

Encadrement de la pratique infirmière

Premières Nations du Québec



Travail effectué par :

Denise Paul
Consultante inf., B. Sc.,

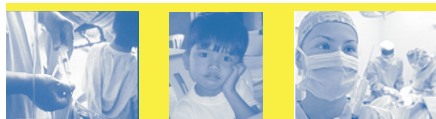
Remerciements

La CSSSPNQL tient à remercier Santé Canada pour leur contribution financière à ce projet.

Enfin, nous tenons aussi à exprimer notre sincère gratitude au Ministère de la santé et des services sociaux - Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité de même qu'à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour leur appui dans ce dossier.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Historique	7
Éléments géodémographiques	11
Les classifications des communautés	12
Comité interprofessionnel	14
Éléments contextuels liés à la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations du Québec	15
Situation particulière des organisations de santé	20
Ordonnance collective	20
Position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	21
Recommandations	22
La reconnaissance de la pratique infirmière avancée	23
Conclusion	24
Plan d'implantation	25
Bibliographie	34
Annexe A - Liste non exhaustive de problèmes de santé rencontrés chez les populations des Premières Nations du Québec	37
Annexe B - Liste non exhaustive de situations d'urgence pouvant survenir dans les communautés isolées des Premières Nations du Québec	39
Annexe C - Résumé de la rencontre avec l'OIIQ - 9 février 2007	41
Annexe D - OIIQ / Commentaire sur le rapport final : Encadrement de la pratique infirmière des Premières Nations du Québec	43
Annexe E - MSSS / Commentaire sur le rapport final : Encadrement de la pratique infirmière des Premières Nations du Québec	45



INTRODUCTION

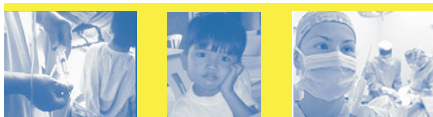
En mai 2002, le Comité des responsables des soins infirmiers des Premières Nations du Québec (CRSIPNQ), suite à des démarches longues et soutenues, qui se sont échelonnées sur un peu plus de six ans, présentait au Caucus des Premières Nations du Québec les conclusions de son travail de réflexion relativement à la problématique entourant l'encadrement de la pratique infirmière au regard des activités médicales, dans les communautés des Premières Nations du Québec. Lors de cette rencontre, le CRSIPNQ recommandait la création d'un comité interprofessionnel autonome en santé des Premières Nations du Québec (CIASPNQ) et que ce comité soit placé sous la responsabilité directe de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

Cette recommandation retenue et adoptée par voie de résolution (06-2003), fut adressée à la Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada (DGSPNI) qui reconnaissait, dans une correspondance datée du 26 avril 2005, que « (...) *la situation des infirmières oeuvrant dans les communautés transférées n'est pas conforme aux lois et règlements en vigueur et que la création d'un comité interprofessionnel pourrait être une des avenues à envisager dans le règlement de cette problématique.* »

À maintes reprises, la CSSSPNQL est intervenue auprès de Santé Canada pour qu'une entente intervienne entre les deux parties afin que soit financée la création du comité interprofessionnel.

Afin d'y répondre le plus adéquatement possible, la CSSSPNQL a commandé le présent travail qui consiste à démontrer la nécessité de mettre en place une structure et des mécanismes visant à assurer la protection des membres des Premières Nations et légaliser la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations du Québec en tenant compte du contexte spécifique à l'environnement de chacune de ces communautés selon qu'elles soient isolées, semi-isolées ou non isolées.

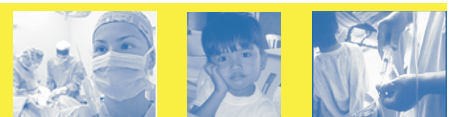
La première partie du document consiste à décrire certains éléments historiques du dossier, suivra quelques données géodémographiques, pour se terminer par une brève description de ce que constitue le comité interprofessionnel.



La seconde partie dresse le portrait de l'aspect contextuel lié à la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations du Québec et se terminera par la conclusion.

La troisième partie présente un plan d'implantation dans lequel sont élaborées les étapes de mise en œuvre d'un mécanisme visant à garantir l'encadrement de la pratique infirmière dans les organisations de santé des Premières Nations du Québec au regard d'activités relevant du champ d'exercice de d'autres professionnels de la santé.

Il est important de noter que le présent travail ne se veut pas une recherche scientifique approfondie sur la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations du Québec, mais plutôt une démonstration de la nécessité et de la faisabilité d'implanter une structure qui, de par sa finalité, devrait résoudre en grande partie la problématique liée à la pratique infirmière dans les organisations de santé des Premières Nations du Québec.



HISTORIQUE

Au milieu des années 1980, plusieurs communautés des Premières Nations de la région du Québec entreprenaient, auprès de Santé Canada, une démarche visant la prise en charge de la gestion et de la livraison des services de santé assurés à leurs membres, par le biais d'ententes de transfert. À ce moment, il appert que l'aspect relié aux actes ne relevant pas de l'exercice infirmier mais posés par les infirmières des communautés des Premières Nations, n'aurait pas fait l'objet de discussion, ni d'une quelconque mention dans l'énoncé des ententes de transfert signées entre les organisations politiques des Premières Nations et Santé Canada.

Bien que les conseils de bande aient obtenu, par ces ententes de transfert, la pleine autonomie dans la gestion des services de santé livrés aux membres de leurs communautés, les infirmières à leur emploi, sont tenues de respecter la législation en matière de droit professionnel de par leur obligation d'être inscrites au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Ainsi, en vertu de leur responsabilité civile et de leurs devoirs déontologiques, les infirmières à l'emploi des Premières Nations du Québec doivent toujours agir avec compétence dans l'accomplissement de leurs obligations professionnelles. Elles doivent de plus s'engager à tenir à jour leurs compétences afin de fournir les soins et les traitements conformes aux normes de pratique généralement reconnues par la profession.

Il est connu, depuis plusieurs années, que les infirmières exerçant dans les régions éloignées du Québec, sont quotidiennement appelées à exercer certaines activités professionnelles qui ne relèvent pas de leurs champs d'exercice, et les infirmières exerçant dans les communautés des Premières Nations du Québec n'échappent pas à cette réalité. Qui plus est, ces activités exercées par les infirmières à l'emploi des conseils de bande des Premières Nations du Québec ne sont pas, pour la très grande majorité, entérinées par des CMDP par le biais d'ordonnances collectives conformément à l'article 39.3 du Code des professions qui définit l'ordonnance comme suit :

« Signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une



*personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective ».*¹

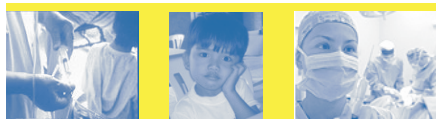
La dernière décennie aura donné lieu à de nombreuses actions, discussions, débats, consultations et recherches de solutions visant à régulariser cette situation.

- 1996 : Naissance du Comité des responsables de soins infirmiers des Premières Nations du Québec (CRSIPNQ). Depuis sa création, la question relative aux actes médicaux délégués fut constamment au centre des préoccupations des membres du CRSIPNQ. À ce jour, le Comité regroupe les responsables des soins infirmiers de 18 organisations de santé des Premières Nations du Québec. Bon nombre de démarches ont depuis été entreprises et plusieurs collaborations établies, particulièrement avec la CSSSPNQL et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans le dossier de la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations du Québec.
- 2001 : Présentation d'un mémoire au *Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines* par l'OIIQ dans lequel est proposé que soit apportée une modification à la Loi sur les infirmières et les infirmiers afin de légaliser la pratique des infirmières exerçant en région éloignée.
- 2002 : La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* est sanctionnée et adoptée par l'Assemblée nationale. (L.Q. 2002, c 33). L'entrée en vigueur de la Loi a entraîné la redéfinition des champs d'exercice de onze ordres professionnels, dont celui de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec. L'une des modifications alors apportée est le remplacement de la notion d'ordonnance permanente par celle d'ordonnance collective.

1 Code des professions, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q.2002, c.33, art.39.3.



- 2002 : Création, par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, du comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée, notamment celle des communautés des Premières Nations. Dans le mémoire résultant de cette consultation sont énoncées les recommandations dont certaines seront présentées plus loin.
- 2002 : Rencontre du Caucus des Premières Nations du Québec au cours de laquelle le CRSIPNQ partageait le fruit de ses réflexions en regard de la problématique liée à la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations du Québec.
- 2003 : Lors de la rencontre annuelle du Caucus de Premières Nations, une résolution fut adoptée et présentée à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Cette résolution recommandait la création d'un comité interprofessionnel autonome en santé des Premières Nations (CIASPN) placé sous la gouvernance de la CSSSPNQL, et dont le mandat serait :
- D'identifier les activités médicales posées par les infirmières à l'emploi des Premières Nations;
 - De développer des protocoles et directives cliniques en lien avec ces activités;
 - De développer les mécanismes d'évaluation de l'application de ces protocoles et directives;
 - De poursuivre les travaux avec les corporations concernées et finalement;
 - D'assurer la formation des infirmières qui doivent appliquer les ordonnances collectives.
- 2005 : La DGSPNI, à travers sa gestionnaire des soins infirmiers, madame Chantale Renaud, reconnaît la création d'un CIASPN comme une des avenues à envisager dans le règlement de la problématique liée à l'exercice infirmier dans les communautés des Premières Nations. À ce chapitre, une lettre était adressée par la gestionnaire des soins à la CSSSPNQL le 26 avril 2005.



2006 : Dans le rapport du Forum socioéconomique tenu à Mashteuiatsh, le fait que les infirmières à l'emploi des Premières Nations soient régulièrement appelées à poser des actes qui dépassent le cadre légal de leur pratique professionnelle, fut clairement soulevé. Lors de ce Forum, il a été mis en relief la nécessité d'encadrer certaines activités ne relevant pas du champ d'exercice de l'infirmière dans les communautés des Premières Nations.

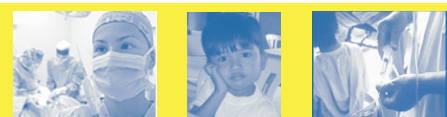
Dans la partie synthèse du contenu des échanges en santé dudit rapport, il est noté :

« Le rôle des infirmières étant central dans les systèmes de santé des communautés, particulièrement dans les communautés éloignées, ce rôle doit être mieux encadré dans la législation de manière à ce que ces infirmières puissent prendre en charge certains traitements dans le respect d'une législation dont l'objet premier doit être d'assurer la protection des utilisateurs des services de santé. »²

À ce même Forum, madame Ghyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, « (...) offrait sa collaboration pour faire avancer ce dossier ».

2006 : En décembre 2006, la CSSSPNQL confie le mandat de développer un plan de travail adapté à la mise en œuvre d'un mécanisme approprié permettant d'assurer la légalité de la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations.

² Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations, Mashteuiatsh, 25, 26 et 27 octobre 2006.



ÉLÉMENTS GÉODÉMOGRAPHIQUES

En 2005 au Québec, on dénombrait 66 500 membres des Premières Nations et Inuits, dont 70% vivent dans les communautés. Les Premières Nations et les Inuits représentent environ 1% de la population du Québec. La distribution démographique des membres des Premières Nations est nettement distincte de celui de la population québécoise en général. Alors que l'on parle d'une population vieillissante pour le Québec, il en est tout autrement pour les Premières Nations chez qui les jeunes représentent un très fort pourcentage de la population. Le tableau 1 démontre que pour l'année 2005 la moyenne d'âge pour les populations des Premières Nations et des Inuits est d'environ 29 ans pour les hommes et d'environ 30 ans pour les femmes pour une moyenne de 29.4 ans pour les deux sexes confondus.

Tableau 1

Premières Nations du Québec Distribution démographique de la population

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total	%
0-4	2006	1808	3814	7.9 %
5-9	2427	2364	4791	9.9 %
10-14	2716	2559	5275	10.9 %
15-19	2303	2222	4525	9.4 %
20-24	2009	1933	3942	8.2 %
25-29	1799	1724	3523	7.3 %
30-34	1893	1824	3717	7.7 %
35-39	1793	1767	3560	7.4 %
40-44	1715	1683	3398	7.0 %
45-49	1390	1537	2927	6.1 %
50-54	1084	1124	2208	4.6 %
55-59	849	928	1777	3.7 %
60-64	653	764	1417	2.9 %
65+	1429	1929	3358	7.0 %
Total	26 058	28 529	54 587	100 %

Ministère des affaires indiennes et du Nord Canada, Population indienne inscrite (sur réserve) selon le sexe et la résidence 2005, Ottawa 2005



Comme en témoignent ces données, la population des Premières Nations et des Inuits est très jeune avec, 69 % de leurs membres âgés de moins de 40 ans. Si les moins de 20 ans représentent, 38,1 % de la population totale, les aînés de 65 ans et plus quant à eux, n'en constituent que 7 %.

La présente démarche vise potentiellement les communautés **non conventionnées** du Québec³, à savoir :

- Les communautés de Wolinak et d'Odanak localisées sur la rive-sud du Saint-Laurent;
- Les communautés de Pikogan, Kiticsakik, Lac Simon, Kitigan Zibi, Témiscaming, Eagle Village, Wolf Lake, Winneway, Barrière Lake dont les territoires traditionnels s'étendent du Lac des Deux-Montagnes jusqu'en Abitibi-Témiscamingue;
- Les communautés de Wemotaci, d'Opitciwan et de Manawan qui occupent des territoires du centre du Québec (Lanaudière, Haute-Mauricie);
- La communauté Huronne-Wendat de Wendake, près de Québec;
- Les communautés d'Essipit, de Betsiamites, de Mingan, de Uashat Mak Mani Utenam, d'Ungava Shipu, de Nathasquan, de Matimekush, de Mashteuiatsh et de Pakua Shipi localisée sur la Côte-Nord, au Lac Saint-Jean et près de Schefferville;
- Les communautés d'Akwesasne, de Kahnawake et de Kaneasatake regroupées dans la région de Montréal;
- Les communautés de Gespapegiag, et de Listuguj présente dans la péninsule gaspésienne.

LES CLASSIFICATIONS DES COMMUNAUTÉS

Les communautés des Premières Nations du Québec sont situées à des distances variées des services du réseau québécois de santé. Selon leur localisation, elles sont classifiées en communautés isolées, semi-isolées et non isolées. Le tableau suivant fait état des populations par catégorie.

³ Convention de la Baie James et du Nord québécois

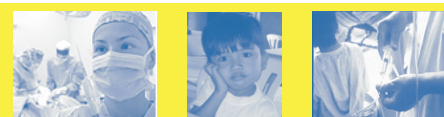
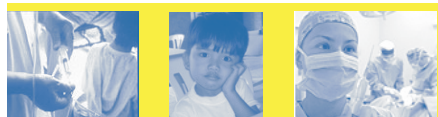


Tableau 2			
Classification des communautés des Premières Nations et leur population (2005)			
Classification	Communautés	Population	Total population
Isolée	Unamen Shipu / La Romaine	928	
	Natashquan	850	
	Matimekush	715	
	Pakua Shipi	277	
	Winneway / Long Point	352	
	Wemotaci	1190	
	Opitciwan	1903	
	Manawan	1915	
	Barrière Lake / Lac Rapide	497	
Semi-isolée	Kitcisakik	329	
	Mingan / Ekanitshit	499	
	Betsiamites	2673	
Non isolée	Wolinak	69	
	Odanak	299	
	Pikogan	546	
	Lac Simon	1207	
	Wendake	1276	
	Essipit	178	
	Uashat Mak Mani-Utenam	2766	
	Mashteuiatsh	2026	
	Kitigan Zibi	1491	
	Témiscaming / Notre dame Nord	544	
	Kipawa / Eagle Village	263	
	Wolf Lake	11	
	Listuguj	1908	
	Gesgapegiag	541	
	Akwesasne	4843	
	Kahnawake	7330	
Kanesatake	1347	26 645	

Population vivant sur réserve. Source : Secrétariat aux affaires autochtones du Québec 2005



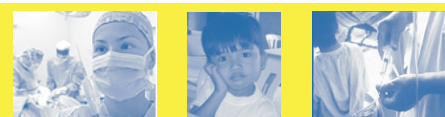
COMITÉ INTERPROFESSIONNEL

Le Comité interprofessionnel autonome en santé des Premières Nations du Québec (CIASPNQ) serait composé d'infirmières⁴, de médecins, d'un pharmacien, d'un dentiste et d'un représentant de la CSSSPNQL, lequel comité pourrait faire appel à d'autres experts au besoin.

Sous la responsabilité de la CSSSPNQL, le CIASPNQ aura pour mission de fournir aux infirmières oeuvrant dans les communautés des Premières Nations du Québec, l'expertise et l'encadrement nécessaires à une pratique professionnelle qui s'inscrit à l'intérieur d'un cadre légal et dans un contexte évolutif continu. À cette fin, le CIASPNQ aura pour responsabilités de :

- Identifier les activités réservées à d'autres professionnels, notamment les médecins, les pharmaciens et les dentistes, qui sont posées par les infirmières à l'emploi des Premières Nations du Québec, le contexte dans lequel ces activités sont exercées, la ou les catégorie(s) de clientèle(s) visée(s), les responsabilités professionnelles qui s'y rattachent, et les outils nécessaires pour assurer la conformité et la qualité de cet exercice ;
- Élaborer les ordonnances collectives, les protocoles et les directives cliniques se rattachant à l'application de ces activités;
- Assurer la mise en œuvre d'un programme de formation au regard des activités médicales visées par les ordonnances collective ;
- Approuver et mettre en œuvre les ordonnances collectives et les différents outils développés;
- Assurer le suivi relatif à l'application des ordonnances, au respect des protocoles, à l'application des activités et à l'utilisation des outils;
- Identifier les difficultés rencontrées dans l'application des ordonnances collectives et, au besoin, apporter les solutions ou ajustements pertinents ;
- Développer et renforcer les collaborations avec les partenaires du réseau de la santé et orienter les actions en vue d'offrir aux membres des Premières Nations les meilleures garanties de services de santé.

⁴ Tout au long du texte, le féminin est employé seulement pour alléger le texte.



ÉLÉMENTS CONTEXTUELS LIÉS À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

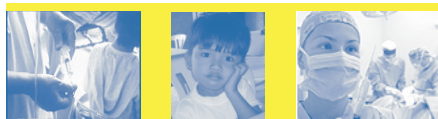
« Bien que toutes les populations aient en principe un égal droit d'accès aux soins de santé, certaines catégories de personnes ne peuvent en profiter autant que les autres. Selon le Rapport Romanow⁵, les gens qui vivent en milieu rural et dans les communautés éloignées ont un moins bon état de santé que les citoyens vivant dans les grands centres. »⁶

L'équité des soins de santé est l'un des éléments centraux de tout système public de santé. La notion d'équité peut revêtir plusieurs facettes, selon qu'elle se rapporte à la santé elle-même, à l'utilisation des soins de santé ou à l'accessibilité à ces soins. En lien avec la notion d'équité, tout système doit s'assurer que toutes personnes sont égales et, par conséquent, que tous soient traités équitablement. Dans le dossier qui nous intéresse, cette notion est un des éléments importants qui justifie la mise en place d'une structure qui permettra d'assurer une livraison efficace, efficiente et équitable de services de santé aux Premières Nations du Québec.

Les membres des Première Nations sont confrontés à de multiples problèmes de santé qu'ils soient d'ordre physique, sociale ou psychologique. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec, menée par la CSSSPNQL en 2002, en fait clairement état : le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiorespiratoires, les problèmes pulmonaires, les cancers, les traumatismes et les infections de toutes sortes, sont autant de situations couramment rencontrées chez ces populations. À ces problématiques physiques s'ajoutent celles touchant l'aspect social dont, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, la violence, la négligence, les abus sexuels, la toxicomanie et l'alcoolisme, la détresse et le mal-être. En milieux isolés et semi-isolés, ces situations deviennent plus complexes et prennent souvent une ampleur qui a des conséquences sur toute une population. La liste non exhaustive des problèmes de santé rencontrés chez les populations des Premières Nations vivant en régions éloignées et semi-éloignées figure aux annexes A et B du présent

⁵ La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002, p. 177) cite pour le Québec la recherche Pampalon (1991, p.359).

⁶ La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée, Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée, 2002, p.7.



document.

En plus de vivre l'isolement, les Premières Nations sont touchées de façon insidieuse par les bouleversements venus de la modernité : le choc des générations, le manque d'emploi, la toxicomanie, une alimentation parfois inadéquate, la sédentarité, l'éclatement des familles et le décrochage scolaire en sont quelques exemples.

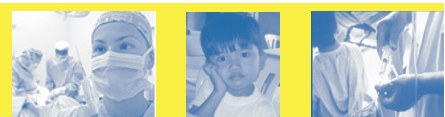
Dans les communautés des Premières Nations du Québec, les services de soins infirmiers constituent la porte d'entrée du système de santé. « *Souvent seules professionnelles de la santé sur place, elles (infirmières) fournissent les soins préventifs et curatifs, de première ligne et se retrouvent fréquemment dans des situations où elles doivent intervenir en dépassant le cadre légal prévu dans la Loi sur les infirmières et infirmiers.* »⁷

Rares sont les communautés des Premières Nations qui peuvent compter sur une présence médicale locale. Dans certaines communautés des médecins itinérants y font des visites sur une base régulière ou ponctuelle et toujours dépendant de divers impératifs comme les conditions climatiques ou la disponibilité des ressources, pour ne nommer que ceux-ci. Dans certaines communautés, les infirmières recourent aux consultations médicales téléphoniques après avoir procédé au questionnaire et à l'examen clinique auprès du patient. Dans la grande majorité des cas, le médecin consulté ne verra jamais le patient pour évaluation.

En situation d'urgence, l'infirmière prodigue les soins en attendant le transfert du patient par route ou par air, vers le centre hospitalier le plus près. Cependant les conditions climatiques parfois difficiles et la disponibilité du moyen de transport le plus adéquat peuvent imposer qu'elle poursuive l'administration des soins exigée par l'état de santé du patient jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par les ressources médicales du centre hospitalier de référence.

Si la pratique des infirmières à l'emploi des Premières Nations en régions non isolées diffère de celle de leurs vis-à-vis des régions isolées et semi-isolées, toutes sont appelées à offrir des services et à appliquer des programmes comparables à ceux offerts par les réseaux des CSSS (mission CLSC) et, inévitablement, à poser certaines activités médicales. À ce chapitre, men-

⁷ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée, Prise de position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Adoptée par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 20 février 2004, p. 5.



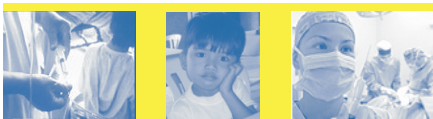
tionnons, à titre d'exemples, le dépistage de clientèles à risque, le suivi clinique des patients sous traitement dont l'ajustement de médicaments, le suivi de clientèles en périnatalité, l'initiation de mesures thérapeutiques tels que les soins de plaies et l'administration de médicaments d'urgence, les soins de santé primaires liés à la contraception et aux ITSS et les suivis des traitements anticoagulants.

Dans le cadre du programme de maintien à domicile en milieu communautaire, toutes les infirmières à l'emploi des Premières Nations sont appelées à intervenir auprès de clientèles variées dont les aînés en perte d'autonomie, les individus en phase postopératoire ou post hospitalisation, ou encore, des personnes nécessitant des soins de fin de vie.

Quelle que soit la région, tous les jours les infirmières exerçant dans les communautés des Premières Nations du Québec endossent des responsabilités qui dépassent le cadre légal propre à l'exercice infirmier. Gardant en mémoire le nombre de consultations faites auprès des infirmières sur une base quotidienne, on comprendra aisément qu'il serait impensable de référer tous les clients qui nécessitent une consultation médicale pour des problèmes de santé courants. De plus, faut-il rappeler que les coûts engendrés par le transport médical des clients représentent une charge financière très importante, que ce soit en situation urgente ou électorale.

Les infirmières exerçant dans les communautés des Premières Nations font face à un défi de taille. Souvent appelées à fournir des soins de premières lignes dans un contexte de consultation externe et généralement en l'absence de médecin, elles sont la première ressource professionnelle en santé dans les communautés. Présentes 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, elles doivent régulièrement composer avec certains facteurs organisationnels dont, l'absence de médecin, la non-reconnaissance légale de la spécificité de leur pratique et l'absence de protocoles standardisés entérinés par voie d'ordonnances collectives.

Le travail dans les communautés des Premières Nations exige des infirmières une grande rigueur, un esprit d'analyse développé et un excellent jugement clinique. En plus d'être régulièrement soumises à des situations de stress, elles doivent composer avec le fait que leur pratique n'est pas encadrée légalement, que la formation est souvent insuffisante et parfois mal adaptée, et que l'évaluation des compétences en regard d'activités ne relevant pas de leur



champ d'exercice, mais qu'elles exercent, est trop souvent inexistante.

À l'instar des données recueillies par le comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de pratique infirmière en région éloignée, les organisations de services de santé des Premières Nations ont, dans le passé, rencontré des difficultés importantes dans leurs tentatives visant à faire approuver la délégation d'actes médicaux dans le cadre de l'application du règlement alors en vigueur. Ces difficultés résultaient de l'absence de ressources médicales, de la réticence, voire du refus de certains médecins ou de conseils de médecins, de dentistes et de pharmaciens des établissements du réseau québécois de la santé, d'approuver ces délégations d'actes, et du taux de roulement de médecins visiteurs qui pouvaient avoir des perceptions différentes quant aux compétences des infirmières à l'emploi des Premières Nations.

Les infirmières à l'emploi des Premières Nations sont préoccupées par le fait d'exercer dans un tel contexte d'illégalité. Cette situation, en plus de l'insécurité professionnelle qu'elle entraîne, va à l'encontre du premier principe de toutes les législations relatives à la santé, qui est l'obligation d'assurer la protection du public.

Dans la plupart des organisations de santé des Premières Nations, les activités médicales que sont appelées à poser les infirmières, ne respectent pas les normes prescrites par la Loi 90. À cet effet, lorsque des collaborations ou ententes sont établies avec des établissements du réseau provincial, elles sont souvent dépendantes de la bonne volonté de certains médecins et des administrations des établissements. Lorsque de telles ententes relatives à des activités médicales posées par des infirmières existent, elles ne font jamais l'objet d'ordonnance collective, elles ne sont pas non plus, supportées par des activités de formation planifiées et structurées visant à habilitier les infirmières et de plus, les compétences et les habiletés en lien avec l'application de ces ententes ne sont pas évaluées. Finalement, les infirmières qui assurent la surveillance de la qualité de l'acte infirmier au regard des activités médicales, en l'occurrence les responsables des soins infirmiers, n'ont pas les outils nécessaires pour assurer cette responsabilité.

Il est évident que l'éventail des activités médicales posées par les infirmières à l'emploi des Premières Nations varie selon qu'elles travaillent dans une communauté isolée, semi-isolée ou non-isolée. Dans tous les cas, les organisations de santé des Premières Nations doivent s'as-

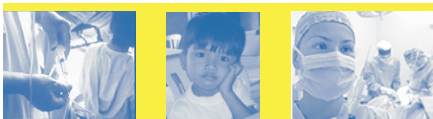


surer que ces activités médicales sont posées dans le respect d'un cadre légal afin d'assurer la protection de leurs membres et des professionnels à leur emploi, ainsi que la protection même des organisations politiques qui remplissent le mandat de livraison de services.

En résumé, les principaux éléments identifiés dans la problématique de la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations sont que :

- en tant que membres de l'OIIQ, les infirmières à l'emploi des Premières Nations sont tenues de respecter la Loi sur les infirmières et infirmiers;
- les communautés des Premières Nations sont situées dans des régions isolées, semi-isolées et non isolées;
- les conseils de bande, en tant qu'entités politiques et administratives autonomes, ne possèdent pas les infrastructures leur permettant d'encadrer légalement la spécificité de la pratique infirmière au regard des activités médicales;
- les infirmières à l'emploi des Premières Nations en régions isolées et semi-isolées exercent dans un contexte où la ressource médicale est souvent absente ;
- les infirmières à l'emploi des Premières Nations en régions non isolées sont appelées à offrir des services et programmes comparables à ceux offerts par le réseau québécois des CSSS (mission CLSC) et, inévitablement à poser les mêmes activités médicales;
- les infirmières à l'emploi des Premières Nations sont appelées à poser des activités qui dépassent leur champ d'exercice;
- les activités médicales posées par les infirmières à l'emploi des Premières Nations ne sont pas supportées par des ordonnances collectives;
- les outils de référence actuellement utilisés par les infirmières des Premières Nations se résument à des directives cliniques ou protocoles de traitement souvent non standardisés et non légalement reconnus par le biais d'ordonnances collectives;
- les communautés isolées et semi-isolées éprouvent des difficultés réelles d'accessibilité aux soins de santé.

Conséquemment, il devient incontournable, voire essentiel, que des actions concrètes soient posées afin d'assurer aux infirmières oeuvrant dans les communautés des Premières Nations du Québec un cadre de pratique qui rencontre l'ensemble des conditions dictées par la législation.



SITUATION PARTICULIÈRE DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

Le mémoire sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée souligne que dans plusieurs communautés, l'infirmière est reconnue comme la professionnelle qui se trouve à la porte d'entrée du système de santé.

Dans chaque communauté des Premières Nations, on retrouve un poste de soins⁸ ou un centre de santé où est offert un éventail important de services et programmes de santé avec les composantes de promotion, de prévention, de dépistage, de traitement, et de réadaptation. Pour les communautés isolées et semi-isolées s'ajoute l'obligation de donner des soins de première ligne dans un contexte de consultations externes souvent sans la présence médicale ou en l'absence de protocoles clairs, reconnus et approuvés par un CMDP d'un établissement du réseau québécois.

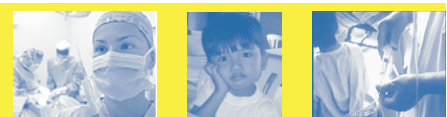
Enfin, on ne peut passer outre la question du statut juridique particulier des organisations de santé dans les communautés des Premières Nations du Québec du fait qu'elles ne soient ni de juridiction fédérale, ni de juridiction provinciale. Les services de santé des Premières Nations sont entièrement administrés par les conseils de bande et sont considérés comme des organismes et non des établissements au sens de la législation provinciale.

ORDONNANCE COLLECTIVE

Dans son mémoire sur la reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée (2004), le comité consultatif décrit l'ordonnance collective comme étant une nouvelle modalité juridique particulièrement justifiée pouvant permettre aux infirmières de poser des activités réservées à d'autres professionnels, notamment les médecins, les pharmaciens et les dentistes.

Dans le même ordre d'idée, l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dans son Guide

⁸ Dispensaire



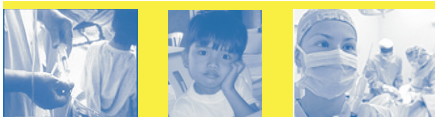
d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, présente l'ordonnance collective comme « (...) un outil plus souple parce qu'elle n'est pas limitée à une liste d'actes médicaux. Elle est liée aux activités réservées, qui, en soi, ont une portée plus large. Ce qui permet aux infirmières de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, sans attendre une ordonnance individuelle. L'ordonnance collective n'est plus limitée aux établissements du réseau de la santé, ce qui ouvre la porte à d'autres lieux comme l'industrie, la clinique privée, les groupes de médecine de famille (GMF), les dispensaires, etc. Les établissements de santé détermineront aussi leurs propres règles pour l'élaboration et l'adoption des ordonnances collectives. »⁹

Il faut donc légaliser l'entièreté de la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations en regard des activités réservées à d'autres professionnels, dont les médecins, par le recours aux ordonnances collectives et par la mise en place d'une structure désignée par les Premières Nations, qui permettra l'élaboration et l'adoption de telles ordonnances homogènes qui garantiront une meilleure continuité des soins, en plus de faciliter la mobilité des ressources infirmières entre les communautés.

POSITION DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ)

Depuis plusieurs années, l'OIIQ a démontré sa préoccupation soutenue au regard de la pratique infirmière en région éloignée. En 2002, un comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée était constitué au bureau de l'OIIQ. Une démarche de consultation entreprise auprès des infirmières exerçant dans ces régions a conduit le comité à formuler treize recommandations lesquelles sont énoncées dans son mémoire. Plus précisément, les recommandations énoncées ci-après, confirment et appuient les

⁹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Avril 2003, p.10.



divers éléments liés aux différentes problématiques identifiées dans ce document.

RECOMMANDATIONS

Afin de favoriser l'exercice le plus large possible des activités réservées à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers, le comité consultatif recommande :

- que les ordonnances collectives soient élaborées et mises à jour par une instance régionale ou supra-régionale (il pourrait s'agir du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la Direction de la santé publique de chaque région ou d'une instance désignée par les Premières Nations, par exemple).

À cet effet, que soit formé un comité consultatif composé de médecins, d'infirmières, de pharmaciens, de dentistes connaissant les particularités de ce type de pratique et ayant pour mandat de formuler des recommandations sur les ordonnances collectives à mettre en place et sur leur mise à jour.¹⁰

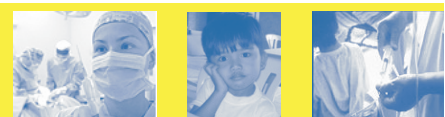
Afin de s'assurer que les infirmières qui exercent en région éloignée détiennent le niveau de connaissance et de compétences requis et adapté à ce contexte de pratique, le comité consultatif recommande :

- qu'un stage obligatoire de formation continue de douze semaines soit exigé comme préalable à la pratique infirmière en région éloignée;
- que les infirmières pratiquant en région éloignée bénéficient d'au moins 20 jours de formation continue par année.

Afin d'assurer à la population des régions éloignées l'accès à des services de santé de qualité qui tiennent compte de ses particularités, le comité consultatif recommande :

- que la pratique infirmière élargie actuelle des infirmières exerçant en région éloignée soit légalisée ;

¹⁰ La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée, Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée, 2002, p.17.



- que le rôle de l'infirmière praticienne soit développé et légalisé.

Afin de reconnaître la pratique infirmière exerçant en région éloignée, le comité recommande :

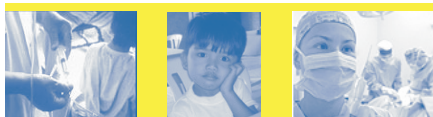
- que l'expérience des infirmières exerçant actuellement un rôle élargi en région éloignée soit reconnu dans la phase de transition vers la création du rôle d'infirmière praticienne de première ligne en région éloignée ;
- qu'un programme de formation d'appoint ou un stage soit prévu à l'intention des infirmières qui requièrent une formation complémentaire.

LA RECONNAISSANCE DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE

Dans son mémoire sur la reconnaissance de la pratique en régions éloignées, le comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en régions éloignées conclut en affirmant «...il faut reconnaître et légaliser ce qui se fait actuellement dans ces régions. » Les recommandations 4 et 5 cités précédemment vont en ce sens.

Le comité ajoute « *Il faut reconnaître l'ampleur des activités exercées par les infirmières afin de leur permettre de réaliser, en toute légitimité, les activités professionnelle essentielles à cette pratique particulière. De nouvelles modifications législatives visant la législation de la pratique actuelle des infirmières en régions éloignées sont donc justifiées afin de mieux définir ce rôle, d'en contrôler l'exercice et ainsi, mieux protéger le public.* »¹¹

¹¹ Idem p.19 et 20.



CONCLUSION

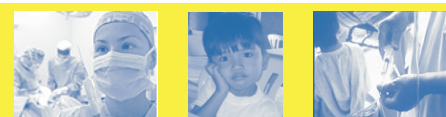
Les difficultés éprouvées dans les organisations de santé des Premières Nations en ce qui a trait au processus d'élaboration et d'approbation d'ordonnances collectives, au fait que certaines activités professionnelles essentielles à la pratique infirmière dans ces communautés sont réservées à d'autres professionnels et que ces infirmières évoluent dans un contexte de pratique illégale sont bien présentes.

Il apparaît donc évident que les problèmes liés à la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations demeurent une situation préoccupante et qu'il est essentiel, voire incontournable que des actions concrètes et durables soient posées afin de régulariser la situation.

À la lumière des éléments soulevés tout au long de ce travail, il est recommandé :

- De mettre en place un Comité interprofessionnel autonome de la santé des Premières Nations du Québec (CIASPNQ) ;
- Que ce comité soit composé d'infirmières, de médecins, d'un dentiste et d'un pharmacien ;
- Que ce comité soit sous la gouverne de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador ;
- Que le mandat du CIASPNQ vise :
 - le développement des ordonnances collectives et les activités liées à leur déploiement dans les organisations de santé des Premières Nations;
 - l'encadrement professionnel de la pratique infirmière au regard des ordonnances collectives;
 - le développement de l'expertise professionnelle au regard des ordonnances collectives;
 - le développement du programme de formation adapté ;
 - l'évaluation clinique et pratique des ressources infirmières au regard de l'application des ordonnances collectives;
- le développement de toutes autres activités jugées nécessaire dans le cadre du projet.

Enfin, le plan d'implantation qui suit, énumère les principales actions devant permettre et guider le processus d'implantation du Comité interprofessionnel autonome des Premières Nations du Québec.



PLAN D'IMPLANTATION 2007-2008

Prémisses

- Assurer la protection de la santé des membres des Premières Nations du Québec ;
- Légaliser la pratique infirmière dans les organisations de santé des Premières Nations isolées, semi-isolées et non isolées ;
- Encadrer la pratique infirmière dans les organisations de santé des Premières Nations isolées, semi-isolées et non isolées ;
- Assurer des services de qualité et efficients dans les organisations de santé des Premières Nations isolées, semi-isolées et non isolées ;
- Assurer l'homogénéité des pratiques professionnelles dans les organisations de santé des Premières Nations isolées, semi-isolées et non isolées ;

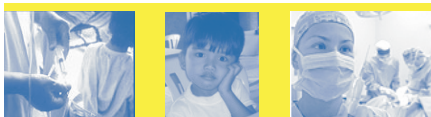
Objectif

- Mettre en place une structure permettant d'assurer un cadre légal à la pratique infirmière ainsi que l'encadrement et l'expertise nécessaire au personnel infirmier oeuvrant au sein des communautés des Premières Nations du Québec.

Plan d'implantation

Le plan travail comprend sept volets dont les activités sont listées pour chacun d'eux et pour lesquels un échéancier approximatif est proposé :

1. Volet administratif
2. Volet ressources humaines
3. Volet développement des protocoles et des ordonnances collectives
4. Volet communication
5. Volet surveillance
6. Volet formation
7. Volet opérationnalisation



1. VOLET : ADMINISTRATIF				
Objectif	Actions	Année 1	Année 2	Année 3
<p>Mettre en place les règles administratives régissant l'organisation et le fonctionnement liés au CIASPNQ.</p>	<p>Les activités énoncées dans le volet administratif sont les premières actions à poser.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Définir le mandat du CIASPNQ. 2. Déterminer les modalités de rémunération des ressources. 3. Définir les modalités des contrats pour l'ensemble des ressources (médecin, pharmacien, dentiste, infirmières). 4. Identifier les lieux de travail du CIASPNQ. 5. Établir les prévisions budgétaires annuelles pour les cinq premières années. 6. Définir les collaborations avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec, le MSSS, l'Ordre des pharmaciens et des dentistes et Santé Canada. 7. Présenter les résultats à la Direction de la CSSSPNQL pour approbation. 8. Présenter le projet final à l'ensemble des directions des services de santé des Premières Nations et au Comité des responsables des soins infirmiers des Premières Nations (CRSIPNQ). 	<p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Fin (année 1)</p> <p>Fin (année 1)</p>		



2. VOLET : RESSOURCES HUMAINES

Objectif	Actions	Année 1	Année 2	Année 3
Déterminer les ressources humaines nécessaires à la réalisation du projet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déterminer les besoins réels en terme de temps ressources pour chaque titre d'emploi : infirmières, médecin, pharmacien, dentiste. 2. Définir les rôles et les responsabilités des membres du CIASPNQ. 3. Définir le profil des responsabilités et des compétences des ressources humaines (infirmières, médecin, pharmacien, dentiste). 4. Établir une liste de candidats et candidates (connus/es) potentiels pour la constitution du CIASPNQ. 5. Dans un premier temps, procéder à la sélection et à l'embauche des ressources infirmières. 6. Dans un deuxième temps, procéder à la sélection et à l'embauche des autres ressources : médecin, pharmacien, dentiste ; 7. Valider les rôles et les responsabilités de chaque membre auprès de l'ensemble des ressources formant le CIASPNQ et apporter les correctifs, si requis. 8. Dresser un portrait régional du personnel infirmier travaillant dans les communautés des Premières Nations 	<p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 1 et 2</p> <p>Mois 3</p> <p>Mois 3</p> <p>X</p>		



3. VOLET : DÉVELOPPEMENT DES ORDONNANCES COLLECTIVES ET DES PROTOCOLES				
Objectif	Actions	Année 1	Année 2	Année 3
Assurer l'ensemble des activités permettant de rendre disponible les ordonnances collectives et les outils connexes.	1. Développer et définir les normes (ensemble de prescriptions techniques imposées pour garantir le bon fonctionnement et la sécurité d'une méthode) et les règles (ensemble des statuts, des préceptes disciplinaires d'utilisation) liées aux ordonnances collectives requises.	Mois 3 et 4		
	2. Établir le calendrier de rencontres de validation avec les professionnels composant le CIASPNQ.	Mois 3 et 4		
	3. Développer les canevas qui serviront à l'élaboration des protocoles et des procédures.	Mois 3 et 4		
	4. Inventorier les besoins en matière d'ordonnances collectives.	Mois 3 et 4		
	5. Rédiger les ordonnances collectives et les protocoles.	X		
	6. Au besoin, valider les ordonnances collectives auprès des instances légales pertinentes (l'OIIQ, Collège des médecins, MSSS, etc.).	Fin (année 1)		
	7. Définir, valider et confirmer les rôles et les responsabilités des différents partenaires (conseils de bande, responsables des soins infirmiers locaux, personnel soignant).			Début (année 2)
11. Établir un calendrier de mise à jour.		X		



4. VOLET : COMMUNICATIONS				
Objectif	Actions	Année 1	Année 2	Année 3
Assurer la communication à toutes les étapes du processus afin de favoriser l'adhésion de tous les niveaux organisationnels .	<u>Étape initiale</u>	Mois 1		
	1. Présenter le projet à l'ensemble des directions des services de santé des communautés membres de la CSSSPNQL.			
	<u>Tout au long du processus :</u>			
	1. Informer les différents conseils de bande des communautés membres de la CSSSPNQL à chaque étape de la démarche.	X	X	X
	2. Informer les membres du comité des responsables des soins infirmiers des Premières Nations.	X	X	X
	Seconde année d'opération			
	1. Informer les directions des services de santé des Premières Nations des résultats obtenus pendant le déploiement par le biais des membres du comité des responsables des soins infirmiers des Premières Nations.		X	
	2. Rendre compte de l'évaluation des résultats après la première année d'opération et au besoin par la suite, lors de la rencontre de l'AGA de la CSSSPNQL.			Fin (année 3)



5. VOLET : SURVEILLANCE

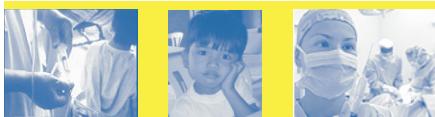
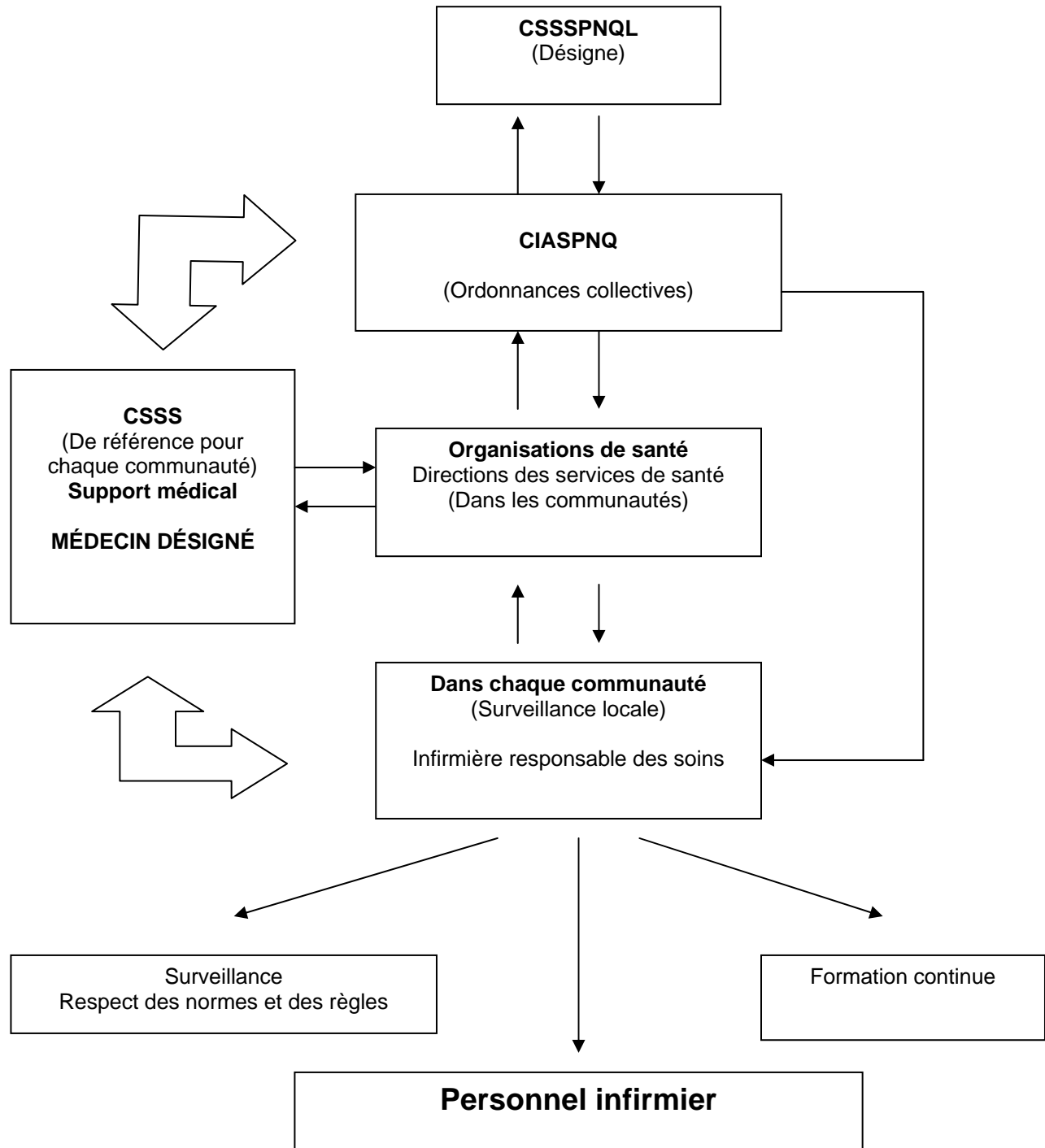
Objectif	Actions	Année 1	Année 2	Année 3
Mettre en place les outils permettant la surveillance de la qualité des activités devant être posées selon les normes et les règles établies.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer l'algorithme de surveillance des ordonnances collectives du haut vers le bas. 2. Identifier la professionnelle qui devra assurer localement la surveillance de l'application des activités. 3. Développer les outils et un programme de surveillance des activités. 4. Identifier un lien de référence professionnelle à la CSSSPNQL pour le personnel infirmier des communautés. 5. Identifier un lien de référence avec les CSSS régionaux de chaque communauté des Premières Nations. 6. Développer un outil d'évaluation (indicateurs de mesure) qui permettra d'assurer un processus de révision et d'adaptation continue de l'ensemble des outils développés, des ordonnances collectives et des protocoles. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		



6. VOLET : FORMATION				
Objectif	Actions	Année 1	Année 2	Année 3
Mettre en œuvre un programme de formation permettant d'habiliter les infirmières à exécuter les activités visées par les ordonnances collectives selon les normes et les règles établies.	1. Assurer la mise en place d'un programme de formation en regard des activités médicales visées par les ordonnances collectives à l'intention : - des infirmières responsables des soins infirmiers - du personnel soignant déjà en poste - des nouvelles infirmières embauchées	X		
	2. Établir le profil des compétences des infirmières déjà en poste dans les communautés afin d'adapter la formation en conséquence (il est essentiel de reconnaître les connaissances et les compétences acquises par les infirmières).	X		
	3. Identifier les formateurs.	X		
	4. Développer le calendrier de formation.	X		
	5. Assurer la logistique relative aux formations.	X		
	6. Déterminer un processus de formation continue.			X
	7. Développer des partenariats avec des organismes et des établissements d'enseignement.	X		



ALGORYTHME CHEMINEMENT ORDONNANCES COLLECTIVES



BIBLIOGRAPHIE

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée**. Prise de position de L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée. 2002.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé**, avril 2003.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins**. (En ligne) Adresse www.oiiq/infirmières/lois_reglement_pdf/M-9-r-1.2.pdf.

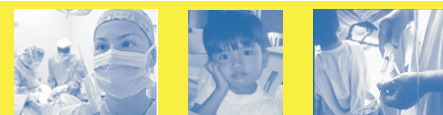
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables**, octobre 2005.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **Notre profession prend une nouvelle dimension**, avril 2003.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **Tableau de concordance entre les actes visés par l'article 31 de la Loi médicale et l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers et les activités réservées dans le cadre de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90)**, 2003 (En ligne) Adresse www.oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/tableaux_de_concordance.

Collège des médecins du Québec, **Les ordonnances faites par un médecin, Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec**, mai 2005.

Collège des médecins du Québec, **Partage des activités dans le secteur de la santé**, page de 1 à 9, (en ligne) Adresse www.cmq.org.



Collège des médecins du Québec, **L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel**, Énoncé de position du Collège des médecins du Québec, avril 2002.

Assemblée nationale. Projet de loi 90 **Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé**, 2002, version no 5, (En ligne) Adresse www.publicationduquebec.gouv.qc.ca

Colloque Conseil de la famille et de l'enfance : **Le réseau familial, la fratrie et le cousinage : la réalité des Premières Nations** (En ligne) Adresse <http://agora.qc.ca/colloque/cfe2005> (6).

Rapport du Forum socioéconomique des Premières Nations, Tenu à Mashteuiatsh les 25, 26 et 27 octobre 2006.

Secrétariat aux affaires autochtones Québec, **Statistiques des populations autochtones du Québec**, 2005.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, **Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec**, 2002.

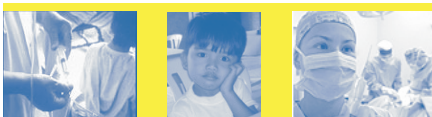
Loi 90, **Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé**, sanctionnée le 14 juin 2002, Cahier explicatif, version no5.

Affaires indiennes et Nord Canada, **Le coût d'un mauvais état de santé**, (En ligne) adresse www.ainc-inac.gc.ca .

Association québécoise d'établissement de santé et des services sociaux, **Améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services**, mai 2005.

Loi médicale, **Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin**, 2005, page 1 à 3.

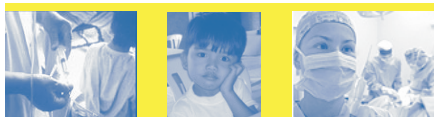
Ministère des affaires indiennes et Nord Canada, **Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence 2004**, Ottawa 2005.



ANNEXE A

Liste non exhaustive de problèmes de santé rencontrés chez les populations des Premières Nations du Québec

<p>Problèmes respiratoires, cardiaques et vasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laryngite - MPOC - Bronchite, pneumonie - Œdème aigu du poumon - Insuffisance cardiaque - Angine - Douleurs retro sternales - Arythmie cardiaque - Hypertension artérielle - Accident vasculaire cérébral - Hémorragies et épistaxis - Asthme <p>Problèmes neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Céphalée, migraine - Convulsions, y compris convulsions fébriles - Épilepsie - Trauma crânien <p>Problèmes gastro-intestinaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appendicite - Ulcères gastriques - Hémorragie gastrique et intestinale - Constipation et diarrhée - Reflux gastro-oesophagien - Colique hépatique - Hémorroïdes - Déshydratation - Gastro-entérite <p>Maladie infectieuse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influenza - Tuberculose - Rage 	<p>Problèmes urologiques, gynécologiques et néphrologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cystite - ITSS - Infections pelviennes - Calculs rénaux - Pyélonéphrite - Saignement pendant la grossesse - Avortement spontané - Travail et accouchement prématuré - Cancer du col de l'utérus et du sein - Dysménorrhée - Mastite - Insuffisance rénale <p>Problèmes endocriniens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Hypoglycémie - Diabète gestationnel - Hypo-hyperthyroïdie <p>Affections de la peau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cellulite - Abscess - Eczéma - Urticaire - Brûlure causée par la chaleur ou froid - Engelures - Lésions - Impétigo - Gale - Pédiculose 	<p>Problèmes musculo-squelettiques, articulaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendinite - Entorse - Lombalgie - Fractures - Blessures aux articulations et au tissu conjonctif <p>Problèmes de santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Agression (y compris envers femmes et enfants) - Psychose - Schizophrénie - Intoxication aux médicaments, drogues et alcool - Tentative de suicide - Suicide - Troubles de la personnalité <p>Problèmes immunitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflammation - Allergies <p>Problèmes ophtalmiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corps étrangers - Conjonctivite <p>Problèmes oto-rhino-laryngologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otites (externe, moyennes) - Sinusite - Laryngite - Pharyngite - Abscess dentaire - Amygdalite
---	--	---



ANNEXE B

Liste non exhaustive de situations d'urgence pouvant survenir dans les communautés isolées des Premières Nations du Québec

Traumatisme

- Accident par balle
- Accident de véhicule tout-terrain et de motoneige
- Accident de travail
- Tentative de suicide
- Fractures (ouvertes et fermées)
- Brûlure
- État de choc

Obstétrique

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

Cardio-respiratoire

- Réanimation cardiorespiratoire d'un nouveau-né, enfant, adulte et personne âgée
- Pneumothorax
- Œdème aigu du poumon
- Bronchospasme
- Infarctus
- Angine instable
- Choc anaphylactique
- Choc hypovolémique
- Accident cérébro-vasculaire (ACV)

Neurologie

- Convulsion
- Crise d'épilepsie
- Trauma crânien

Psychiatrie

- Crise de psychose aiguë

Crise sociale

- Personne suicidaire
- Violence (enfant, conjugale, aînés, etc.)
- Abus sexuels
- Intoxication aux médicaments, aux drogues ou à l'alcool
- Autres



ANNEXE C

Résumé de rencontre à l'OIIQ Le 9 février 2007

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Personnes présentes :

Madame Madeleine Lauzier, directrice conseil, responsable de la formation
Madame Suzanne Durand, directrice développement et soutien professionnel
Madame Ginette Thériault, directrice des affaires externes et des statistiques sur l'effectif.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBEC-LABRADOR

Personne présente :

Madame Denise Paul, consultante

Objet : Mise en place d'une structure de Comité des médecins, dentistes, pharmaciens et infirmières (CMDPI) permettant le développement d'ordonnance collective pour répondre à l'aspect particulier de la pratique infirmière en régions isolées, semi-isolées et non isolées.

Renseignements transmis aux représentantes de l'OIIQ, relativement au dossier cité en objet.:

- Court résumé du mandat confié à Denise Paul soit :
 - Le principal objectif de la présente démarche est d'apporter aux infirmières et infirmiers des Premières Nations l'encadrement professionnel et l'expertise nécessaire à une pratique professionnelle éclairée dans le contexte actuelle.
 - Le mandat consiste à développer un plan de travail adapté à la mise en œuvre du mécanisme approprié pour assurer la légalité de la pratique infirmière. Pour ce faire, nous proposons les activités suivantes :
- Historique du dossier de la pratique infirmière dans les communautés des Premières Nations ;
- Référence au mémoire du Comité consultatif sur la pratique infirmière en régions éloignées de 2002 ;
- Information sur la volonté des Premières Nations à mettre en place un CMDPI sous la gouverne de la commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec (CSSSPNQL) ;



- Information sur modèle que pourrait prendre la structure en terme de :
 - Composition du CMDPI ;
 - Types d'ordonnances collectives, activités médicales réservées et non réservées
 - Volet formation, lors de la mise en œuvre des pratiques et annuelle par la suite ;
 - Volet de la surveillance sur place (RSI) et à distance (Médecins) ;
 - Volet évaluation des compétences pratiques et théoriques ;
 - Liens à créer avec les CSSS des régions de référence pour chaque communauté autochtone ;

- Avantages liés à la mise en place d'un CMDPI sous la gouverne de la CSSSPNQ
 - Permet la protection du public ;
 - Permet l'encadrement de la pratique infirmière ;
 - Permet la mise en place de pratique administrative uniforme ;
 - Permet l'uniformité de la pratique infirmière à travers l'ensemble des organisations de santé des Premières Nations ;
 - Permet un meilleur contrôle de la qualité de l'exercice infirmier ;
 - Permet une meilleure surveillance de la pratique infirmière ;
 - Permet un standard en ce qui concerne la formation ;
 - Permet l'adhésion de l'ensemble des Conseils de bande dans tout le processus et à tous les niveaux ;
 - Permet de développer et de signer les ordonnances collectives.

- Les personnes présentes, représentant l'OIIQ, s'entendent pour dire que la mise en place d'un CMDPI placé sous la gouverne de la CSSSPNNQ représente une avenue intéressante et permet d'encadrer les ordonnances collectives.

- Les personnes présentes, représentant l'OIIQ, suggèrent de signifier dans le document l'importance de la présence de l'infirmière praticienne au sein des équipes de soins qui travaillent dans les communautés isolées et semi-isolées et le développement du plan d'effectifs à cet égard.

- Les personnes présentes, représentant l'OIIQ, acceptent de faire la lecture du document, de le commenter et même de proposer des ajouts, corrections ou retraits de texte si cela s'avère nécessaire.

- Les personnes présentes, représentant l'OIIQ, offrent le support de l'OIIQ lors de l'implantation du CMDPI et de conseiller dans les activités particulièrement dans le dossier des ordonnances collectives et lors d'éventuelles discussions avec le Collège des médecins si le besoin est.



ANNEXE D



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

25 AVR. 2007

Le 18 avril 2007

Madame Denise Paul
Centre Tshishemishk
1823, rue Amishk
Mashteuiatsh (Québec) G0W 2H0

Objet : Commentaires sur le document de travail Comité interprofessionnel autonome de la santé des Premières Nations du Québec

Madame,

J'ai pris connaissance avec grande attention de votre document de travail cité en rubrique.

Il s'inscrit dans les préoccupations sur lesquelles nous avons échangé lors de notre rencontre le 9 février dernier et respecte les pistes d'action que nous avons alors abordées.

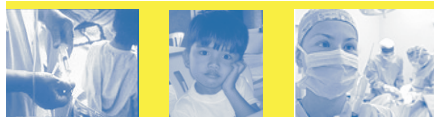
Je n'ai que des commentaires positifs à formuler et je tiens à vous féliciter pour la qualité de votre travail.

Espérant que ce projet se réalisera, je demeure disponible pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame Paul, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Madeleine Lauzier, M. Sc. inf., M.B.A.
Directrice-conseil
Direction des affaires externes et
des statistiques sur l'effectif

ML/im

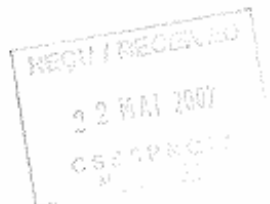


ANNEXE E



Direction générale de la planification stratégique,
de l'évaluation et de la qualité
Affaires autochtones et régions nordiques

Québec, le 16 mai 2007



Madame Denise Paul
Centre de santé de Mashteuiatsh
1743, rue Amishk
Mashteuiatsh (Québec) G0W 2H0

Objet : Comité interprofessionnel autonome de la santé des Premières Nations

Madame,

Nous avons pris connaissance de votre document présentant le projet d'implantation d'un comité interprofessionnel autonome de la santé des Premières Nations du Québec. Nous comprenons que les éléments qui y sont présentés ont fait l'objet de réflexions des Premières Nations depuis quelques années afin de solutionner notamment les difficultés entourant l'encadrement de la pratique infirmière dans les communautés autochtones, particulièrement celles qui sont éloignées.

En général, il nous semble que les solutions que vous proposez sont en respect des législations québécoises qui régissent la pratique infirmière. Aussi, nous croyons qu'il est nécessaire de mettre en place des processus pouvant permettre un meilleur encadrement de la pratique infirmière dans les communautés. Outre quelques commentaires de précisions que nous vous avons formulés, votre projet semble pouvoir répondre aux besoins des infirmières dans les communautés autochtones et nous espérons qu'il se concrétisera prochainement.

N'hésitez pas à nous contacter si toutefois notre expertise pouvait contribuer au soutien du développement de votre projet d'encadrement de la pratique infirmière dans les communautés autochtones.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Natalie Rosebush

c. c. Mme Louise Montreuil, sous-ministre adjointe, MSSS
Mme Sylvie Hains, directrice de la planification et des soins infirmiers, MSSS
Mme Marjolaine Sioul, C553PNQL

Responsable au dossier : Natalie Rosebush
1005, chemin Sainte-Foy, 1^{er} étage, Québec (Québec) G1S 4N4
Téléphone : (418) 266-6808 - Télécopieur : (418) 266-5787
Courriel : natalie.rosebush@msss.gouv.qc.ca

