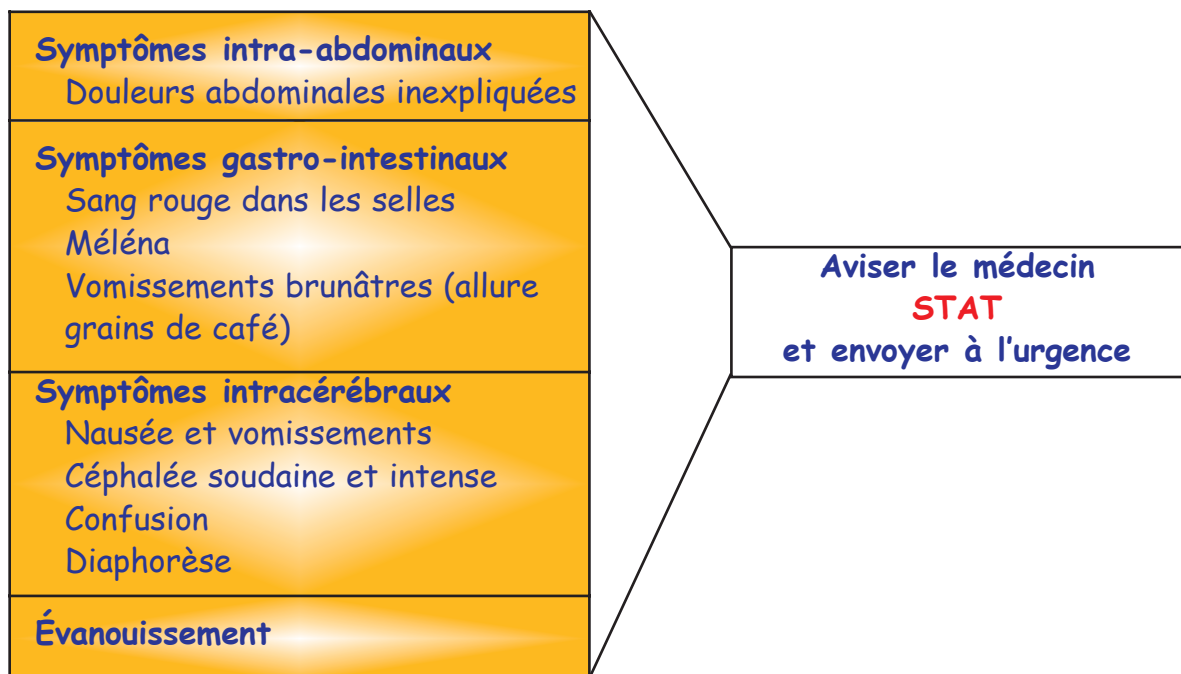
RNI	AJUSTEMENT	PROCHAIN RNI
< 2,3	Dépister et corriger la cause, aviser le médecin et ⇒ la dose 5 à 20 %	de 3 à 5 jours
2,3 - 2,4	1 ^{er} RNI en dehors de l'index thérapeutique visé : Évaluer les facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie ⁵ (voir annexe A, p. 19) : ∅ modification de dose Si > 2 RNI instables, ⇒ la dose de 5 à 15 %	1 mois de 7 à 10 jours
2,5 - 3,5	Même dose	1 mois
3,6 - 3,9	1 ^{er} RNI en dehors de l'index thérapeutique visé : Évaluer les facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie (voir annexe A, p. 19) : ∅ modification de dose Si > 2 RNI instables, ⇔ la dose de 5 à 15 %	1 mois de 7 à 10 jours
4,0 - 5,0	Évaluer le risque ou la présence de saignement → Omettre 2 doses Aviser le médecin 7 jours plus tard → de 10 à 20 % la dose totale hebdomadaire (dosage précédant l'instabilité)	7 jours 7 jours
5,1 - 10,0	Aviser le médecin Évaluer le risque et la présence de saignement Posologie selon le médecin traitant ou le médecin de garde Reprendre l'anticoagulothérapie lorsque RNI < 3,5 Voir annexe F, p. 26 « Mesures à prendre par le médecin si RNI non thérapeutique vs saignement »	Selon médecin
> 10,0	Aviser stat le médecin Voir annexe F, p. 26 « Mesures à prendre par le médecin si RNI non thérapeutique vs saignement »	Selon médecin

TABLEAU I: Évaluation du risque de saignement⁶

Saignements mineurs



Saignements majeurs



⁶ Référence : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Anticoagulothérapie en milieu ambulatoire*, Lignes directrices, 2005, p. 20-21.

Adhésion à l'ordonnance collective pour l'ajustement
de l'anticoagulothérapie

Nom : _____ N° de dossier : _____

Date de naissance : _____

Indications :
• Thrombose veineuse profonde
• Embolie pulmonaire
• Fibrillation auriculaire
• Autre _____
• Valves mécaniques
• Infarctus du myocarde
• Insuffisance cardiaque sévère

Pathologies associées : _____

RNI visé :
• 2,0 - 3,0
• 2,5 - 3,5
• Autre : De _____ à _____

Durée du traitement : À vie
Court terme Durée : _____
Début : _____ Fin : _____

Force des comprimés : _____ mg
Nombre de co par jour : D L M M J V S

Deux derniers résultats de RNI : RNI : _____ Date : _____
RNI : _____ Date : _____

Particularités : _____

Signature du médecin traitant : _____

Date : _____

Processus d'élaboration :

Christine Laliberté, inf., B. Sc.

Élaine Dumoulin, inf.

D^r André Fréchette

Date : 2005-06-06

Validé par la directrice des soins infirmiers :

Signature : _____

Date : _____

Approuvé par les médecins signataires de l'ordonnance collective :

Nom, prénom	N° de permis	Signature	Date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Coordonnées des médecins signataires

GMF Saint-Vallier
205, rue Montmagny, bureau 201
Québec (Québec)
G1N 4V3
Tél.: (418) 688-0872

Annexe A

Facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie et ses effets sur le RNI

Facteurs pouvant modifier l'anticoagulothérapie	Effets sur l'anticoagulothérapie
Respect du traitement médicamenteux (erreur ou oubli)	⇔ ou ⇒ du RNI selon le cas
Insuffisance cardiaque	Diminution du métabolisme de la warfarine (⇒ RNI)
Hypothyroïdie	Diminution du catabolisme des facteurs de coagulation (⇐ RNI)
Hyperthyroïdie et fièvre	Augmentation du catabolisme des facteurs de coagulation (⇒ RNI)
Désordres gastro-intestinaux (diarrhées et vomissements)	Diminution de l'absorption de la vitamine K (⇒ RNI)
Modification de la diète	• Si augmentation de l'apport en vitamine K (⇐ RNI) • Si diminution de l'apport en vitamine K (⇒ RNI)
Consommation d'alcool : femme : > 1 consommation/jour homme : > 2 consommations/jour	⇒ RNI
Interactions médicamenteuses	Selon médication impliquée ⁷
Insuffisance hépatique	• Altération de la synthèse des facteurs de coagulation • Diminution du métabolisme de la warfarine (⇒ RNI)

⁷ BRISTOL-MYERS SQUIBB. *Guide des interactions entre les médicaments et les produits à base d'herbes médicinales*, 2002.

Annexe B

Grille d'enseignement, anticoagulothérapie

Sujets discutés	Compris	À revoir	Date et initiales
Connaissance de sa pathologie (FA, valvules cardiaques artificielles, TVP, infarctus, etc.)			
Raison de l'anticoagulothérapie			
Explication de son ordonnance (warfarine, type de comprimé, couleur, posologie, mode d'action, ses effets secondaires, tenir à jour son calendrier posologique) Importance d'aviser l'équipe médicale de toute modification de la médication, incluant les produits naturels et les produits en vente libre. Toujours consulter son pharmacien à l'achat de ce type de produit			
RNI visé, variation normale vs anormale Type d'analyses sanguines, fréquence, importance des prélèvements sanguins Conduite à tenir si on oublie de prendre sa médication : aviser l'infirmière, ne pas doubler sa dose Fonctionnement du suivi au GMF Saint-Vallier			
Complications potentielles : Signes de saignement (selon tableau I, p. 15) Signes d'embolie (dyspnée, tachypnée, douleur thoracique soudaine, tachycardie, hémoptysie...) Quand aviser le médecin ou l'infirmière			
Prévention : Femmes : grossesse (warfarine contre-indiquée), contraception Conduite lors d'activités physiques (risque de chutes ou de blessures) Aviser l'infirmière ou le médecin si : • voyage • chirurgie dentaire ou autre Habitudes de vie : • activité physique • régime alimentaire (vitamine K : facilite le processus de coagulation et influence le RNI, alcool). Discussion concernant l'importance de la stabilité Aviser tout professionnel de la santé rencontré de la prise de warfarine Recommander le port d'un bracelet de type MedicAlert ou une carte d'identification			

Matériel remis : BRISTOL-MYERS-SQUIBB : Coumadin Santé, Livret d'information destiné au patient
Journal-santé pour noter les résultats
Coumadin, votre régime alimentaire et la vitamine K

2005-06-10, Élane Dumoulin, inf., Christine Laliberté, inf., B. Sc.

Annexe C

Anticoagulothérapie

Questionnaire d'évaluation en présence d'un RNI sous-optimal

Nom : _____

N° de dossier : _____

Éléments à vérifier

Nombre de comprimés de warfarine pris dans les 2 dernières semaines : _____ co

Couleur des comprimés : _____

Combien par jour : _____

Utilisation d'un générique : ☐ Oui ☐ Non Lequel ? _____

Comment vérifiez-vous si vous avez pris le bon dosage ?

Questions à valider

Oui

Non

Avez-vous oublié des doses ?

Y a-t-il eu des modifications dans votre médication ? Lesquelles ?

Antibiotiques ? _____

Produits naturels ? _____

Médicaments en vente libre ? _____

Suppléments alimentaires ? _____

Avez-vous augmenté votre consommation de légumes verts ?

Avez-vous modifié votre consommation d'alcool ?

Nombre de verres/jour : _____ Type de boisson : _____

Avez-vous modifié de façon importante votre niveau d'activité physique ?

Facteurs d'influence : dénutrition, démence, deuil, divorce, déménagement, dépression et voyage.

Notes :

Vérifier si le patient présente des symptômes de thrombose veineuse ou d'embolie artérielle.

Annexe C

Anticoagulothérapie

Questionnaire d'évaluation en présence d'un RNI sus-optimal

Nom : _____

N° de dossier : _____

Éléments à vérifier

Nombre de comprimés de warfarine pris dans les 2 dernières semaines : _____ co

Couleur des comprimés : _____

Combien par jour : _____

Utilisation d'un générique : ☐ Oui ☐ Non Lequel ? _____

Comment vérifiez-vous si vous avez pris le bon dosage ?

Questions à valider	Oui	Non
Avez-vous modifié des doses ?		
Y a-t-il eu des modifications dans votre médication ? Lesquelles ?		
Antibiotiques ? _____		
Produits naturels ? _____		
Médicaments en vente libre ? _____		
Suppléments alimentaires ? _____		
Avez-vous diminué votre consommation de légumes verts ?		
Avez-vous modifié votre consommation d'alcool ?		
Nombre de verres/jour : _____ Type de boisson : _____		
Avez-vous modifié de façon importante votre niveau d'activité physique ?		
Avez-vous arrêté de fumer ?		
Avez-vous été malade ?		
Avez-vous des saignements ? ⁸		

Facteurs d'influence : dénutrition, démence, deuil, divorce, déménagement, dépression et voyage.

⁸ Saignement des gencives : utiliser une brosse à dents à soies souples.
Saignement après rasage : utiliser un rasoir électrique.

Annexe D

**Analyses de laboratoire pouvant être demandées
par les infirmières du GMF selon l'ordonnance collective**

GMF SAINT-VALLIER
205, Montmagny, suite 201
Québec (Québec) G1N 4V3

Téléphone : (418) 688-0872 - Télécopieur : (418) 688-4951

Nom, prénom des médecins

de permis

_____	_____ ☐
_____	_____ ☐
_____	_____ ☐
_____	_____ ☐

Date : _____

Nom et prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Laboratoires :

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Glucose 2h p/c
- ☐ Hémoglobine glycosylée (A1c)
- ☐ Hyperglycémie provoquée orale
- ☐ Bilan lipidique
- ☐ Analyse d'urine
- ☐ Microalbuminurie
- ☐ Ions
- ☐ BUN
- ☐ Créatinine
- ☐ Temps de Quick (RIN)
- ☐ Autres, selon médecin : _____

Nom et prénom de l'infirmière : _____

Signature de l'infirmière : _____

N° de permis : _____

N° téléphone : _____

Annexe E

Collecte de données ANTICOAGULOTHÉRAPIE

GMF SAINT-VALLIER

Indications : _____

Nom : _____

Résultat visé : RNI ____ à ____

N° de dossier : _____

Durée du traitement :

☐ À vie

☐ Court terme

Date de naissance : _____

N° de téléphone : _____

Début : _____ Fin : _____

Personne à contacter : _____ Lien : _____

Force des comprimés : _____ mg

Particularités : _____

Date de prise en charge par l'infirmière : _____

Nom du médecin : _____

[illegible]

Annexe F

**Mesures à prendre par le médecin si
RNI non thérapeutique vs saignement**

État clinique	Recommandations
RNI entre 5,0 et 9,0 Aucune hémorragie importante	Se référer à l'algorithme décisionnel Si patient présente un risque de saignement important, prescrire vitamine K, de 1 à 2,5 mg <i>per os</i> Si RNI doit diminuer rapidement, prescrire vitamine K, de 2 à 4 mg <i>per os</i> , RNI dans les 24 h Si RNI demeure élevé, prescrire vitamine K, de 1 à 2 mg <i>per os</i>
RNI > 9,0 Aucune hémorragie importante	Suspendre la warfarine Prescrire vitamine K, de 3 à 5 mg <i>per os</i> Contrôle du RNI dans 24 h Lorsque RNI dans les limites thérapeutiques, reprendre en donnant une dose plus faible
RNI > 20 Hémorragie grave	Suspendre la warfarine Nécessite une hospitalisation
Hémorragie délétère	Hospitalisation STAT

RÉFÉRENCES

- BERTRAND, M., pharmacien. *Anticoagulothérapie : regard sur les molécules de l'avenir*. Formation reçue par BMS, La 1^{re} journée annuelle d'anticoagulothérapie, 21 mars 2003.
- BRISTOL-MYERS-SQUIBB. *Coumadin*, monographie de produit, révisé le 14 juin 2002.
- BRISTOL-MYERS-SQUIBB. *Coumadin Santé*, livret d'information destiné au patient, 2002.
- BRISTOL-MYERS-SQUIBB. *Suggestions pratiques pour la prise en charge du patient*, 2002, www.coumadin.ca.
- CLSC BASSE-VILLE, LIMOILLOU, VANIER. Document de travail : *Précis pratique des soins médicaux à domicile*, tiré de la FMOQ (2000), 2002.
- CLSC CENTRE DE SANTÉ DE PORTNEUF. Document de travail : *Guide d'enseignement (usager-famille) Thrombose veineuse*, version révisée, janvier 2001.
- CLSC HAUTE-VILLE. Document de travail : *Suivi de l'anticoagulothérapie*, 1997.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Anticoagulothérapie en milieu ambulatoire*, Lignes directrices, 2005.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Précis pratique des soins médicaux à domicile. Anticoagulation ambulatoire*. Édition, 2000.
- HIRSH, J., M.D. *Directives relatives au traitement antithrombotique*, (4^e éd.) BC Decker Inc., 2001.
- HOANG, A., D^{re} et ROY L., D^{re}. « La thrombophlébite au centre de long séjour : du diagnostic au traitement adapté », *Le Médecin du Québec*, vol. 35, n° 12, déc. 2000.
- LEVASSEUR, J. « Le traitement antithrombotique de la fibrillation auriculaire », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 11, nov. 2002.
- MARTINEAU, J., B.Pharm., M.Sc. *Applications cliniques en anticoagulothérapie*. La 1^{re} journée annuelle d'anticoagulothérapie, 21 mars 2003.
- MARTINEAU, J., B.Pharm., M.Sc. *Gestion périopératoire des anticoagulants*. La 1^{re} journée annuelle d'anticoagulothérapie, 21 mars 2003.

