

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS**

**COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

**PAR
MARIE-JOSÉE POIRIER**

**ORDONNANCE COLLECTIVE EN PSYCHIATRIE DANS UN SERVICE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE**

JANVIER 2005

Sommaire

Les troubles sévères et persistants de santé mentale constituent un enjeu majeur de santé au Canada et au Québec. La mise en œuvre de la désinstitutionnalisation de ces personnes qui doivent dorénavant recevoir des services ambulatoires a fait naître une variété de services. Afin de répondre à la diversité des besoins, plusieurs professionnels de la santé mentale ont conçu des modèles de suivi intensif adaptés à la réalité des milieux auxquels ils ont dû faire face. Les infirmières et infirmiers font partie intégrante de ces suivis intensifs et plus spécifiquement au service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) du centre hospitalier Pierre-Janet où l'infirmière se retrouve souvent dans des situations où elle doit agir dans le « ici et maintenant ». Ces situations ont engendré des pratiques qui dépassent le cadre professionnel infirmier habituel surtout en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique. Bien que ces pratiques soient soutenues par les pharmaciens communautaires et par les médecins du SASC et même si aucun incident regrettable ne soit survenu, aucun encadrement légal n'est présent au SASC concernant ce genre de pratique. Le but principal du projet est donc d'élaborer une ordonnance collective selon le cadre défini dans la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L. Q. 2002, c. 33.¹ et par la suite la faire entériner par les différentes instances organisationnelles nécessaires et d'évaluer l'applicabilité de cette ordonnance collective. Pour ce faire, l'auteure de cet essai a utilisé le modèle de changement organisationnel de Collerette, Delisle & Perron (2000), le chapitre 33 (2002) et la définition de la pratique

¹ Afin d'alléger le texte nous utiliserons le terme « chapitre 33 (2002) » pour désigner cette loi.

avancée de Hamric, Spross & Hanson (2000) comme cadre de référence. L'auteure s'est basé sur le modèle intégré de Lescarbeau, Payette & St-Arnaud (2002) comme méthodologie d'intervention. Les personnes touchées par le présent projet d'intervention étaient les infirmières et infirmiers ainsi que les médecins pratiquant au SASC. Tout le processus d'implantation, qui s'est déroulé en les rencontrant régulièrement, a fait prendre conscience aux infirmières et infirmiers du SASC des risques qu'elles prenaient en faisant des ajustements de médication sans encadrement légal. Depuis l'implantation, les infirmières et infirmiers comprennent et assument pleinement la responsabilité et l'imputabilité des gestes qu'elles posent dans le cadre du chapitre 33 (2002).

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des appendices	vii
Remerciements	viii
INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE	4
Contexte	5
Situation initiale	6
Situation désirée	8
Objectifs du projet d'intervention	8
ÉTAT DES CONNAISSANCES	9
État actuel des connaissances	10
Cadre de référence	12
Définition de la pratique avancée	12
Chapitre 33 (2002)	16
Modèles de changement organisationnel de Collerette et al. (2000)	20
MÉTHODOLOGIE	27
Modèle d'intervention de Lescarbeau et al. (2000)	28
Milieu	29
Destinataires ou personnes touchées par le projet	29
L'entrée	30
Le contrat	30
L'orientation	31
La planification	31
La réalisation	33
La terminaison	34

RÉSULTATS	35
Profil socio-démographique des infirmières du SASC	37
Analyse des résultats	38
L'entrée	38
Mini-sondage	42
Le contrat	44
L'orientation	45
La planification	46
La réalisation	46
La terminaison	49
Effets de l'implantation sur les infirmières du SASC	50
Résultats en fonctions des objectifs personnels de l'auteure	56
DISCUSSION	58
Réflexion sur la méthode	59
Impacts du projet sur les infirmières du SASC	61
Impacts sur les médecins du service	62
Impacts sur la profession infirmière	64
Impacts sur l'auteure de l'essai	66
Limites et retombées	68
Recommandations	70
Suites à donner	72
CONCLUSION	73
RÉFÉRENCES	77

Liste des tableaux

Tableau 1	Associations professionnelles consultées	11
Tableau 2	Profil démographique des infirmières du SASC	37
Tableau 3	Aperçu des interventions concernant la médication du 12 février au 12 mars 2004	51
Tableau 4	Aperçu des interventions concernant la médication du 13 mars au 12 avril 2004	53
Tableau 5	Aperçu des interventions concernant la médication du 13 avril au 12 mai 2004	54

Liste des appendices

Appendice A	Étude de cas	81
Appendice B	Tableau de formation et réglementation au pays	95
Appendice C	Contrat avec le milieu d'intervention clinique	98
Appendice D	Plan d'action opérationnel	102
Appendice E	Lettre d'approbation du CECII	108
Appendice F	Résolution du CMDP	110
Appendice G	Résolution du CA	113
Appendice H	Mini-sondage (avril 2003)	116
Appendice I	Diagramme de Gantt	120
Appendice J	Ordonnance collective	122
Appendice K	Feuille de dossier.....	126
Appendice L	Lettre du Collège des médecins datée du 11 mai 2004.....	128
Appendice M	Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (article 36)	135
Appendice N	Choix d'une directrice d'essai.....	137

Remerciements

En entrant à l'Université du Québec en Outaouais (UQO), je ne m'attendais surtout pas à me retrouver dans des études de deuxième cycle car mon but premier était d'aller chercher mon baccalauréat afin d'obtenir une reconnaissance salariale dans le poste que j'occupais. Non seulement j'ai terminé un diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières mais je présente aujourd'hui mon essai de maîtrise, comme quoi, il ne faut jamais dire « jamais ».

J'aimerais remercier plusieurs personnes qui ont contribué à ma réussite. Tout d'abord un merci particulier aux infirmières et infirmiers du service d'accompagnement et de soutien communautaire de centre hospitalier Pierre-Janet en Outaouais pour être « embarqués » dès le début dans ce projet. Merci pour votre participation et votre appui inconditionnel.

Merci à Johanne Goudreau, professeure en sciences infirmières à l'Université de Montréal, qui depuis le début de l'aventure, malgré sa décision de quitter l'UQO, a accepté de continuer de superviser mes travaux et ce, de l'extérieur de la région. Merci également à Francine de Montigny, professeur à l'Université du Québec en Outaouais, ma directrice d'essai, qui a pris le risque de prendre le train en marche. Merci à vous

deux de votre temps et de vos bons conseils car l'écriture n'est pas ma plus grande force je dois dire.

Je ne peux passer sous silence l'immense complicité qui s'est développée avec deux compagnes de cours, tout au long de cette folle aventure, Hélène Langlois et Louise Dupuis. Hélène, un nombre négatif multiplié par un autre nombre négatif, ça donne quoi encore? Je vous ne vous oublierai jamais. Merci!

Merci également à une professeure fantastique qui a su me faire aimer les statistiques, Annick Lambert, qui a accueilli les « trois nurses » dans ses cours.

Une immense gratitude à ma famille pour leur soutien et leur patience.

Introduction

Les troubles sévères et persistants de santé mentale constituent un problème de santé majeur au Canada et au Québec. On estime que 1 à 3 % de la population en souffre (Conseil d'évaluation des technologies de la santé au Québec, 1999, p. 1), ce qui représente, en chiffres absolus, de 74, 000 à 220, 000 personnes au Québec seulement.

Or, depuis la mise en œuvre de la désinstitutionalisation des personnes atteintes de maladies mentales, la majorité de ces personnes doit recevoir des soins psychiatriques dans des services de soins ambulatoires. Pour répondre à cette nouvelle demande, les professionnels de la santé mentale de différents milieux ont élaboré des modèles de services d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC), qui sont ni plus ni moins que des programmes de suivi intensif, adaptés à leur milieu et leurs ressources. « Le suivi communautaire devient un service primaire et central dans la restructuration des systèmes en santé mentale associée à la désinstitutionnalisation des personnes ayant des troubles mentaux graves » (Émard et Aubry, 2004, p.302).

Les SASC sont composés d'équipes multidisciplinaires, dont les infirmières font partie, avec, de façon variable, des médecins psychiatres et généralistes, des travailleurs sociaux, des psychologues et des éducateurs. En 1997, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) et par la suite plusieurs observateurs (Dubé, Letarte, Poirier & Yelle, 2001; Dubé, Letarte, Poirier & Yelle, 2002) ont avancé l'idée que le rôle de

l'infirmière au sein des SASC va au-delà des pratiques infirmières traditionnelles et correspond à la définition de pratique avancée en soins infirmiers telle que proposée par Hamric, Spross et Hanson (2000).

Plus particulièrement au SASC du centre hospitalier Pierre-Janet, l'infirmière se retrouve dans des situations où elle doit prendre des décisions cliniques urgentes et agir dans le « ici et maintenant ». Ainsi, il arrive régulièrement qu'elle dépasse le cadre professionnel infirmier habituel, notamment en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique. Pour tenter de résoudre cette problématique, l'auteure de cette essai a suggéré d'élaborer, d'implanter et d'évaluer une ordonnance collective selon la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L. Q. 2002, c. 33.¹

Cet essai est constitué de cinq chapitres. Dans le premier chapitre la problématique est décrite ainsi que le but et les objectifs du projet d'intervention. Le deuxième chapitre expose l'état actuel des connaissances et le cadre de référence utilisé pour cet essai. Par la suite, le chapitre trois développe le modèle d'intervention ainsi que la méthodologie qui a guidé le projet d'intervention et le chapitre quatre précise les résultats obtenus. Finalement, le cinquième chapitre discute des impacts, limites, retombées et suites à donner au présent projet.

¹ Afin d'alléger le texte nous utiliserons le terme « chapitre 33 (2002) » pour désigner cette loi.

Problématique

Contexte

Le service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) est un des nombreux services offerts par le centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ), un centre hospitalier psychiatrique de troisième ligne. Le SASC offre des services de réadaptation et de soutien dans le milieu de vie des personnes souffrant de problèmes graves et persistants de santé mentale. Environ « 80 % des personnes suivies au SASC sont atteintes de schizophrénie, 30 % vivent en résidences de type familiale, sont en rupture avec leur milieu, souvent hospitalisés et dont les hospitalisations sont très longues » (Dansereau, Dubé, Goulet & Poirier, 2004).

Au SASC du centre hospitalier Pierre-Janet, il y a cinq équipes de réadaptation; chaque équipe est composée d'une infirmière, d'un éducateur, d'un travailleur social, d'un conseiller en réadaptation, qui agit comme consultant auprès de l'équipe et d'un médecin omnipraticien. Les infirmières, éducateurs et travailleurs sociaux offrent une présence à temps complet et les conseillers en réadaptation ainsi que les médecins sont disponibles au SASC à temps partiel. Ainsi trois médecins omnipraticiens offrent chacun une journée par semaine pour l'ensemble des équipes; chaque équipe bénéficie ainsi d'une demi-journée à une journée par semaine des services d'un médecin. Chaque équipe a la responsabilité de 50 à 70 clients.

Depuis plusieurs années, les infirmières² du SASC ont dû adapter leur pratique pour répondre aux besoins de plus en plus complexes de la clientèle. Leurs interventions visent essentiellement le bien-être et la sécurité des clients qui, à cause de leur maladie, sont en situation d'extrême vulnérabilité. Ainsi, elles évaluent l'état de santé mentale de leurs clients et assurent une surveillance clinique de leur condition lorsqu'il y a des symptômes et des risques de rechute.

Les résultats d'une étude de cas (voir Appendice A) visant à décrire le rôle des infirmières du SASC de Pierre-Janet montrent que les pratiques de ces infirmières constituent premièrement, une pratique avancée selon les critères de Hamric et al. (2000) et deuxièmement, dépassent le cadre professionnel habituel de pratique pour des infirmières, notamment en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique. (Poirier, Goudreau & de Montigny, 2004).

Situation initiale

Parmi toutes les interventions décrites dans l'étude de cas, celle de la gestion de la médication constitue l'enjeu le plus important. En effet, lorsqu'elles sont sur le terrain, les infirmières du SASC sont appelées à augmenter, cesser, diminuer et renouveler certains médicaments psychiatriques. Or, bien que ces pratiques soient soutenues par les pharmaciens communautaires qui acceptent de servir ces médicaments et par les

² Ce terme générique sera utilisé pour alléger le texte et désigne également les infirmiers.

médecins du SASC qui contresignent les ajustements par la suite et bien qu'aucun incident fâcheux ne se soit produit, aucun cadre légal (ordonnance permanente, acte délégué, protocole) ne régit ces pratiques.

Ces pratiques se sont développées progressivement sous l'influence de plusieurs facteurs comme la pénurie de médecins au sein des équipes du SASC et la nécessité fréquente d'intervenir « ici et maintenant » auprès de la clientèle pour éviter les rechutes et les réhospitalisations. Confrontées à l'obligation de faire preuve d'une grande autonomie, les infirmières ont acquis une expertise basée sur l'expérience, sur la consultation d'ouvrages scientifiques et sur de nombreuses activités de formation continue. Cette façon de développer de l'expertise a été documentée par Benner (1995).

Les situations vécues au SASC comportent plusieurs irritants. Premièrement, les infirmières posent des actes professionnels réservés aux médecins. Ainsi, malgré le soutien tacite du milieu, ces pratiques de gestion de la médication psychiatrique par des infirmières comporte un potentiel d'accusation de pratique illégale de la médecine.

Deuxièmement, il devient difficile de remplacer les infirmières pour des vacances, des maladies ou des études puisque l'acquisition des compétences requises a été effectuée de manière plus ou moins formelle et est largement basée sur le temps et l'expérience.

Situation désirée

Dans ce contexte, il apparaît urgent d'élaborer un cadre visant à « légaliser » les pratiques des infirmières face à la gestion de la médication. Le chapitre 33 (2002) ouvre la voie à ce changement.

Objectifs du projet d'intervention

L'objectif général de ce projet est d'encadrer ces pratiques par la mise en place d'une ordonnance collective tel que décrite dans le chapitre 33 (2002). Quatre objectifs spécifiques en découlent.

- Élaborer une ordonnance collective visant la régularisation des pratiques des infirmières du SASC en regard de la médication psychiatrique;
- Obtenir l'approbation des instances concernées du CHPJ, selon le chapitre 33 (2002);
- Implanter l'ordonnance comme projet pilote au SASC;
- Évaluer l'applicabilité de l'ordonnance auprès des infirmières du SASC.

État des connaissances

Ce chapitre comporte deux sections. La première vise à présenter l'état actuel des connaissances en ce qui concerne l'ajustement de médicaments par des infirmières. La deuxième présente le cadre de référence du projet d'intervention soit la définition de la pratique avancée, le modèle de changement organisationnel de Collette, Delisle & Perron (2000) ainsi que le chapitre 33 (2002).

État actuel des connaissances

Une recherche à l'aide des bases de données CINALH, MEDLINE et PsycINFO et des mots-clés : protocole, ordonnance permanente, ordonnance collective, psychiatrie, prescription infirmière et ajustement de médicament, a permis de constater qu'il y a peu d'écrits au sujet des ajustements de médicaments faits par des infirmières. De plus, les publications consistent en rapports tel que celui du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines (2001) (Commission Bernier), en prises de position tel que celle du Collège des médecins du Québec, de l'OIIQ, de l'AHQ et en guides explicatifs tels que ceux de l'OIIQ (2003) et du Gouvernement du Québec (2002). Aucune étude empirique a été retracée. Un aperçu de ces publications sera traité dans les lignes qui suivent.

Par ailleurs, une consultation par courriel, téléphone ou sites web auprès de différentes associations professionnelles (voir Tableau 1) a permis de vérifier qu'il n'existait pas de projet comme celui proposé ici.

Tableau 1

Associations professionnelles consultées

- L'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
 - L'association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
 - Le collège des médecins du Québec (CMQ)
 - Le conseil international des infirmières (ICN)
 - L'association des hôpitaux du Québec (AHQ)
 - L'association des infirmières de l'Ontario (RNO)
 - La Croix-Rouge
 - La branche des soins de santé des Premières Nations Inuits
 - L'association des infirmières enregistrées de la Colombie-Britannique (RNABC)
 - L'association des infirmières de pratiques avancées (APN)
 - L'association québécoise des infirmières et infirmiers psychiatriques et santé mentale (AQIIP)
-

Les seuls documents disponibles dans les bases de données telles que CINALH, MEDLINE et PsyINFO concernent les pratiques des infirmières praticiennes ou spécialisées, deux rôles correspondant à la pratique avancée décrite dans le cadre de référence qui suit.

Cadre de référence

La prochaine partie décrit plus en détail le cadre de référence de la pratique avancée, du chapitre 33 (2002) et du modèle de changement organisationnel de Collettere, Delisle & Perron (2000).

Définition de la pratique avancée

Selon Hamric et al. (2000), la pratique avancée en soins infirmiers « ... réfère à l'application d'un large répertoire d'interventions basées sur la pratique, la théorie et la recherche, aux expériences de santé des patients dans une spécialité clinique particulière de la discipline infirmière » (traduction libre, p. 57).

Toujours selon Hamric et al., (2000) la compétence centrale de l'infirmière en pratique avancée se situe dans la *pratique clinique directe* auprès des patients.

Cette pratique clinique de l'infirmière comporte cinq caractéristiques : (1) une approche holistique, (2) une relation de partenariat avec les patients, (3) l'utilisation du raisonnement clinique à un niveau d'expert, (4) l'utilisation des résultats de la recherche pour guider les interventions, (5) l'utilisation de plusieurs approches de soins.

En 2002, dans son mémoire « La pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie », l'OIIQ décrivait l'infirmière praticienne comme une infirmière qui « diagnostique et traite les patients de tout âge présentant des problèmes de santé courants » (p. II-1) et ce, en collaboration avec le *médecin généraliste* oeuvrant en *première ligne*. L'infirmière spécialisée quant à elle « pratique en étroite collaboration avec les *médecins spécialistes* dans des établissements de *deuxième et troisième ligne* » (p. II-1). Par contre, en 2003, suite à l'adoption du chapitre 33 (2002), dans le guide explicatif de l'OIIQ concernant ce chapitre 33, le titre d'infirmière praticienne spécialisée est retenu. Cette infirmière peut « prendre en charge des patients dont le diagnostic est déjà établi » (p.75) et exercer cinq activités additionnelles soient :

- Prescrire des examens diagnostiques;
- Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudices;
- Prescrire des médicaments et d'autres substances;
- Prescrire des traitements médicaux;

- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudices.

Deux conditions sont prévues à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers et doivent être remplies afin de pouvoir exercer ces activités additionnelles, qui caractérisent le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée :

- Être titulaire d'un certificat de spécialiste;
- Être habilitée à exercer les activités additionnelles précédentes en vertu d'un règlement du Collège des Médecins du Québec (CMQ).

Cette formation de spécialiste s'acquiert principalement à l'université. Plusieurs programmes sont offerts dans les universités canadiennes. Toutes ont des programmes de niveau maîtrise mais chaque université offrent des volets différents tels que programme de soins infirmiers cliniques primaires pour les infirmières dans un rôle élargi à l'Université de Victoria, programme en soins infirmiers avancés à l'Université de l'Alberta et un certificat post-maîtrise d'infirmière praticienne à l'Université de Calgary. D'autres programmes sont aussi offerts dans d'autres universités. (voir Appendice B)

L'association des infirmières et infirmiers du Canada (2000), dans son cadre national, décrit la pratique infirmière avancée comme « l'efficacité des interactions, le mélange et

l'exécution simultanée des compétences déterminées du savoir, du jugement et des qualités personnelles dans les milieux de pratique et les organismes de soins de santé très complexes » (p.6).

Louise Hagan, professeure titulaire à l'Université Laval de Québec lors d'une conférence présentée au Congrès de l'OIIQ de 2001 mentionnait que :

Les infirmières ne veulent pas remplacer les médecins. Elles veulent pouvoir jouer pleinement leur rôle dans l'évaluation et la surveillance de l'état de santé physique et mentale des personnes. (...). Ce rôle n'est pas un rituel technique routinier. Il faut faire appel à des connaissances scientifiques diversifiées facilitant un jugement éclairé. (Hagan, 2001, p.12).

Le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines recommande :

« Que la reconnaissance de la pratique avancée (...) donne lieu à un partage d'activités réservées qui font partie de la liste attribuée à un autre ordre professionnel; fasse l'objet d'une entente entre les ordres professionnels concernés, incluant la formation requise pour ces nouvelles pratiques » (Commission Bernier, 2001, p. 10).

Dans un article paru en octobre 2003 dans le périodique « Le Collège », Me Édith Lorquet mentionne la « nécessité d'adapter le cadre légal à la réalité des milieux » (p. 6.).

Le chapitre 33 (2002)

Le chapitre 33 (2002) adopté par l'Assemblée Nationale et sanctionné par le lieutenant-gouverneur en conseil le 14 juin 2002 vise, entre autre à assouplir les frontières entre les professions.

La réforme que vient de subir le Code des professions de la santé au Québec fait suite à des travaux réalisés par la Commission Bernier. Elle « modernise la pratique des professions de la santé en permettant à chaque catégorie de professionnels d'utiliser au mieux ses compétences pour soigner la population » (OIIQ, 2003, p.1).

« Ce sont les cliniciens qui, dans leurs milieux, détermineront les médicaments à administrer ainsi que la nature des traitements, des examens ou des soins qui devant être offerts aux patients par d'autres professionnels » (Lorquet, 2003, p.10).

Toute cette démarche fait partie d'un large projet qui englobe également la révision des lois professionnelles. Onze professions sont visées par les modifications législatives, dont la profession infirmière.

Le chapitre 33 (2002) encadre des pratiques qui, avec le temps, se sont créées en dehors des cadres légaux existants. Cette loi « ne fait que reconnaître officiellement ce qui se faisait « en coulisses » dans plusieurs milieux » (Lamontagne, 2003, p.5).

Les principaux changements du cadre juridique, que visent les objectifs gouvernementaux permettent d'alléger et d'assouplir la réglementation afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle tout en poursuivant l'objectif de protection du public.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L. Q. c. 33, (2002) sert à guider l'élaboration et la mise en place de l'ordonnance collective au SASC.

Toujours selon cette loi, le terme « ordonnance » signifie :

Une ajustement 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. (Chapitre 33, 2002, p. 12)

Desrosiers (2003) rappelle que l'ordonnance individuelle ou collective a pour objet « ...d'ajuster ou d'effectuer les examens, les soins, les traitements médicaux et la médication » (p. 6.).

Le chapitre 33 (2002) « prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé » (p.2). Il permet également d'établir « un

cadre qui permettra d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales ». (Chapitre 33, 2002, p.2).

Le législateur a pour but de reconnaître et d'encourager l'autonomie professionnelle en réitérant sa confiance envers ces derniers mais alors des questions pertinentes et importantes s'imposent telles que « Est-ce que je suis formé pour le faire? » « Est-ce que j'ai les compétences nécessaires? » Les professionnels concernés doivent maintenant se poser ces questions avant de poser un acte. Ces questions sont différentes de la question qui datait de plus de 30 ans et qui fait référence à « Est-ce que j'ai le droit de le faire ou non? »

La plus grande partie de cette loi est entrée en vigueur le 30 janvier 2003 et l'autre partie en juin de la même année. Cela ne signifie pas que toutes les façons de faire actuelles changent d'un coup. Les milieux devront se conformer graduellement aux règlements qui seront créés afin de modifier les actes professionnels déjà existants.

Avec la venue du chapitre 33, (2002), l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec est libellé comme suit :

« 36. L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et 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 des soins palliatifs ». (p.12).

Plusieurs activités sont réservées à l'infirmière dont les quatre suivantes qui concernent plus spécifiquement la pratique des infirmières du SASC soit :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (Activité 1)
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance (Activité 3)
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (Activité 10)
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance (Activité 11)

Le chapitre 33 (2002) vient reconnaître la réalité des milieux, l'évolution des compétences, des techniques et de la technologie. Il permet donc de reconnaître et d'encadrer certaines pratiques cliniques qui, auparavant, auraient dépassé le cadre légal des pratiques professionnelles, comme celles des infirmières du SASC, décrites précédemment. Cette nouvelle loi confirme ce qui se faisait déjà en toute légalité et légalise certaines pratiques dites clandestines.

Le législateur voulait permettre une souplesse dans cet encadrement légal afin de permettre aux milieux de « reconnaître officiellement la pertinence de ce qui se faisait en coulisses » (Lorquet, 2003, p.10).

Afin de faciliter l'application de l'intervention prévue, l'auteur de cet essai a choisi le modèle de changement organisationnel tel que décrit par Collerette et al. (2000).

Modèle de changement organisationnel selon Collerette et al. (2000)

Ce modèle est basé sur l'analyse systémique provenant des sciences pures et est utilisé depuis plusieurs décennies. Il est assez complexe au niveau théorique mais Collerette et al. ont su le simplifier afin qu'il soit facilement adaptable à divers changements. Ce modèle définit le système comme étant « un ensemble plus ou moins complexe de parties qui sont en interactions entre elles, lequel ensemble est en contact avec son environnement » (p.6). Les différentes parties du système sont des sous-systèmes et chaque système ou sous-système a des frontières. Ces frontières sont étroitement liées à la nature du problème.

Les intrants sont tous les éléments qui agissent sur le système. Ils peuvent être de toute nature. Les extrants sont les résultats que le système produit sur son environnement. Pour que les intrants deviennent des extrants, un processus de transformation est nécessaire et est défini par une certaine quantité d'activités qui

nécessitent plus ou moins de coordination. Pour ces auteurs « l'environnement ne fait pas partie du système, c'est tout simplement l'univers dans lequel celui-ci existe » (p.13).

Toujours selon Collerette et al. (2000) tous les systèmes auraient un penchant à vouloir demeurer dans un état d'homéostasie, à savoir : un état de stabilité relative dans les relations entre les systèmes et les sous-systèmes mais qui ne signifie pas pour autant la rigidité. Dès que des modifications sont apportées dans des façons de fonctionner c'est le développement de nouvelles stratégies qui contribuent à maintenir l'homéostasie : « Une situation donnée, en apparence stable, ne serait en fait qu'une situation maintenue en état d'équilibre dans un champ dynamique de forces opposées ». (Collerette et al. 2000, p. 74).

Ces auteurs utilisent plusieurs termes pour identifier les personnes qui font partie d'une démarche de changement tels que l'agent de changement, les destinataires, les bénéficiaires. Les lignes suivantes les définissent plus clairement.

L'agent de changement est celui qui agit de façon consciente sur l'environnement afin d'implanter plus facilement un changement prévu. L'auteure de cet essai est considérée comme l'agente de changement.

Les destinataires sont les personnes visées directement ou non par les activités qui ont lieu lors du processus de changement. Les personnes qui profiteront du changement sont appelées les bénéficiaires. Dans le présent projet, les infirmières du SASC sont les destinataires et également les bénéficiaires du changement projeté. Elles doivent s'adapter aux exigences du changement mais elles tirent également profit de ce changement.

Selon Lewin, cité dans Colletterte et al. (2000), trois phases constitue le processus de changement :

- La désintégration : correspond au moment où les destinataires débutent une remise en question, volontaire ou non, de leurs perceptions, de leurs habitudes et même de leurs comportements;
- La transition : est le moment où les nouvelles façons de faire sont débutées et chaque bénéficiaire en fait l'expérience;
- La recristallisation : est le moment où les nouvelles façons de faire s'ajustent avec l'environnement et commencent à devenir une habitude.

Afin de faciliter au mieux le changement prévu, l'agente de changement doit être attentive au niveau d'anxiété que génère le projet pour éviter que les individus aillent dans la direction opposée de celle souhaitée. Elle doit donc s'assurer de choisir le bon moment « le *zeitgeist* » pour la mise en œuvre du projet.

Pour que l'agente de changement puisse implanter le changement avec des chances de succès, elle a recours à différentes approches et stratégies tout au long du processus.

Collerette et al. (2000) décrivent les styles d'approche ainsi que les sept stratégies utilisées pour exercer un certain pouvoir sur les forces motrices ou restrictives présentes. La notion d'approche est « la conception qu'on se fait du changement dans les systèmes sociaux » et pour eux la stratégie est « l'ensemble des moyens et tactiques mis en œuvre et des actions engagées par un agent sur un terrain donné en vue d'y atteindre un objectif spécifique. » (p.106).

Ils décrivent ainsi ces styles d'approche :

- *approche empirico-rationnelle* : approche qui se base sur de vieilles traditions humaines et sur le postulat que « la personne est d'abord et avant tout un être pensant » (p. 108). Ceci signifie que si l'agente de changement s'adresse à la raison des destinataires et qu'elle apporte des arguments concluants, les destinataires pourront voir les avantages et passer de l'idée à l'action;
- *approche normative-rééducative* : celle-ci s'appuie sur l'idée que « la personne est d'abord et avant tout un être social » (p. 109). Cette approche suppose des changements d'attitudes, de valeurs, d'habiletés et de groupes de référence. Elle privilégie beaucoup l'engagement de la personne. Cette approche vise l'apprentissage de nouvelles valeurs, habiletés et attitudes.

- *approche coercitive* : cette approche est basée sur une loi naturelle qui dit que les moins forts doivent céder la place aux plus forts. Cette approche est donc très pénible et le pouvoir sous toutes ses formes est utilisé en récompensant ceux qui adhèrent et en châtiant ceux qui n'y adhèrent pas. L'agente de changement doit s'assurer d'avoir le pouvoir avant de l'exercer;
- *approche consensuelle* : cette approche vise à introduire les changements en tentant de créer un consensus;
- *approche conflictuelle* : celle-ci signifie qu'il y a un rapport de force entre les groupes et que l'on doit se battre pour gagner la partie;
- *approche marginale* : cette dernière s'appuie sur le postulat que pour différents motifs, il est préférable de changer ce que nous voulons changer peu importe ce qui se passe autour de nous. On doit le faire pour soi et ne pas se préoccuper de ce que cela peut causer.

Après avoir décidé de l'approche qui est potentiellement efficace, l'agente doit maintenant s'attarder aux choix des stratégies. Elle s'interroge d'abord sur ses sources de pouvoir afin d'estimer de façon précise comment se fait la répartition de l'influence entre elle et les destinataires. « Selon la quantité et la qualité des ressources qu'elle détient, l'agente peut faire appel à toute une gamme de stratégies de gestion du changement, qui vont de l'imposition jusqu'à la non-intervention sur le contenu. » (Collerette et al. 2000, p. 128).

Les sept stratégies qui peuvent être utilisées lors d'un changement sont, selon ce modèle :

- L'imposition : cette stratégie ne peut être utilisée que lorsque l'agente détient le pouvoir. Les destinataires ont peu de ressources pour faire face à l'agente;
- La pression : l'agente tente d'imposer son point de vue de façon plus ou moins formelle en démontrant aux destinataires qu'ils ont tout intérêt à se rallier à son point de vue;
- La consultation : les destinataires ont assez de pouvoir pour obliger l'agente à prêter une oreille attentive à leurs opinions, sans cela elle s'exposera à des pressions nombreuses et persistantes;
- La cogestion : les deux parties détiennent la même quantité et qualité de pouvoir et l'agente doit transiger avec les destinataires car elle a absolument besoin de leur soutien sinon il n'y a aucune possibilité d'initier un changement;
- L'incitation : l'agente détient assez de pouvoir pour faire de petites pressions sur les destinataires pour les amener à sa proposition de changement;
- Les suggestions : cette stratégie ressemble beaucoup à l'incitation mais l'agente détient peu de ressources pour influencer les destinataires;
- L'habilitation : la prise de décision est laissée aux destinataires. L'agente n'exerce plus aucun pouvoir sur le contenu du changement.

L'approche globale choisie pour le présent projet s'inspire des approches de type empirico-rationnel et consensuel. L'agente de changement constate que les individus sont rationnels et feront ce qui est dans leur intérêt. Elle s'attend à ce que les destinataires adoptent le changement dans la mesure où celui-ci se justifie rationnellement et qu'ils pourront en voir les avantages. L'agente de changement s'assure également d'obtenir un consensus de la majorité des personnes avant d'initier le changement. Cette approche est basée sur la supposition qu'en faisant participer les individus à la recherche de solutions, les changements sont de meilleure qualité et durent plus longtemps.

Methodologie

Les objectifs de cet essai étaient : d'élaborer une ordonnance collective visant à régulariser des pratiques en regard de la médication psychiatrique; d'obtenir les approbations des instances concernées du CHPJ, selon le chapitre 33, (2002); d'implanter l'ordonnance comme projet pilote au service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) et d'en évaluer l'applicabilité auprès des infirmières du SASC.

Afin de guider toute cette démarche, l'auteure de cet essai s'est inspirée du modèle intégré de consultation de Lescarbeau, Payette & St-Arnaud (2002). Ce modèle a permis d'organiser la pensée de l'auteure pour planifier chacune des étapes du processus d'élaboration et d'approbation de l'ordonnance collective.

Modèle d'intervention de Lescarbeau et al. (2002)

Ces auteurs décrivent le processus de consultation comme « une suite dynamique et rigoureuse d'opérations accomplies selon un mode défini, dans le but de transformer de la matière ou de l'information » (p.18). Le processus comprend différentes étapes qui sont décrites dans les prochains paragraphes soit l'entrée, le contrat, l'orientation, la planification, la réalisation et la terminaison. Avant d'aborder ces étapes, le milieu et les personnes touchées par le projet sont présentés. Lescarbeau et al. (2002) utilisent des

termes différents pour désigner le système, les sous-systèmes, les frontières, l'agent de changement, les destinataires ainsi que les bénéficiaires tels que décrits par Collerette et al., (2000). Nous gardons ces termes pour éviter la confusion entre les deux modèles expliqués et utilisés dans cet essai. Toutefois nous maintiendrons les étapes telles que décrites par Lescarbeau et al. (2002).

Milieu

Le projet d'intervention s'est déroulé au service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) du centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ) dans la région de l'Outaouais. Le SASC est un des multiples services offerts par le CHPJ. La mission du SASC est d'offrir de façon proactive, avec les personnes concernées et les partenaires, des services qui redonnent aux clients du pouvoir sur leur vie, augmentent leur satisfaction et leur réussite et encouragent leur rétablissement. Le SASC offre des services de soutien et d'accompagnement pour des personnes qui souffrent de problèmes graves et persistants de santé mentale.

Destinataires ou personnes touchées par le projet

Pour ce projet d'intervention, les destinataires sont les six infirmières du SASC. Les médecins du SASC font également partie des destinataires soit trois médecins omnipraticiens. Le Comité Exécutif du Conseil des Infirmières et Infirmiers (CECII), le

Comité Exécutif des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CECMDP) du CHPJ et le Conseil d'Administration (CA) de l'établissement sont touchés car ils ont un pouvoir décisionnel sur l'approbation du projet d'ordonnance collective. Ils doivent approuver le projet et par la suite, l'ordonnance collective.

L'entrée

L'entrée représente la première étape du processus. L'objectif de l'étape de l'entrée permet à l'agente de changement, aux destinataires et aux bénéficiaires de prendre une décision éclairée sur la préparation ou non d'une demande de collaboration éventuelle. Cette étape comporte plusieurs sous-étapes soient : (1) le partage d'information qui consiste à recueillir de l'information concernant la situation initiale, les destinataires, le système, l'intervention souhaitée ainsi que la relation souhaitée; (2) la transmission de l'information sur la perception de la situation, les façons d'intervenir, les rôles de chacun, les intérêts, les compétences ainsi que l'expérience; (3) la prise de décision concernant la pertinence de poursuivre ou non la démarche, le choix des destinataires et les frontières du système-client.

Le contrat

La seconde étape d'une démarche de consultation est celle du contrat (voir Appendice C) qui est l'entente formelle entre les destinataires et l'agente de changement. Cette

entente peut être verbale ou écrite et peut prendre plusieurs formes allant d'un simple mémo à un contrat formel entre les parties. Le contrat doit comprendre une description détaillée de la demande, du contexte de cette demande, le but de l'intervention et les signes de succès, une description du rôle de chacun, une estimation des coûts ainsi qu'une première planification de la démarche proposée. Celle-ci doit être présentée aux destinataires.

L'orientation

L'étape de l'orientation vise le choix des priorités d'action, par la prise de décision de la direction souhaitée par le changement. Les priorités d'action permettront de transformer la situation initiale vers celle désirée par les destinataires.

La planification

Avant de passer à l'étape de la réalisation, un plan d'action opérationnel (voir Appendice D) est fait afin d'aider l'agente de changement à gérer efficacement les étapes de la planification. Le plan d'action est remis au chef clinique ainsi qu'à la direction des soins infirmiers (DSI) afin de les informer des activités à venir. Les quatre objectifs du plan d'action sont :

1. Sensibiliser le milieu : les activités prévues sont des rencontres avec les destinataires afin de les informer de la mise en œuvre du projet et par la suite retourner les voir pour les aviser du début de l'écriture de l'ordonnance. Le moyen d'évaluation pressenti est de poser des questions concernant le projet aux personnes concernées afin d'évaluer le niveau de sensibilisation de ces personnes. Les questions posées sont : Que connaissez-vous sur le projet? Que pensez-vous d'un tel projet? Savez-vous ce qu'est une ordonnance collective? Êtes-vous d'accord avec le principe d'encadrer ces pratiques? Est-ce que vous êtes intéressés à participer à ce projet? Les questions sont de style ouvertes et fermées. Les répondants peuvent parler du projet et également qu'est-ce que représente l'ordonnance collective dans la situation.
2. Élaborer par écrit l'ordonnance collective : l'identification des responsables du suivi de l'ordonnance, des utilisateurs ainsi que les activités qui doivent être faites sont les activités prévues pour l'élaboration de l'ordonnance collective. L'évaluation vise la validation de l'ordonnance par des rencontres avec les destinataires.
3. Valider une première version de l'ordonnance : une présentation du premier jet de l'ordonnance aux instances concernées est la seule activité prévue pour valider l'ordonnance. L'obtention des approbations du CECII, du CMDP ainsi que celle du CA (voir Appendices E, F et G) par écrit de chacune des instances permettent de confirmer la validation et ce, de façon formelle. Un mini-sondage

(Voir Appendice H) a également été effectué afin de recueillir des données supplémentaires sur les pratiques en cours au SASC.

4. Implanter l'ordonnance collective au SASC. L'activité prévue pour implanter l'ordonnance est la mise en vigueur de l'ordonnance collective au SASC. Une rencontre avec les utilisateurs donc les destinataires, est planifiée pour vérifier leur satisfaction et évaluer le contenu de l'ordonnance.

La réalisation

L'étape de la réalisation consiste à mettre en place le plan d'action opérationnel. Ce plan d'action doit maintenant être présenté aux destinataires et bénéficiaires. L'agente de changement « poursuit alors trois objectifs : informer les membres, recueillir leurs réactions, puis les mobiliser autour du projet ». (Lescarbeau et al., 2002, p.228).

Par la suite vient l'étape de coordonner la réalisation. L'agente de changement doit alors s'assurer d'encourager la concertation c'est-à-dire qu'elle doit faire une planification adéquate et efficace du projet afin de favoriser la participation de toutes les personnes touchées. Elle doit aussi estimer les progrès de l'élaboration de l'ordonnance collective donc elle rencontre régulièrement les personnes concernées, fait le point à chaque étape avec les destinataires, s'assure de faire circuler l'information nécessaire au bon fonctionnement du processus. Elle assure l'autorégulation du projet en rencontrant

les personnes concernées régulièrement et vérifie avec elles comment se fait l'intégration de l'ordonnance collective.

La terminaison

« Terminer, c'est intervenir » (Lescarbeau, 2002). Dès l'étape du contrat, le moment précis où l'intervention est terminée est indiqué. L'agente de changement doit s'assurer que rien n'est laissé au hasard, que tout est terminé. L'agente reste ouverte à une reprise de contact si besoin de la part des destinataires. Cette étape est considérée comme le point de départ de l'évaluation de la démarche de changement.

Lors de toutes ces étapes, l'agente de changement a tenu un journal de bord qui lui a servi d'aide-mémoire afin de produire un document écrit à la fin de la démarche.

Résultats

L'objectif général de ce projet est d'encadrer les pratiques des infirmières du SASC face à la gestion de la médication par la mise en place d'une ordonnance collective. Quatre objectifs spécifiques en découlent.

- Élaborer une ordonnance collective visant la régularisation des pratiques des infirmières du SASC en regard de la médication psychiatrique;
- Obtenir l'approbation des instances concernées au CHPJ, selon le chapitre 33 (2002);
- Implanter l'ordonnance collective comme projet pilote au SASC;
- Évaluer l'applicabilité de l'ordonnance auprès des infirmières du SASC.

Le chapitre comporte trois sections. La première présente l'analyse des résultats à travers chaque étape, la seconde expose l'impact de la mise en place de l'ordonnance collective sur les pratiques infirmières du SASC. La dernière décrit les résultats obtenus en fonction des objectifs personnels d'apprentissage de l'auteure. Pour débiter le profil socio-démographique des infirmières du SASC est présenté.

Profil socio-démographique des infirmières du SASC

Six infirmières travaillent au SASC et toutes ont participé (incluant l'auteure de cet essai) à la mise en application de l'ordonnance collective. En questionnant les infirmières concernées, l'auteure a obtenu les données pour le profil socio-démographique de chacune. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 2

Profil socio-démographique des infirmières au SASC

Sexe	Diplômes	Années d'expérience en psychiatrie	Années d'expérience au SASC
Hommes : 2	BAC : 1 DEC : 1	Tous plus de 10 ans	Tous plus de 5 ans
Femmes : 4	BAC : 1 DEC : 2 DESS : 1	Toutes plus de 10 ans	Toutes plus de 5 ans

Légende : Bac : Baccalauréat, DEC : Diplôme d'études collégiales, DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées.

Analyse des résultats

Chacune des étapes du processus de changement est reprise pour décrire les actions posées par l'agente de changement tout au long de la démarche afin de faire l'analyse des résultats obtenus.

L'entrée

L'étape de l'entrée qui est le début du processus s'est déroulée de l'automne 2002 jusqu'au printemps 2003. Cette étape a permis de sensibiliser le milieu. Toute cette partie comprend des rencontres avec les personnes concernées par le projet. Les infirmières du SASC ont demandé, à l'occasion d'une rencontre d'infirmières qui se déroule à chaque mois, que le rôle différent de l'infirmière au SASC, surtout en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique, soit décrit de manière à officialiser leurs compétences lorsqu'elles font des ajustements au niveau de la médication psychiatrique. Comme ces pratiques sont soutenues par les médecins qui travaillent avec elles depuis des années, elles voulaient obtenir un document qui en permette la légalisation. Les infirmières veulent que ce rôle élargi, qui dépasse, selon elles, le cadre professionnel habituel, soit connu et reconnu.

Dès le début de l'étape de l'entrée soit à l'automne 2002, un changement à la direction des soins infirmiers de l'établissement requiert le partage d'information avec

cette nouvelle actrice, en particulier au niveau des pratiques en cours et du changement désiré. Cette nouvelle DSI est étonnée d'apprendre que ce genre de pratique a cours au SASC. Elle suggère de documenter l'ampleur du phénomène en effectuant un mini-sondage sur une période d'un mois. Le déroulement et le résultat du mini-sondage est présenté un peu plus loin dans ce chapitre. Elle a également suggéré de communiquer avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) afin de vérifier auprès d'eux si une approbation de leur part est nécessaire. Un appel est logé à l'OIIQ en octobre 2003. L'OIIQ confirme qu'aucune approbation de leur part n'est nécessaire car les approbations doivent provenir des établissements eux-mêmes. L'OIIQ confirme que l'ordonnance collective doit être présentée aux trois instances soit le CECII, le CECMDP et au CA mais, ce dernier recevra le dossier que sur recommandations du CECMDP et du CECII. L'OIIQ demeure disponible pour toutes autres questions.

Lors de cette même rencontre, la DSI donne son accord de principe au fait d'encadrer la démarche d'écriture de l'ordonnance collective. Elle ne pouvait donner son accord complet au projet car elle ne connaissait pas encore ce qu'il y aurait dans l'ordonnance. De plus, elle n'approuvait pas les pratiques en cours au SASC car cette situation peut devenir dangereuse si une erreur survient.

Des rencontres de groupe avec les infirmières du SASC (septembre 2003) ainsi que des rencontres individuelles avec les médecins du SASC (janvier et février 2003) ont eu lieu. L'ancienne directrice a été rencontrée à quelques reprises avant son départ et

par la suite, des rencontres avec la nouvelle directrice des soins se sont poursuivies à raison d'une à deux fois par mois selon l'avancement de l'élaboration de l'ordonnance collective et ce, jusqu'à la fin du projet. Quelques pharmaciens de pratique privée ont été rencontrés, à l'automne 2003, d'une à trois fois chacun pour leur présenter le projet et prendre leurs commentaires en considération.

Dès la première rencontre avec les infirmières, et par la suite avec le médecin qui était chef clinique au SASC et la DSI, il a été déterminé qu'il y aurait élaboration d'un document qui officialiserait ces pratiques.

Au cours du processus de consultations, l'agente a proposé aux infirmières, médecins ainsi qu'au gestionnaires du SASC et à la DSI d'élaborer et de faire approuver une ordonnance collective selon le chapitre 33 (2002). Les infirmières ont posé plusieurs questions telles que : Quelle serait la médication qui pourrait être incluse dans ce document? Qui pourrait utiliser ce document? Quand? Qui devrait l'approuver? Est-ce que ce sera long? Des infirmières ont émis certaines inquiétudes à savoir si elles pourraient utiliser l'ordonnance vu leur formation de niveau collégiale. L'agente les a rassurées en leur mentionnant que ce projet concerne les infirmières du SASC peu importe leur niveau de formation. Toutes ces rencontres se sont déroulées avant, pendant et après le mini-sondage et se sont poursuivies tout au long des étapes subséquentes.

Une résistance est rencontrée lors des rencontres présentant le projet et concerne le climat qui prévalait au SASC à cette période. Toutefois, une ouverture demeure quant au projet lui-même car les personnes rencontrées connaissent ces pratiques. Un accord tacite est déjà présent entre les médecins et les infirmières du SASC concernant les ajustements de médication faits par les infirmières.

Dès la première rencontre avec les infirmières qui suit la proposition d'élaborer et de faire approuver une ordonnance collective, l'agente de changement a apporté des arguments convaincants tels que les risques de poursuites éventuelles de pratique illégale de médecine et ce, même si les infirmières le faisaient toujours pour le bien de leur client.

L'agente se sert de stratégies de cogestion afin de convaincre les infirmières du bien-fondé de l'ordonnance collective pour leur pratique. Comme le pouvoir est détenu par les deux parties de façon égale, la stratégie de cogestion consiste donc à convaincre l'autre partie, soit les infirmières. Toutes les infirmières sont conscientes, mais pas à ce point, de l'illégalité de ces pratiques. Les médecins et pharmaciens sont également conscients de l'illégalité de cette situation mais ils acceptent tout de même de signer les prescriptions et de servir la médication.

Les infirmières comprennent très bien les risques et acceptent qu'un document telle l'ordonnance collective soit élaborée afin d'encadrer ces pratiques qui dépassent le cadre

professionnel infirmier habituel. Elles se sont ralliées à l'agente de changement. Il est à noter que toutes les infirmières du SASC travaillent ensemble depuis plus de cinq ans et elles ont appris à se connaître et à se faire confiance.

Mini-sondage

Le mini-sondage a été fait en avril 2003. Un calendrier du mois d'avril (voir Appendice H) est remis à chaque infirmière du SASC et à l'infirmière des résidences³ qui participe aux rencontres mensuelles des infirmières du SASC. Le calendrier est daté du 1^{er} au 30 avril 2003, il comporte des cases pour toutes les interventions susceptibles d'être effectuées par les infirmières au niveau de la médication soient : augmenter, diminuer, cesser, réaménager, prescrire ou ajouter. Une consigne apparaît au bas du calendrier pour aider les infirmières à identifier quelles interventions elles doivent inclure ou non. La consigne est libellée comme suit : « Indiquez à chaque jour le nombre de fois où vous avez dû faire une intervention soit par manque de disponibilité du médecin, soit par expérience, ou par habitude. Peu importe la raison, le noter à chaque fois. » Une autre consigne est donnée verbalement afin que la médication en cause lors des interventions soit inscrite derrière ou au bas de la page.

³ Cette infirmière est exclue de la compilation des résultats car l'ordonnance collective ne s'applique pas aux résidences pour le moment.

Un total des interventions est fait chaque jour durant tout le mois. Par la suite, une compilation de chacune des interventions sur toute la période et également le total de toutes les interventions sur tout le mois est effectuée.

À la fin du mois, chaque infirmière a remis le calendrier rempli dans le pigeonier de l'agente de changement. Il est à noter que l'agente de changement a participé au mini-sondage car elle pratique également au SASC.

Par la suite, l'agente a compilé les résultats par catégories d'interventions et a fait le total de chaque catégorie ainsi que le total de toutes les interventions de toutes les catégories. Une moyenne d'interventions pour le mois d'avril 2003 a été calculée soit :

$$\frac{\text{Total des interventions (28)}}{\text{Total de jours ouvrables (22)}} = \text{moyenne d'intervention / jour} = 1.2 \text{ interventions/jour}$$

Par la suite, une moyenne d'interventions/mois/infirmière est calculée soit :

$$\frac{\text{Nombre total des interventions (28)}}{\text{Nombre total d'infirmières (6)}} = 4.7 \text{ interventions/infirmière}$$

L'intervention la plus souvent utilisée est le réaménagement de la médication soit changer l'heure ou la posologie à une heure donnée. (32 % des interventions, N = 9). La deuxième intervention la plus fréquemment utilisée est l'augmentation de

l'antipsychotique (25 % des interventions, N = 7) et, notamment cesser, diminuer, prescrire ou ajouter sont utilisées trois fois par mois chacune (10,7 %, N = 3).

Il est difficile d'évaluer si ce nombre est représentatif de ce qui se passe habituellement au SASC car il n'y a jamais eu d'interrogations face à ce genre de pratique. Même les infirmières entre elles n'en parlaient presque pas. Chacune faisait ses interventions dans des situations où elle ne pouvait rejoindre le médecin traitant ou par habitude.

À la fin de l'étape de l'entrée, les partenaires s'entendent tous pour dire qu'il est nécessaire qu'une ordonnance collective soit élaborée.

Le contrat

Afin de poursuivre la démarche de consultation, l'agente passe à l'étape du contrat. Cette étape se déroule au courant de l'automne 2003. Une esquisse du plan d'action qui établit les étapes du contrat est alors présentée aux personnes concernées soient les infirmières, médecins ainsi qu'aux gestionnaires du SASC. Un échéancier est d'ailleurs présenté sous forme de diagramme de Gantt (voir Appendice I) afin de permettre aux personnes concernées d'avoir une idée globale des échéances. Ce plan d'action préliminaire décrit les responsabilités de chacun pendant le projet. L'objectif général ainsi que les objectifs spécifiques du projet sont décrits. Les signes de succès sont les

approbations pour le contenu et l'implantation de l'ordonnance collective de la part des différentes instances du CHPJ soit le CECIL, le CECMDP et le CA.

Au cours de l'étape du contrat, l'agente utilise différentes stratégies de gestion du changement. Ainsi pour atteindre le premier objectif de sensibiliser le milieu elle utilise des stratégies d'incitation. Par exemple, l'agente donne beaucoup d'informations lors des rencontres car elle n'a pas de pouvoir formel sur les infirmières mais elle avait une influence assez importante pour convaincre les infirmières de changer leur pratique en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique lorsqu'il est impossible de rejoindre le médecin traitant du client. Elle utilise également des stratégies de suggestion, elle tient les personnes concernées au courant des démarches effectuées et celles à venir et fait des suggestions sur les façons de poursuivre.

Suite à cette étape, l'agente en collaboration avec les personnes concernées ont établi un choix de priorités.

L'orientation

Dès l'automne 2003 jusqu'à l'hiver 2004, l'agente de changement donne une direction au changement. Elle se base sur le cadre de référence décrit dans le chapitre 2 du présent document pour guider sa démarche et par la suite passe à l'étape de la planification.

La planification

Afin de faire la gestion du processus, l'agente de changement présente le plan d'action opérationnel aux infirmières, aux gestionnaires du SASC ainsi qu'à la directrice des soins infirmiers. Ce plan n'est pas définitif car un plan d'action se doit d'être souple afin de répondre aux besoins des personnes concernées. Ce plan d'action permet de passer à l'étape de la réalisation, c'est-à-dire de passer des priorités d'action au plan d'action opérationnel.

La réalisation

Les stratégies de cogestion et de consultation sont utilisées afin de soutenir le premier et le deuxième objectif du plan d'action : sensibiliser le milieu et élaborer l'ordonnance collective. Des rencontres se sont déroulées au courant du mois d'octobre 2003 avec la DSI et également avec le chef clinique afin de déterminer qui seraient les responsables de l'application de l'ordonnance collective. L'agente de changement a vérifié dans le chapitre 33 (2002) et dans les documents disponibles à l'hôpital tels que les protocoles, procédures qui concernent la médication ou des traitements, afin d'identifier, qui, habituellement, sont les responsables de l'application. Suite à ces vérifications et une discussion lors d'une rencontre du CECMDP avec la DSI et l'agente de changement, il est déterminé que les responsables soient la DSI, le CMDP ainsi que la direction des services professionnels (DSP).

Des rencontres avec la DSI et d'autres avec les infirmières sont faites, toujours à l'automne 2003, pour déterminer qui seraient les utilisateurs de cette ordonnance collective soient les infirmières travaillant au SASC présentement et qui répondent aux exigences. La stratégie de cogestion permet à l'agente de partager son pouvoir avec les infirmières en s'assurant de s'entendre avec elles sur les façons de procéder. Elle tient plusieurs rencontres pour valider le contenu du premier jet de l'ordonnance collective et prendre les commentaires et suggestions en note. La stratégie de consultation est utilisée pour décider du contenu final et les infirmières ainsi que les médecins ont la possibilité de donner leur point de vue avant que l'ordonnance collective soit présentée au CMDP. (décembre 2003).

Avant cette période, dès l'automne 2003, des rencontres avec les infirmières, la DSI, le directeur clinique et également le CMDP ont lieu afin de déterminer les médicaments inclus dans l'ordonnance, les conditions d'applications, les exigences nécessaires et l'endroit où l'ordonnance collective serait utilisée.

Par la suite, les objectifs trois et quatre du plan d'action : valider le contenu de l'ordonnance auprès des instances et implanter la nouvelle ordonnance collective, sont guidés par la stratégie de suggestion. Cette stratégie est utilisée lorsque l'agente avait peu de pouvoir sur la décision des instances mais qu'elle a fait des suggestions basées sur des recherches sérieuses et sur le chapitre 33 (2002). L'agente s'est assurée de bien connaître le chapitre 33 (2002) et a fait des recherches sur des projets semblables ailleurs

au pays et même dans d'autres pays afin de pouvoir répondre aux interrogations des instances concernées mais aucun projet n'a été trouvé.

Lors de l'étape de la réalisation, en janvier et février 2004, l'agente rencontre les destinataires et explique la démarche de mise en application de l'ordonnance collective. Elle remet à chaque infirmière une copie de l'ordonnance approuvée et signée par les différentes instances. (voir Appendice J) Elle passe en revue tous les points de l'ordonnance et donne les explications nécessaires afin que les infirmières puissent utiliser l'ordonnance. Elle leur remet également une copie de la feuille (voir Appendice K) qui sera sur le dessus du dossier qui indiquera clairement s'il y a entente avec le médecin traitant concernant l'ajustement de médication. Elle demande aux infirmières de s'assurer de rencontrer le ou les médecins avec lesquels elles travaillent pour discuter et faire signer l'entente concernant l'ajustement de médication. L'agente maintient des rencontres régulières avec les infirmières soit une fois par deux semaines à une fois par mois afin de maintenir l'intérêt et faciliter l'enracinement en vérifiant s'il y a des difficultés à l'application et si l'ordonnance est facile à comprendre. Les destinataires ont réagi à chaque étape de la rédaction et de l'implantation de l'ordonnance collective. Ils ont donné des suggestions face aux médicaments qui devraient être inclus et sur la façon d'implanter l'ordonnance. L'agente est demeurée disponible par téléphone, courriel ou en personne pour assurer que toutes les interrogations sont répondues et éviter l'ambiguïté.

La terminaison

L'étape de la terminaison correspond à l'évaluation de la démarche de consultation. L'agente de changement révisé d'abord le plan d'action pour s'assurer et évaluer si les échéanciers ont été respectés et si les objectifs de départ ont été atteints. L'agente demande aux infirmières concernées de placer une copie de leur note d'évolution dans son pigeonier afin de faciliter l'évaluation de l'intervention.

Il a été prévu que tous les trois mois, sur une période d'un an, il y aura évaluation de l'utilisation de l'ordonnance collective. Une première évaluation est faite par l'agente de changement. Cette évaluation se déroule du 12 février au 12 mai 2004. Les suivantes seront assumées par la directrice des soins infirmiers de l'établissement.

L'évaluation est faite en vérifiant toutes les notes des infirmières concernant les interventions relatives à l'ordonnance collective. Lors d'une rencontre avec les infirmières, l'agente de changement vérifie, à leur demande, les notes des infirmières qui utilisaient l'ordonnance pour s'assurer que cela correspond à ce qui est demandé. L'agente constate qu'il manque des informations importantes dans les notes des infirmières telles que les tentatives de rejoindre le médecin, le consentement du client, le suivi, le moyen utilisé pour informer le médecin traitant dans les meilleurs délais. L'agente suggère aux infirmières de s'assurer d'avoir l'ordonnance près d'elles

lorsqu'elles rédigent leurs notes afin que toutes les indications à inscrire au dossier ou sur la prescription apparaissent. Les infirmières acceptent bien la suggestion.

Effets de l'implantation de l'ordonnance collective sur les infirmières du SASC

Une compilation mensuelle du nombre total d'interventions est faite pour comparer le nombre d'interventions avant l'implantation et après l'implantation de l'ordonnance collective. (voir Tableau 3, 4 et 5) Cette compilation donne également un aperçu de l'impact de l'implantation de l'ordonnance collective sur la pratique des infirmières concernées.

Tableau 3

Aperçu des interventions concernant la médication du 12 février au 12 mars 2004

12 février au 12 mars 04	
Interventions médicaments	
Augmenter	1
Diminuer	0
Cesser	1
Réaménager	0
Renouveler	0
Ajouter	0
Total du mois	2
Moyenne du mois (22 jours ouvrables)	.09
Moyenne par inf. pour le mois	.4

Dès que l'ordonnance est utilisée, une copie de la note est déposée dans le pigeonier de l'agente de changement. Cinq infirmières sur six participent durant les mois d'évaluation, une ayant dû quitter pour un congé de maladie. L'évaluation s'est déroulée du 12 février au 12 mai 2004. Durant le premier mois d'évaluation, l'ordonnance est utilisée à deux occasions par deux infirmières, soit une fois chacune. (voir Tableau 3).

Or, avant l'implantation de l'ordonnance collective, la moyenne d'interventions par infirmière pour le mois d'avril 2003 était de 4,7 interventions et durant la période du 12 février au 12 mars 2004, elle a été réduite à 0,4 interventions. L'agente a alors voulu explorer les raisons possibles de cette diminution d'interventions relatives à la gestion de la médication par les infirmières. Lors d'une réunion, plusieurs infirmières ont alors mentionné le fait qu'elles ont pris conscience des risques qu'elles prenaient lorsqu'elles le faisaient sans l'ordonnance collective et que maintenant, leur nom donc leur responsabilité ainsi que leur imputabilité était en cause. Plusieurs ont également mentionné qu'elles l'utilisaient vraiment en cas d'urgence ce qui diffère de la période antérieure, qui était une utilisation quasi de routine lorsqu'une situation se présentait.

Pour le deuxième mois de l'évaluation soit du 13 mars au 12 avril 2004, l'ordonnance collective a été utilisée trois fois, soit une fois pour diminuer et deux fois pour augmenter un médicament. (Voir Tableau 4). À noter qu'en date du 17 mars, une lettre du Collège des médecins adressée au président du CMDP indiquait clairement que la notion de renouvellement ne pouvait être utilisée telle que décrite dans l'ordonnance collective. Suite à un courriel du président du CMDP à l'agente de changement, demandant de cesser toutes les interventions contenues dans l'ordonnance collective et qui concernent le renouvellement de médicaments, l'agente de changement a rencontré les infirmières concernées pour les informer de ne plus faire de renouvellement de médicaments. Mais comme le renouvellement de la médication n'avait pas été utilisé

lors du premier mois, il est possible de penser que cela n'aurait pas fait une grande différence lors des évaluations futures.

Tableau 4

Aperçu des interventions concernant la médication du 13 mars au 12 avril 2004

13 mars au 12 avril 04	
Interventions médicaments	
Augmenter	2
Diminuer	1
Cesser	0
Réaménager	0
Renouveler	0
Ajouter	0
Total du mois	3
Moyenne du mois (21 jours ouvrables)	.14
Moyenne par inf. pour le mois	.6

Tableau 5

Aperçu des interventions concernant la médication du 13 avril au 12 mai 2004

13 avril au 12 mai 04	
Interventions médicaments	
Augmenter	4
Diminuer	0
Cesser	0
Réaménager	0
Renouveler	0
Ajouter	0
Total du mois	4
Moyenne du mois (22 jours ouvrables)	.18
Moyenne par inf. pour le mois	.8

Lors du troisième et dernier mois d'évaluation faite par l'agente de changement, quatre interventions ont lieu au niveau de la médication et toutes étaient pour augmenter le dosage d'un médicament.

Avant l'élaboration et l'implantation de l'ordonnance collective le mini-sondage a démontré que les infirmières faisaient en moyenne 28 interventions par mois concernant

la médication. Suite à l'implantation de l'ordonnance collective neuf interventions au niveau de la médication ont été faites sur une période de trois mois.

L'agente de changement a remarqué que les infirmières qui ont continué de faire des interventions au niveau de la médication après l'implantation étaient les infirmières qui faisaient le plus souvent d'interventions avant l'implantation. Par contre, le nombre d'interventions par mois a diminué de façon importante.

Cette évaluation a été présentée aux infirmières, aux médecins, à la directrice des soins ainsi qu'au CMDP. Tous ont été surpris de constater l'importante diminution d'interventions et ont demandé pourquoi cela s'était présenté. L'agente a fait l'hypothèse que les infirmières ayant pris conscience de leur responsabilité et de leur imputabilité lorsqu'elles effectuent des ajustements de médicaments, restreignent maintenant le nombre de ces interventions aux seules situations d'urgence.

L'évaluation du projet d'intervention a également permis de constater une meilleure collaboration entre les médecins et les infirmières du service.

À noter que suite à ce dernier mois d'évaluation, l'agente de changement a reçu par courrier interne copie d'une correspondance provenant du Collège des Médecins du Québec datée du 11 mai 2004. (voir Appendice L). Cette lettre faisait suite à l'envoi des modifications demandées en mars concernant le renouvellement. Le CMQ informait

qu'il y avait un « problème fondamental relativement à l'interprétation du paragraphe 11^o de l'article 36 de la Loi sur les Infirmières et les infirmiers (voir Appendice M) portant sur l'ajustement des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. » (Lettre CMQ, 2004, p.1). Selon eux, l'ajustement concerne un médicament et non pas un traitement médicamenteux et qu'il devrait y avoir des paramètres plus précis que ceux inscrits dans l'ordonnance collective telle que présentée. Le CMQ réplique que ce n'était pas l'intention des rédacteurs du chapitre 33 (2002) de permettre « qu'une infirmière puisse ajuster une médication psychotrope » (Lettre CMQ, 2004, p.2).

Suite à cette correspondance un appel est logé auprès de l'OIIQ et une rencontre est prévue pour discussion au courant du mois d'août 2004.

Résultats obtenus en fonctions des objectifs personnels de l'auteure

La cible finale de ce projet d'intervention était d'élaborer et d'implanter une ordonnance collective selon le chapitre 33 (2002).

L'auteure de cet essai visait six objectifs personnels d'apprentissage au début du projet d'intervention soient :

- Élaborer un plan d'action qui sera approuvé par les professeurs le 13 octobre 2003;
- Appliquer ce plan d'action au cours de l'année 2003-2004;
- Respecter 90% des échéances du plan d'action, évalué en mai 2004;
- Tenir un journal de bord du déroulement du projet qui permettra la production d'un document écrit à la fin de la démarche;
- Identifier les instances décisionnelles en rapport avec le projet avant fin janvier 2004;
- Obtenir l'approbation de l'ordonnance collective à la fin janvier 2004;
- Faire une présentation orale du projet lors d'un midi recherche du département des sciences infirmières de l'UQO au printemps 2004.

Un seul objectif personnel n'a pas été atteint jusqu'à maintenant et c'est celui de la présentation orale du projet clinique. Le plan d'action a été approuvé par les professeurs dans la semaine du 13 octobre 2003. Plus de 90% des échéances du plan d'action ont été respectées. Les instances concernées ont été identifiées et consultées avant la fin décembre 2003. L'ordonnance collective a été approuvée par toutes les instances concernées soit le CECII, CECMDP et le CA avant la fin janvier 2004. Le journal de bord était complet et les informations nécessaires y étaient présentes pour faciliter l'écriture du projet.

Discussion

Ce chapitre comprend quatre parties. La première présente une brève réflexion sur la méthode utilisée dans ce projet d'intervention. La seconde décrit les impacts de l'intervention sur les pratiques des infirmières du SASC, sur les médecins du SASC, sur la profession infirmière ainsi que sur l'auteure de l'essai. Ces impacts ont été observés en questionnant et en faisant une compilation des interventions. La troisième partie fait état des limites et des retombées du projet et propose quelques recommandations. La dernière partie suggère des suites à donner.

Réflexion sur la méthode

Le modèle de Lescarbeau et al. (2002), appris dans le cadre d'un cours de maîtrise, a permis à l'auteure d'appliquer concrètement ses nouvelles connaissances. Une des forces de ce modèle d'intervention est qu'il favorise la concertation et la participation des personnes concernées. L'auteure s'est servi de l'expertise de chacun c'est-à-dire les infirmières, les médecins du service, la DSI et le CMDP afin d'élaborer l'ordonnance collective présentée dans ce projet.

Ce modèle a permis à l'agente d'agir en même temps sur le contenu et sur le processus. Pour ces auteurs, la façon de procéder pour trouver une solution est aussi importante que la solution. Il peut y avoir deux extrêmes dans les modèles

d'intervention, on peut s'attarder uniquement sur le processus ou sur le contenu. Toujours selon ces auteurs, le processus est « une suite dynamique et rigoureuse d'opérations accomplies selon un mode défini, dans le but de transformer de la matière ou de l'information » (p. 18). L'agente doit maintenir un équilibre entre l'expertise de contenu et celle du processus. L'agente de changement introduit une intervention. Sa responsabilité est de gérer cette suite d'opérations afin d'arriver au but fixé. La méthode de Lescarbeau et al. (2002) permet de prendre en considération l'ensemble des éléments qui entourent le problème. Elle permet à l'agente d'agir sur la situation initiale de façon structurée tout en décomposant les étapes une à une. Dans ce modèle, l'objectif général, les objectifs spécifiques et les objectifs personnels sont définis dès le départ. Ces auteurs indiquent que les différentes étapes du processus peuvent être itératives, c'est-à-dire qu'il faut souvent « revenir sur des étapes que l'on croyait terminées » (p. 38). Lors de ce projet d'intervention il a été parfois difficile de bien circonscrire les étapes car plusieurs se sont effectuées simultanément donc il a été ardu de bien identifier les activités qui correspondaient aux étapes telles que décrites par ces auteurs.

L'évaluation du processus de ce projet permet de constater que la méthode utilisée est pertinente, que l'objectif général et les objectifs spécifiques sont atteints. Cette méthode, qui a pour but de guider l'implantation d'un changement, a été fort utile en ce sens que l'auteure a pu utiliser toutes les étapes pour structurer et organiser son projet. L'effet secondaire principal produit est d'avoir créé des attentes et qu'il faut maintenant ralentir le processus vu les différentes résistances rencontrées provenant du Collège des

médecins du Québec. L'enracinement n'a pu être observé vu l'arrêt de l'ordonnance collective. Toutefois, les infirmières prennent conscience des responsabilités qui leur incombent dans ce processus. Le but de l'intervention permet de conclure que les bénéfices sont supérieurs aux coûts engendrés. Notons qu'aucun coût direct n'a été engendré car les infirmières ont été vues durant leurs heures de travail et que l'agente de changement était une infirmière qui travaillait au service et qu'elle a élaboré ce projet dans le cadre de son projet de maîtrise.

Impacts du projet sur les infirmières du SASC

Le projet a permis aux infirmières du SASC de prendre conscience de la nature « avancée » de certaines de leurs pratiques qui avaient cours depuis de nombreuses années et notamment des risques qu'elles prennent d'être accusées de pratique illégale de la médecine lorsqu'elles font des ajustements au niveau de la médication sans ordonnance du médecin (verbale, téléphonique ou écrite). Elles savent maintenant que ni leur ordre professionnel, ni les médecins avec qui elles travaillent ne pourraient les protéger advenant une erreur ou un incident car elles pratiquent en dehors du cadre autorisé par leur ordre professionnel.

Selon les infirmières, la mise en place de l'ordonnance collective a aussi favorisé l'officialisation de leur rôle.

Cependant, lors de l'utilisation de l'ordonnance et même depuis que cette dernière est suspendue, les infirmières consultent plus souvent leurs consœurs lorsqu'une situation se présente, elles tentent également plus systématiquement de rejoindre les autres médecins du service. Régulièrement, elles consultent le CPS (Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) disponible au secrétariat du service afin de s'assurer de la dose sécuritaire à administrer au client. Mais si, malgré ces démarches, aucun médecin n'est disponible, elles vont effectuer l'ajustement afin de soulager leur client en se basant sur leurs connaissances et sur les indications données dans le CPS. La prise de conscience au niveau de la responsabilité a fait que les infirmières interviennent encore au niveau de la gestion de la médication mais avec parcimonie et dans des situations d'urgence seulement et non plus dans des situations de routine. Elles sont donc plus sélectives dans leurs interventions.

Impacts sur les médecins du service

Le fait de nommer des interventions qui étaient auparavant effectuées « en coulisse » a eu deux conséquences particulières. Premièrement, les médecins concernés par le projet ont officiellement manifesté leur confiance envers les infirmières avec qui ils travaillent. Un médecin a précisé qu'il était d'accord avec la majorité des interventions faites par les infirmières au niveau de la médication psychiatrique. D'autres ont dit qu'ils n'ont aucun problème à continuer ce genre de pratique et ont appuyé l'élaboration et l'implantation de l'ordonnance collective au SASC. Suite à l'évaluation du projet

d'intervention, un impact positif d'une telle démarche et la pertinence de nommer ce qui se fait en coulisse malgré les risques de revenir en arrière est constatée.

Deuxièmement, la prise de conscience des médecins et des infirmières a créé un mouvement vers une plus grande collaboration entre ces derniers. Cette collaboration nécessite des facteurs clés pour qu'elle soit efficace. La confiance des capacités de chacun, le respect mutuel des compétences, des objectifs communs, une image positive de soi-même, de la maturité, une ouverture afin d'apprendre de l'autre et un bon sens de l'humour constituent quelques-uns de ces facteurs. Une condition essentielle selon D'amour (2002), est « l'existence d'un lien de confiance mutuelle entre les partenaires, un partage de pouvoir et des responsabilités, ceci dans le respect mutuel et dans une relation égalitaire » (p. 44). D'amour poursuit en mentionnant que la clarification des responsabilités de chaque professionnel doit être formalisée et des ententes et protocoles doivent exister.

La collaboration entre les médecins et les infirmières du SASC s'est resserrée mais il reste encore beaucoup à faire. Il faut continuer de travailler cette collaboration pour le bien de chacun que ce soit le médecin, l'infirmière, les autres professionnels et surtout le client. Tous ont un but commun soit le mieux-être du client. Il faut regarder comment il sera possible de maintenir cette collaboration entre infirmières et médecins. Est-ce qu'il faut organiser des rencontres de discussion sur des façons d'encourager et de valoriser cela? Selon Hamric et al. (2000), la collaboration entre médecin et infirmière a un

impact direct sur les apprentissages des patients et leur satisfaction ainsi que sur la satisfaction personnelle et professionnelle des cliniciens. (p. 316). L'absence ou la présence d'une telle collaboration affecte les soins directs aux clients.

Impacts sur la profession infirmière

Les infirmières du SASC assument des responsabilités qui dépassent le cadre légal habituellement reconnu par l'OIIQ. L'ordonnance collective est une des modifications législatives du Code des professions⁴ qui permet d'actualiser ce genre de pratique. La pratique dans des situations complexes et diversifiées contraint les infirmières à posséder une quantité importante de connaissances et de compétences.

Des difficultés sont à prévoir dans les tentatives de faire approuver des ordonnances collectives dans les différents milieux et découleront en partie de la perception très différente des compétences des infirmières. Par exemple, les médecins du SASC connaissent mieux les compétences des infirmières du service pour avoir travaillé en étroite collaboration avec elles, par contre les médecins des unités internes ne connaissant pas les infirmières du SASC ont de la difficulté à évaluer leurs compétences et connaissances. Une des résistances manifestées au cours du projet provenait justement d'un médecin d'une unité interne du CHPJ.

⁴ L. R. Q., C-26, art. 39.3.

Même si l'ordonnance collective telle qu'élaborée et approuvée dans ce projet est suspendue, cela a amené les ordres professionnels tels que le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à réfléchir face à cette initiative. Il faudra également s'assurer la collaboration de l'Ordre des pharmaciens car ce sont eux qui exécuteront les ordonnances collectives utilisées par les infirmières.

Le chapitre 33 (2002) favorise une évolution de la profession infirmière. « Le contenu des activités réservées se développera au même rythme que l'avancement des connaissances, de la technologie, des programmes de formation, etc. » (OIIQ, 2004, p. 16). Ce comité suggère que les ordonnances collectives soient rédigées au niveau régional ou supra-régional afin de pouvoir les adapter aux besoins particuliers de la clientèle.

Le niveau de formation nécessaire pour pratiquer au SASC est difficile à déterminer car l'expertise, les connaissances des infirmières actuelles ont été acquises par les années d'expérience et la formation continue. Chaque infirmière a développé des connaissances et des compétences importantes pour répondre aux besoins toujours grandissants de leur clientèle et ce, de façon différente pour chacune. Jusqu'à maintenant les contacts avec l'OIIQ ont déterminé qu'aucune clause grand-père ne sera jointe dans les ententes concernant la reconnaissance de la formation. L'OIIQ maintient sa recommandation d'études de deuxième cycle universitaire et même des cours additionnels pour compléter la formation selon la spécialité choisie.

L'auteure déplore grandement cet état de fait qui occasionnera une démotivation pour les infirmières de vouloir se dépasser pour leur client. L'OIIQ devra tenter de trouver des alternatives pour ces infirmières qui ont créé des précédents qui font avancer la pratique et la profession infirmière. Si Florence Nightingale avait toujours obéi aux « ordres du médecin » l'infirmière serait demeurée la « servante du médecin » et la profession n'aurait pas avancée beaucoup dans le dernier siècle.

Impacts sur l'auteure de l'essai

Ce projet permet à l'auteure de mettre à profit les connaissances apprises au cours de la maîtrise en sciences infirmières. Elle connaît maintenant mieux les étapes du modèle intégré de Lescarbeau et al. (2002) ainsi que celui du changement organisationnel de Collerette et al. (2000). Elle pourra les utiliser dans d'autres situations qu'elle rencontrera afin de structurer sa démarche.

L'auteure possède mieux la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L. Q. 2002, c. 33. Elle perçoit les nuances et les différentes interprétations possibles de chaque ordre comme celle de l'OIIQ ou du Collège des médecins.

Elle constate également que la terminologie est très importante dans un contexte de loi, qu'il faut s'assurer que tous parlent de la même chose. L'auteure sait que

l'élaboration des ordonnances collectives revient aux médecins mais elle considère que la participation des infirmières est nécessaire dans chaque milieu où il y aura des ordonnances collectives. Ces ordonnances doivent correspondre aux pratiques des infirmières mais également elles doivent être sécuritaires autant pour les infirmières qui les utilisent que pour les médecins qui les chapeautent et les clients qui sont concernés.

Étant concernée par ces pratiques, l'auteure a également fait une prise de conscience importante face aux ajustements de médicaments qu'elle faisait sans prescription du médecin. Elle continue de se tenir à jour sur le plan de la médication psychiatrique en consultant des ouvrages scientifiques, en assistant à des formations ou en discutant avec ses collègues ou avec le médecin.

L'auteure constate aussi qu'il est très intéressant de présenter un projet d'intervention clinique aux différentes instances en s'assurant de se préparer adéquatement aux questions qui peuvent être soulevées par les différents interlocuteurs. Par contre, elle déplore le fait que malgré l'appui des différentes instances du CHPJ, l'utilisation de l'ordonnance collective soit actuellement suspendue. Cette ordonnance collective permet de reconnaître et de valoriser les infirmières qui prennent des risques de poursuite illégale de la médecine pour aider et soutenir leur client dans des situations difficiles. Ces infirmières font avancer la pratique infirmière en santé mentale et psychiatrie.

L'auteure a fait part de son intérêt à l'OIIQ pour participer au comité qui sera mis sur pied afin d'évaluer la pratique des infirmières en santé mentale et psychiatrie. Elle considère avoir une expertise et une connaissance approfondie de la problématique qui a cours au SASC et qui a sûrement cours ailleurs dans d'autres services ou d'autres établissements. Elle peut aider à mieux décrire ces pratiques et par le fait même aider à les faire reconnaître.

Limites et retombées

Nous avons pu observer des limites et des retombées à ce projet d'intervention. La limite la plus importante concerne l'arrêt de l'utilisation de l'ordonnance car il est impossible de continuer d'évaluer les impacts de l'utilisation d'une ordonnance collective dans un milieu communautaire en psychiatrie. Le court laps de temps pour faire l'évaluation de l'ordonnance constitue une autre limite car il est impossible de savoir s'il y aurait eu des effets positifs pour les infirmières, les médecins et même les clients concernés.

Une autre limite se situe sur le plan organisationnel. Au cours du projet d'élaboration et d'implantation de l'ordonnance avait cours une restructuration majeure au niveau organisationnel au SASC. Maintenant, les infirmières concernées par le projet se retrouvent dans plusieurs secteurs d'activités différents donc il sera difficile de faire un suivi sur ces pratiques. Également, le fait que toutes les infirmières travaillaient dans le

même secteur et le même édifice facilitait les échanges concernant le projet. Maintenant, il sera plus difficile de rejoindre toutes les infirmières concernées en une seule rencontre car elles relèvent toutes de gestionnaires différents.

Le côté très novateur du projet est une limite et un avantage en soi. Il est une limite en ce sens que tous les ordres concernés doivent prendre position. Un règlement concernant les ordonnances collectives est sur le point d'être adopté, il faudra donc prendre en considération les critères qui y seront décrits. L'avantage est qu'il pourrait devenir un modèle pour d'autres établissements qui voudraient se prévaloir de cette disposition de la loi.

Les retombées du projet sont difficiles à identifier que ce soit au niveau des infirmières ou de la profession en général dû à la suspension de l'ordonnance collective. Il est par contre possible de penser que ce projet sera un canevas pour la mise en place d'ordonnances collectives en psychiatrie lorsque l'OIIQ et le Collège des médecins détermineront comment devront être élaborées les ordonnances collectives.

Il serait intéressant de faire une étude qui évaluerait jusqu'à quel pourcentage les ajustements faits par les infirmières se rapprochent des ajustements que le médecin traitant aurait fait dans les mêmes circonstances. Il faudrait inclure la variable du niveau de collaboration qui existe entre l'infirmière et le médecin au moment de l'ajustement.

Il y a un impact évident sur la gestion des soins infirmiers car des attentes ont été créées pour les infirmières et cela veut dire que la direction des soins infirmiers de l'établissement devra demeurer informée sur cette problématique afin d'assurer un cadre sécuritaire à ces pratiques.

Comme la formation des infirmières du SASC diffère beaucoup et qu'elles ont toutes ce genre de pratique, la direction des soins infirmiers aura également un rôle à jouer à ce niveau c'est-à-dire qu'il faudra qu'elle détermine le niveau de formation nécessaire aux infirmières pour utiliser l'ordonnance collective. Il faudra également qu'elle s'assure que les infirmières qui n'ont pas la formation exigée cessent définitivement ces pratiques qui dépassent le cadre professionnel infirmier habituel.

Les recommandations qui suivent concernent la poursuite du processus pour l'élaboration d'une ordonnance collective qui répondra aux règlements du Collège des médecins du Québec. Elles résultent d'observations faites par l'auteure et ne sont pas en ordre d'importance.

Recommandations

- Maintenir les contacts avec l'OIIQ afin de poursuivre l'élaboration d'une ordonnance collective qui répondra aux règlement du Collège des médecins;

- Impliquer la DSI, les médecins du service, le DSP ainsi qu'un membre du CMDP dans l'élaboration de l'ordonnance collective qui concerne les infirmières du SASC;
- Maintenir les infirmières informées des démarches effectuées pour prévenir un désintéressement concernant ces pratiques;
- Dès que le règlement du Collège des médecins concernant les ordonnances collectives sera adopté, en obtenir une copie pour s'assurer que les conditions nécessaires sont respectées;
- Suggérer aux infirmières de consulter de façon systématique une collègue, un autre médecin ou le CPS afin de s'assurer que l'ajustement est sécuritaire;
- Libérer une infirmière afin qu'elle puisse poursuivre l'élaboration de l'ordonnance collective en collaboration avec la DSI, les médecins du service, le DSP ainsi qu'un membre du CMDP;
- Déterminer le niveau de formation nécessaire pour qu'une infirmière puisse utiliser une ordonnance collective que ce soit au niveau régional, provincial ou de l'établissement;
- Faire des évaluations continues de l'application de l'ordonnance collective.

Pour les personnes qui sont intéressées à reproduire cette intervention dans leur milieu, l'auteure recommande que, dès le départ, des médecins soient impliqués directement dans l'élaboration de l'ordonnance afin d'éviter des pertes de temps inutiles. Les médecins ont à déterminer qu'est-ce qui est acceptable pour eux au niveau des

délais, des indications, des contre-indications ainsi que des paramètres sécuritaires précis dans lesquels chacun se sentira confortable.

Suites à donner

Afin d'éviter que toute cette démarche d'élaboration et d'implantation d'une ordonnance collective ne tombe dans l'oubli et que l'ordonnance ne soit plus utilisée, il faut prévoir des processus pour s'assurer que la démarche sera poursuivie. Des ajustements sont à prévoir. Ce travail doit être fait en collaboration avec la DSI, le DSP, ainsi qu'un membre du CMDP et l'auteure de cet essai. Une rencontre est déjà prévue avec l'OIIQ, la DSI ainsi que l'auteure de cet essai afin de déterminer des suites à donner à cette ordonnance collective.

Conclusion

L'objectif général de ce projet était d'encadrer des pratiques qui dépassaient le cadre professionnel habituel des infirmières oeuvrant au service d'accompagnement et de soutien communautaire du centre hospitalier Pierre-Janet. Cela fût fait par la mise en place d'une ordonnance collective tel que décrite dans le chapitre 33 (2002). Les quatre objectifs spécifiques ont été atteints.

Une ordonnance collective a été élaborée suite aux approbations de toutes les instances concernées du CHPJ. Par la suite, cette ordonnance a été implantée comme projet pilote au SASC pour une période de trois mois. L'évaluation de l'applicabilité de cette ordonnance a été faite durant cette période. Cependant, ce projet pilote a dû être suspendu à la demande du Collège des médecins qui n'était pas en accord avec l'interprétation de la loi qui avait été faite.

L'auteure de cet essai demeure très impliquée dans la poursuite des démarches voulant qu'un jour soit reconnu le genre de pratique différent des infirmières du SASC en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique. Elle poursuit donc les contacts avec l'OIIQ, la DSI, le CA, le CMDP et le CECII afin d'éviter que ce projet ne tombe dans l'oubli. La poursuite de ce projet est très pertinente car les pratiques qui avaient cours avant ce projet le sont encore maintenant.

L'auteure espère que ce projet fera en sorte que d'autres endroits, d'autres infirmières et même d'autres professionnels sortiront de l'ombre et oseront nommer les pratiques clandestines qui ont cours dans leur milieu. Il faut reconnaître ces gens qui ont fait avancer la pratique des infirmières communautaires en psychiatrie en prenant des risques. Il est évident que dans le futur les formations exigées seront déterminées par les ordres professionnels concernés mais il faut trouver un mécanisme de reconnaissance des acquis pour ces infirmières qui sont des défricheuses pour la profession.

L'interprétation du chapitre 33 (2002) par chaque ordre professionnel est différente et ne comporte pas les mêmes enjeux. Ainsi on constate la difficulté d'implanter un changement qui concerne plus d'un ordre professionnel.

Depuis 30 ans, aucun changement majeur n'a eu lieu dans la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec, les infirmières doivent prendre la place qui leur revient. Les infirmières sont capables d'être autonomes au niveau des ajustements de la médication lorsque ces médicaments font l'objet d'une ordonnance. Elles sont capables de prendre des décisions éclairées et sont très responsables face à leurs clients.

Le résultat le plus flagrant de cette démarche d'implantation d'une ordonnance collective est la réflexion accrue des infirmières sur leurs pratiques et la prise de conscience de leur imputabilité. Dans le contexte actuel de l'évolution de la profession

et l'implantation de la nouvelle loi, ce résultat s'avère intéressant car les infirmières vont devoir développer leurs habiletés de réflexion dans et sur l'action.

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000). *La pratique infirmière avancée. Cadre national*. Ottawa : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1997). Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada. [version électronique]. *Zoom sur les soins infirmiers*, 2, 1-6.

Assemblée nationale (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec : Éditeur officiel du Québec.

Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : Interéditions. (Édition originale publiée en 1984).

Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (2000). *Le changement organisationnel. Théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. (1999). *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. (CETS 99-1 RF). Montréal : CETS.

D'Amour, D. (2002). L'avenir de la collaboration entre les infirmières et les médecins de famille du Québec. *L'infirmière du Québec*. 9 : 3, 43-45.

Dansereau, J., Dubé, M-J., Goulet, L. & Poirier, M-J. (2004, mars). Clientèle avec problèmes graves et persistants (CAPGP) Profil, interventions, vignettes. Communication présentée au Conseil d'administration du centre hospitalier Pierre-Janet, Gatineau, Canada.

Desrosiers, G. (2003). La collaboration médecin-infirmière : le début d'un temps nouveau. *Perspective infirmière*. 1. 6-7.

Dubé, M-J., Letarte, L., Poirier, M-J., & Yelle, S. (2001, juin). *Au-delà des assises conceptuelles*. Communication présentée au Colloque international des infirmières. Copenhague, Danemark.

Dubé, M-J., Letarte, L., Poirier, M-J., & Yelle, S. (2002, mars). Les soins communautaires, au-delà des assises conceptuelles. *Soins psychiatrie*. 219. 31-34.

Émard, R., & Aubry, T. (2004) *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Formation et la réglementation au pays. (Tableau) (2004, mars 27). http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/hcic2003_fig16_f.html

- Gouvernement du Québec. (2003). Cahier explicatif. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. [Version électronique]. <http://www.opg.gouv.qc.ca/PDF/Cahier-explicatif-PL90.pdf> Consulté le 13 octobre 2003.
- Gouvernement du Québec. (2004). Loi sur les infirmières et infirmiers. [Version électronique]. <http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php#>. consulté le 9 août 2004.
- Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. (2001). (Commission Bernier). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines. Rapport d'étape. Sommaire et liste des suggestions et des recommandations*. 21p.
- Hagan, L., (2001). Affirmer notre savoir-faire : les enjeux et les conditions de réussite. *L'infirmière du Québec*. 8, 11-20.
- Hamric, A.B., Spross, A. J., Hanson, M.C. (2000). *Advanced Nursing Practice. An Integrative Approach*. Philadelphie: W.B. Saunders Company.
- Lamontagne, Y. (2003). Les activités partageables. Une évolution, pas une révolution. *Le Collège*. XLIII, 5.
- Lescarbeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2002). *Profession : Consultant*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Lorquet, É. (2003). Projet de Loi 90. Un nouveau cadre juridique pour le partage des Activités professionnelles. *Le Collège*. XLIII, 6-9.
- Ménard, C., & Lorquet, É. (2003). Le médecin, au cœur de la modernisation de l'organisation professionnelle. *Le Collège*. XLIII, 9-12.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *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*. Montréal : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *Mémoire. La vision contemporaine de l'exercice infirmier. La pratique en santé mentale et psychiatrie*. Montréal : Auteur.
- Poirier, M-J., Goudreau, J. & de Montigny, F., (2004). *Étude de cas en psychiatrie*. Document inédit.

Provost, M. A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2002). *Normes de présentation d'un travail de recherche*. Trois-Rivières Ouest : Éditions SMG.

Appendice A

Étude de cas

PRATIQUE AVANCÉE EN PSYCHIATRIE

« Écrire c'est se distancier de sa pratique, c'est donc pouvoir d'abord la regarder soi-même et accepter aussi que les autres la regardent. » (Delon 1997)

Les troubles sévères et persistants de santé mentale constituent un problème de santé majeur au Canada et au Québec. À la lumière des statistiques du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ 1999)¹, on estime que 1 à 3 % de la population souffre de problèmes psychiatriques sévères, ce qui représente en chiffres absolus pour le Québec seulement, de 74, 000 à 220, 000 personnes (Statistiques Canada, novembre 2002). Or, depuis la mise en œuvre de la désinstitutionalisation des personnes atteintes de maladies mentales, la majorité d'entre elles reçoit des soins psychiatriques dans le cadre des services de soins ambulatoires. Afin de répondre le plus adéquatement possible à cette nouvelle demande, des professionnels en santé mentale de différents milieux ont élaboré des modèles de « services d'accompagnement et de soutien communautaire » (SASC), qui s'apparentent à des programmes de suivi intensif, implantés selon diverses modalités dans différents milieux. Aux États-Unis, le modèle PACT a été créé au Wisconsin autour des années 1970. Marian Farkas (1986)² décrit ce modèle de réadaptation comme une méthode systématique visant, dans un premier temps, à aider le patient psychiatrique à choisir le milieu de vie où il souhaite vivre, à évaluer ce qu'il peut faire, de même qu'à décrire le soutien dont il a besoin pour se maintenir dans le milieu choisi. Dans un deuxième temps, cette méthode comporte l'enseignement de nouvelles habiletés ainsi que la mobilisation de ressources pour aider le patient à atteindre son objectif. Afin de mieux répondre aux besoins de leur clientèle, certains services communautaires ont adapté ce même modèle, en modifiant certains de ses paramètres. À la suite de l'évaluation de plusieurs programmes inspirés de ce modèle, l'Association des Hôpitaux du Québec constate que les usagers et leurs familles ainsi que les intervenants estiment que le suivi intensif en équipe dans la communauté est plus bénéfique que la prise en charge par une clinique externe (CETSQ, 1999)³.

Des infirmières sont impliquées dans tous ces SASC. Elles font partie d'équipes multidisciplinaires composées, selon les besoins du patient et de façon variable, de médecins psychiatres et généralistes, de travailleurs sociaux, de psychologues et d'éducateurs. Leur rôle sur le terrain n'a pas encore été documenté. Cependant, en 1997, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)⁴ et d'autres observateurs en 2001 et 2002 (Dubé, Letarte, Poirier et Yelle, 2001 et 2002)⁵ évaluent que ce rôle va au-delà des pratiques infirmières traditionnelles et correspond à la définition de pratique avancée en soins infirmiers telle que proposée par Hamric et al (2000)⁶. De plus, en mai 2000, dans un article intitulé « Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada », l'AIIC déclare : « *la pratique avancée en soins infirmiers repousse les frontières du champ d'exercice de la profession tout en contribuant au savoir infirmier, à l'épanouissement et au progrès de la profession.* »⁷ Afin d'étayer cette affirmation, il nous apparaît essentiel de documenter empiriquement les pratiques de ces infirmières.

Dans cet article, nous présentons les résultats d'une étude de cas visant à illustrer et analyser le rôle des infirmières dans un SASC. Cette recherche a été effectuée dans le cadre d'un cours de six crédits, au niveau de la maîtrise professionnelle en sciences infirmières. Il s'agit également d'une auto-analyse, étant donné que l'étudiante a choisi de documenter un cas de sa propre pratique professionnelle. Une professeure indépendante du SASC a supervisé le processus et les résultats de cette recherche. Cette étude de cas permet de décrire de façon succincte et approfondie les interventions complexes effectuées par une infirmière, auprès d'une cliente bénéficiant d'un SASC, tout en démontrant que ces interventions correspondent aux éléments de la pratique avancée proposés par Hamric et al. (2000).

Méthodologie

Objectifs de recherche

Cette étude de cas vise deux principaux objectifs : 1) documenter les pratiques infirmières en SASC ; 2) analyser ces pratiques en fonction de la définition de pratique avancée en soins infirmiers.

Question de recherche

Dans quelle mesure les pratiques infirmières en SASC correspondent-elles à la définition de pratique avancée proposée par Hamric et al. (2000)?

Devis

L'étude de cas nous apparaît une approche pertinente dans la mesure où elle nous permet de cerner un phénomène, tant dans sa globalité qu'en profondeur, tout en tenant compte du contexte de vie de la personne soignée et des services psychiatriques prodigués (Yin 1994)⁸. Le cas choisi, une relation infirmière-cliente (Madame Côté) de longue date (de 1996 à 2003), permet d'illustrer plusieurs facettes du rôle de l'infirmière en SASC.

Contexte

L'équipe multidisciplinaire du SASC offrant des soins à Madame Côté ainsi qu'à environ 50 à 70 autres personnes est typiquement composée d'une infirmière, d'un éducateur, d'un travailleur social, d'un conseiller en réadaptation et d'un médecin généraliste. Ce SASC existe depuis une dizaine d'années et il y a eu peu de changements au niveau de sa composition. Les infirmières possèdent un diplôme d'études collégiales ou de premier cycle universitaire, de même que plusieurs années d'expérience à titre d'infirmière psychiatrique dans plusieurs services hospitaliers. Leur rôle dans l'équipe a pris forme au fil des années selon les expériences cliniques et la formation continue informelle autant que formelle. Lorsqu'elle le juge nécessaire, l'équipe peut avoir accès à des consultations psychiatriques.

Collecte et analyse des données

Une des auteures de l'article (MJP), l'étudiante chercheuse, a effectué la cueillette des données, qui proviennent de trois sources différentes : 1) le dossier médical de la cliente ; 2) des entrevues informelles avec la travailleuse sociale et l'éducateur de l'équipe ; 3) une entrevue avec la cliente. La consultation du dossier a été effectuée en deux temps. En premier lieu, nous avons fait une lecture exhaustive du dossier actuel de la cliente (automne 2002), qui comportait des notes relatives aux consultations psychiatriques et aux hospitalisations et d'autres ayant trait au suivi effectué au SASC. Par la suite, nous avons rédigé un résumé chronologique de nos notes manuscrites à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Dans un deuxième temps, nous avons pris connaissance du dossier antérieur de la cliente, soit de 1989-2001. La lecture de ce volumineux dossier nous a permis de retracer le début de ses problèmes psychiatriques. De plus, grâce à cette recherche archivistique, nous avons pu répertorier les dates et le nombre de jours d'hospitalisation par année de la cliente depuis 1989. En menant des entrevues auprès des autres membres de l'équipe, nous avons pu obtenir des éclaircissements, relativement à certaines notes du dossier, de même que des précisions sur certains événements critiques. Enfin, nous avons complété la collecte de données sur la famille immédiate de la cliente dans le cadre d'une seule entrevue. L'ensemble de ces données a permis à l'étudiante chercheuse d'effectuer une reconstitution historique des événements relatifs au suivi de la cliente et aux soins infirmiers dont elle a bénéficié.

Pour analyser ces données, nous avons élaboré une grille de catégories, en nous basant sur la définition de la pratique avancée de Hamric, dont les principaux éléments sont résumés dans le tableau 1. Cette analyse a été effectuée conjointement par l'étudiante chercheuse et la professeure.

Éthique

La participation de la cliente était volontaire. Nous lui avons clairement expliqué les objectifs de l'étude et celle-ci a signé un formulaire de consentement afin de préserver son anonymat. Nous avons assigné un nom fictif ou un acronyme aux différents acteurs; de plus, la diffusion des résultats ne comporte aucune information permettant d'identifier quiconque.

Résultats

Les résultats de l'étude de cas se fondent sur une reconstitution historique des soins prodigués à Madame Côté depuis le début de sa maladie, doublée d'une analyse de cette reconstitution, en nous appuyant sur la conceptualisation de la pratique avancée selon Hamric et al. (2000). L'article comporte deux volets correspondant aux résultats suivants : 1) la reconstitution historique de la période précédant le suivi au SASC (1989-1994) ; 2) une analyse des soins infirmiers offerts au SASC selon Hamric et al. (2000).

Histoire antérieure au SASC

Âgée de 54 ans, Madame Côté souffre de schizophrénie affective chronique (Axe 1 du DSM-IV-TR), doublée d'un trouble de la personnalité limite (Axe 2 du DSM-IV-TR) et de tabagisme. Elle bénéficie des soins du SASC depuis 1994. De 1989 à 1994, année où elle a été admise au SASC, Madame Côté a été hospitalisée plusieurs fois pour des soins psychiatriques. La première hospitalisation était reliée à une surdose de médicaments. Durant son séjour à l'hôpital, elle a amorcé une thérapie de couple avec un thérapeute à l'interne. Lorsqu'on lui a donné son congé, elle a été intégrée au centre de jour où, avec l'aide d'infirmières et de psychothérapeutes, elle a bénéficié d'une thérapie (tantôt individuelle, tantôt en groupe). À la faveur de cette thérapie, elle a fait des progrès appréciables au plan de l'estime et de la confiance en soi ; elle a également appris à poser des limites face à ses filles et certains membres de sa famille, qui abusaient de sa bonté et lui soutiraient de l'argent. Durant cette période, elle a travaillé dans un organisme communautaire qui vise, entre autres, à aider les gens qui souffrent de problèmes de santé mentale à réintégrer le marché du travail. De 1989 à 1991, elle a été hospitalisée à quatre reprises pour un total de 100 jours, soit une moyenne de 33.3 jours par année. Au cours de cette période, elle a été victime de violence conjugale et elle a décidé de divorcer de son conjoint. De plus, étant donné qu'en dépit de la médication prescrite, elle présentait toujours les mêmes symptômes, ses deux filles ont été placées en famille d'accueil par la Direction de la Protection de la Jeunesse, à la suite d'une intervention conjointe de la travailleuse sociale de l'hôpital et du Centre Jeunesse de la région.

Par la suite, de 1992 à 1994, elle a été hospitalisée huit fois pour un total de 528 jours, soit une moyenne de 176 jours par année. Entre les périodes d'hospitalisation, elle était suivie à la clinique externe du département de psychiatrie, où elle rencontrait une infirmière une fois par mois et un médecin psychiatre deux à quatre fois par année. Elle a également fréquenté un organisme communautaire, où elle a été hébergée à certains moments; des travailleurs communautaires l'aidaient à gérer ses activités quotidiennes.

Troisième d'une famille de sept enfants, elle entretient des liens plutôt ténus avec deux de ses frères et quatre de ses sœurs, à l'exception d'une sœur qui habite la même ville qu'elle. Ses deux parents sont décédés ; la mort de sa mère en 1981 a été suivie de celle de son père en 1989, soit neuf mois avant sa première hospitalisation en psychiatrie. Elle s'est mariée à l'âge de 25 ans avec un homme de cinq ans son cadet; leur relation de couple a duré 18 ans et ils ont eu deux filles. Avant 1989, Madame Côté a occupé plusieurs types d'emplois (administration, informatique, entretien ménager et restauration) ; depuis lors, elle n'est plus sur le marché du travail. Toutefois, en dépit de sa maladie, de ses nombreuses hospitalisations et de son incapacité à travailler, celle-ci s'occupe adéquatement de ses ressources financières et réussit même à économiser un peu d'argent, en dépit de son budget limité.

Madame Côté a été référée au SASC en 1994, à la suite d'une hospitalisation. Jusqu'en 2003, elle a bénéficié du suivi de deux infirmières ; l'une a été impliquée dans son plan de traitement de 1994 à 1996 et l'étudiante chercheuse, auteure de cet article, a pris la relève de 1996 à aujourd'hui. Dans la section qui suit, nous identifierons et décrirons succinctement leurs interventions, en nous basant sur la reconstitution historique des soins infirmiers qui lui ont été prodigués. Pour étayer notre étude de cas, nous avons délibérément choisi de nous référer aux éléments de la pratique avancée, telle qu'énoncés par Hamric et al. (2000), plutôt que de faire une présentation chronologique des soins et services dont la cliente a bénéficié.

Analyse du suivi infirmier au SASC relativement aux compétences de l'infirmière en pratique avancée

Selon Hamric et al. (2000), la pratique avancée en soins infirmiers « ... réfère à l'application d'un large répertoire d'interventions, basées sur la pratique, la théorie, aux expériences de santé des patients dans une spécialité clinique particulière. »⁹ Pour ces auteurs, le terme « interventions » désigne toutes les activités cliniques de l'infirmière, notamment : l'évaluation de l'état du client et de sa famille, la planification du traitement, le traitement, de même que l'évaluation des interventions. Pour correspondre à cette définition de la pratique avancée, les soins infirmiers doivent dépasser les pratiques infirmières habituelles et inclure des interventions habituellement effectuées par des médecins, ce qui suppose un approfondissement et un élargissement des compétences professionnelles. La définition des auteurs cités ci haut sous-entend une expérience clinique très importante et des connaissances académiques étendues, de même qu'un large éventail de compétences spécifiques. Nous avons tenté de retracer ces compétences spécifiques dans les interventions de l'infirmière du SASC impliquée dans les soins prodigués à Madame Côté.

D'entrée de jeu, nous soulignons que la compétence centrale de l'infirmière en pratique avancée est axée principalement sur la pratique clinique directe auprès des patients. Hamric et al. (2000) réfèrent au savoir, savoir-faire et savoir-être nécessaires pour évaluer une situation complexe en soins infirmiers et intervenir en conséquence. La pratique clinique de l'infirmière en pratique avancée comporte cinq caractéristiques : 1) une approche holistique ; 2) une relation de partenariat avec les patients ; 3) la référence à un raisonnement clinique d'expert ; 4) l'utilisation des résultats de recherche pour guider ses interventions ; 5) la mise en oeuvre de plusieurs approches de soins. Dans ce modèle, les caractéristiques de la pratique clinique de l'infirmière en pratique avancée rejoignent plusieurs des compétences spécifiques présentées dans le tableau 1.

Par définition, le SASC est un service de suivi intensif et non intensif offert à des personnes qui sont atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. Ces personnes présentent donc des situations complexes de soins. Par ailleurs, 80% du travail des infirmières du SASC consiste essentiellement à les rencontrer dans leur milieu de vie. L'extrait suivant, provenant de la reconstitution historique des soins

offerts à Madame Côté, illustre l'intensité de la pratique clinique directe des infirmières du SASC, de même que l'utilisation de l'approche holistique.

En 1994, les interventions de l'infirmière du SASC débutent par des visites à la maison de la cliente ; elle organise aussi des rencontres, qui se déroulent dans les locaux de l'organisme communautaire qu'elle fréquente, la spécificité de cet organisme étant d'offrir des services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces visites, de fréquence variable (jusqu'à quatre fois par semaine), peuvent être effectuées par l'infirmière, la travailleuse sociale ou l'éducateur ; elles permettent à l'infirmière d'effectuer des interventions qui visent principalement à développer une relation de confiance, un préalable à toute intervention subséquente. Voici le type d'interventions qui sont privilégiées : l'écoute de l'histoire et des symptômes de la maladie, la participation à des activités de la vie quotidienne ainsi que le suivi de l'observance du traitement pharmacologique. Par ailleurs, conformément au plan de traitement médical, l'infirmière administre une médication injectable à action prolongée. De plus, à chaque visite, l'infirmière évalue : 1) les symptômes de la maladie, telles les hallucinations visuelles et auditives ; 2) le risque d'une tentative suicidaire, lié dans la plupart des cas à l'intensité et à la fréquence des hallucinations ; 3) l'observance et les effets du traitement pharmacologique, ainsi ses effets secondaires ; (4) son fonctionnement global, c'est-à-dire son hygiène de vie (alimentation, sommeil, activités sociales, etc.). Nous soulignons qu'au cours des dernières années, en dépit de plusieurs essais avec différents médicaments, les symptômes de la maladie de la cliente demeurent toujours très présents. En 1996-1997, elle présentait des hallucinations visuelles très fréquentes, dont voici un exemple. Elle voyait des mains sortir du trottoir lorsqu'elle se rendait à l'épicerie ; effrayée, elle marchait dans la rue et risquait d'être victime d'un accident.

Les différentes interventions, faites par l'infirmière du SASC au fil des années, ont permis de développer une connaissance approfondie des aspects bio-psycho-sociaux de la vie quotidienne de Madame et, plus spécifiquement, de sa façon de gérer sa maladie. Rappelons que ses interventions visent autant le contrôle des symptômes que le contexte de vie de la cliente. À la suite des évaluations de la situation clinique de la cliente, l'infirmière a mis en place et effectué des interventions complexes; la reconstitution historique de celles-ci nous permet de faire ressortir celles qui visaient à resserrer les liens de la cliente avec sa famille. De 1995 à 1997, le principal objectif était la relation avec ses deux filles alors que de 1997 à 1999, il s'agissait plutôt de bonifier la relation avec le frère de son ex-conjoint et son épouse. L'infirmière a supervisé plusieurs expériences de co-habitation avec ces personnes, ce qui exigeait non seulement une vaste expertise clinique, mais également un suivi étroit de l'évolution des symptômes de la maladie. Tout en même temps, elle a intégré d'autres éléments de la pratique avancée de Hamric et al. (2000), notamment : 1) des interventions d'enseignement et d'éducation auprès des membres de la famille ; 2) des interventions de consultation auprès de l'équipe du SASC ; 3) des ententes de collaboration entre l'équipe du SASC et les ressources communautaires ; 4) l'exercice de son leadership.

Nous attirons également l'attention sur le fait que les interventions de l'infirmière sont faites dans le cadre d'une relation de partenariat : ainsi, toutes les décisions relatives au plan de traitement sont discutées avec la cliente. En voici un exemple :

Plusieurs interventions permettent à Madame de continuer de se comporter, au meilleur de son potentiel actuel. Dans cette foulée, l'infirmière a établi une collaboration avec le pharmacien communautaire qui lui prépare sa médication en dosette pour une semaine. Dans un premier temps, la cliente désirait gérer elle-même sa dosette. Cependant, à la suite de plusieurs tentatives suicidaires, liées à une consommation excessive de médicaments (surdose), l'infirmière lui a proposé de confier la gestion de la dosette au personnel d'une des résidences affiliée au centre hospitalier, située près de son domicile, ce qu'elle a finalement accepté. La cliente se rend donc à cette résidence deux fois par jour et prend ses médicaments en présence de l'infirmière ou d'un intervenant de la résidence, qui a reçu l'enseignement relatif à sa problématique.

Par ailleurs, différentes informations, mentionnées dans la reconstitution historique, permettent de mettre en évidence que les interventions de l'infirmière du SASC se fondent sur un raisonnement clinique d'expert.

Ce jour-là, l'infirmière nourrissait de l'inquiétude à la suite d'une conversation téléphonique avec sa cliente. Le ton, les mots utilisés, le débit verbal, la durée de l'échange auquel la patiente avait mis fin plus brusquement qu'à l'habitude, constituaient autant de signes avant-coureurs que celle-ci avait des idées suicidaires. L'infirmière décide de réorganiser sa journée afin de pouvoir visiter Madame à son domicile ; lorsqu'elle se présente à la porte de son appartement, elle l'entend manipuler des médicaments et décide de frapper afin de vérifier ce qu'elle faisait. La cliente nie qu'elle manipulait des médicaments mais, après quelques minutes d'entretien, celle-ci commence à parler de la récurrence et de l'intensité de ses idées suicidaires. Étant donné que Madame ne peut garantir à l'infirmière qu'elle « ne passera pas à l'acte », celle-ci communique sans tarder avec le centre de crise (24/7) afin de trouver un hébergement pour la nuit.

Ces informations donnent à penser que le raisonnement clinique de l'infirmière est basé sur une approche intuitive et cognitive. Dans un premier temps, l'infirmière réfère à son expertise globale (auprès de toute sa clientèle) pour planifier son intervention ; dans un deuxième temps, elle se base sur son expérience particulière auprès de Madame Côté. De toute évidence, plusieurs éléments sont entrés en ligne de compte dans son raisonnement clinique, notamment, l'intégration de l'évaluation longitudinale de la cliente, de même que l'identification des données non concordantes (« non fitting datas ») (Hamric et al. 2000). La prise en compte de ces différents facteurs a permis à l'infirmière, non seulement d'approfondir sa compréhension de la situation de sa cliente, mais aussi de prévoir les comportements qui nécessitaient son intervention urgente. Deux initiatives de l'infirmière ont contribué à soutenir ce processus. Elle s'est inscrite dans un processus de formation

continue et a participé à des échanges interdisciplinaires, ce qui lui a permis d'enrichir ses connaissances théoriques et pratiques dans le domaine psychiatrique.

Par ailleurs, deux éléments de la reconstitution historique illustrent la démarche de recherche de l'infirmière du SASC. 1) En dépit des nombreux changements relatifs à la médication de la cliente, l'infirmière possède des connaissances approfondies et à jour sur les psychotropes ; ce savoir l'habilite à effectuer un suivi adéquat, tant au niveau des effets recherchés que des effets secondaires de ces médicaments sur sa cliente. Elle est également en mesure d'établir des liens entre sa prise de poids et le traitement pharmacologique prescrit. 2) De plus, elle a effectué une recension des écrits pour identifier les interventions les plus efficaces à cet égard ; cette recherche l'a guidée dans la mise en œuvre de plusieurs interventions, visant à faciliter le contrôle du poids de sa cliente.

Le plan d'intervention relatif au gain de poids illustre clairement la diversité des approches mises en application par l'infirmière. Ce plan vise principalement deux objectifs : l'observance du traitement pharmacologique et l'amélioration de la santé globale de Madame. L'infirmière planifie et met en œuvre plusieurs types d'interventions pour réduire le gain de poids de sa cliente de façon à rétablir, dans la mesure du possible, son poids santé; il s'agit notamment d'approches éducatives et comportementales, de l'accompagnement et du soutien.

Le problème le plus important se situe au plan de l'observance : Madame cesse de prendre la médication prescrite car elle prend du poids. En effet, au cours de cette période, soit de 1996 à 1999, elle présente un gain pondéral de plus de 28 kg. Ce gain pondéral devient alors un enjeu particulièrement important dans sa maladie. Celle-ci se pèse plusieurs fois par jour et souffre d'hallucinations auditives en lien avec son embonpoint ; ses voix lui disent qu'elle est « grosse et laide » et qu'elle doit se « faire du mal ». L'infirmière a observé que ces hallucinations entraînaient l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des idées suicidaires et des passages à l'acte. Elle a aussitôt mis en place un plan d'intervention visant principalement l'acquisition d'habitudes alimentaires saines et l'auto-gestion des épisodes de passages à l'acte par la cliente. Dans le cadre de ce plan d'intervention, celle-ci a pu bénéficier de plusieurs séances d'information relatives à l'alimentation et de soutien pour faire son épicerie ; l'infirmière lui a aussi enseigné comment tenir un journal alimentaire. De plus, elle a effectué plusieurs interventions éducatives auprès de Madame et de son réseau social afin que, lors d'un passage à l'acte, celle-ci puisse elle-même téléphoner aux ambulanciers ou qu'une personne désignée dans l'appartement supervisé où elle habite s'en charge. Bien que ce plan d'intervention ait permis une diminution du nombre de jours d'hospitalisation, il n'a toutefois pas réduit la fréquence et l'intensité de ses symptômes.

Compte tenu de la persistance, de la fréquence et de l'intensité des hallucinations, des idées suicidaires et des passages à l'acte, l'infirmière a finalement demandé la collaboration de l'équipe du SASC pour mettre en place le plan d'intervention suivant : 1) la consultation et l'accompagnement en clinique privée

d'amaigrissement ; 2) la vérification de la compréhension des consignes données, lors de ces consultations, par la composition des menus et la visite à l'épicerie ; 3) le retrait du pèse-personne du domicile de Madame ; 4) la signature d'un contrat de non-passage à l'acte suicidaire par la cliente ; 5) l'encouragement à la pratique de l'exercice physique. Ce plan de traitement a exigé que l'infirmière fasse des démarches auprès de la clinique d'amaigrissement, afin d'obtenir un rabais sur les coûts jugés trop élevés en fonction du budget réduit de sa cliente. Elle a également mis sur pied une formation individuelle pour qu'elle puisse se familiariser avec les transports en commun et obtenir une subvention du Ministère de la Sécurité du Revenu pour bénéficier du service de transport adapté pour se rendre au gymnase. En plus de faire ressortir les différentes caractéristiques de la pratique clinique de l'infirmière en pratique avancée, la reconstitution historique permet aussi d'illustrer les autres compétences de base de la pratique avancée, telles que définies par Hamric et al. (2000). Ces autres compétences sont respectivement : l'enseignement et l'assistance professionnelle, la consultation, le leadership et la collaboration professionnelle; la résolution de problèmes éthiques complexes et la recherche.

L'enseignement et le « coaching » désignent les compétences de l'infirmière pour expliquer à différents auditoires la logique de l'évaluation et des interventions effectuées, en plus de celles qui visent à aider d'autres personnes à acquérir certaines habiletés. Ainsi, pour aider Madame Côté, l'infirmière a mobilisé la collaboration de plusieurs membres de l'équipe du SASC (médecin, travailleuse sociale, éducateur spécialisé) et de la communauté (pharmacien, infirmières de l'urgence et d'une résidence affiliée au centre hospitalier), tout en leur expliquant sa démarche clinique et ses objectifs de soins.

L'infirmière a effectué une formation auprès des intervenants de la résidence, responsables d'administrer la médication, afin que ceux-ci adoptent une attitude et des comportements cohérents auprès de Madame et qu'ils communiquent avec l'infirmière, dans le cas où celle-ci ne se présentait pas pour prendre sa médication. Elle a également organisé des rencontres de formation auprès des intervenants de l'appartement supervisé où Madame demeurait.

Finalement, après plusieurs années d'efforts concertés, le travail éducatif auprès de la cliente a donné des résultats positifs, principalement en ce qui a trait à la gestion des symptômes de sa maladie.

Bien que Madame soit toujours aux prises avec des hallucinations auditives, les interventions éducatives répétées de l'infirmière, sur une période de plusieurs années, lui permettent maintenant de gérer ces épisodes et de continuer ses activités habituelles. Ces interventions ont consisté, et consistent encore aujourd'hui, à identifier et discuter avec la cliente des différentes stratégies qui peuvent l'aider à réduire et mieux contrôler ses idées suicidaires (e.g. écouter de la musique, jouer à l'ordinateur, prier ou tricoter).

Selon Hamric et al. (2000), la consultation, le leadership et la collaboration avec les autres professionnels de la santé sont trois compétences distinctes de la pratique avancée en soins infirmiers. Cependant, ces trois compétences sont particulièrement reliées dans le cas que nous venons d'exposer et ont trait, plus précisément, aux interventions relatives à la pratique de l'interdisciplinarité. Plusieurs épisodes de soins, dont certains sont décrits précédemment, en constituent des exemples patents. Lorsque la cliente a eu besoin, notamment : a) d'apprendre à obtenir les services de la Sécurité du revenu ou à utiliser les transports en commun ; b) de partager la gestion de sa médication, lors de l'élaboration du plan d'intervention relatif à sa prise de poids ; c) d'apprendre à se servir d'un ordinateur.

Au début du travail avec cette cliente (1994), celle-ci n'avait plus d'emploi et éprouvait d'importantes difficultés financières. L'infirmière a demandé à la travailleuse sociale d'aider Madame à effectuer les démarches nécessaires pour bénéficier de la Sécurité du Revenu. Celle-ci a alors rencontré la cliente à trois reprises pour compléter les formulaires nécessaires et l'accompagner à l'agence gouvernementale. Par la suite, Madame a repris l'autogestion de ses finances et a pu même réaliser des économies !

Enfin, l'infirmière du SASC est fréquemment confrontée à la résolution de problèmes éthiques complexes. À cet égard, nous avons pu identifier un exemple.

À plusieurs reprises Madame a acheté des produits amaigrissants publicisés à la télévision ou dans les journaux. L'infirmière arrivait à la maison et trouvait ces produits au milieu de la table de cuisine avec la facture. Elle reprenait alors les explications concernant le contrôle du poids ainsi que la tendance de sa cliente à poser certains gestes de façon irréfléchie, en raison de sa maladie. Compte tenu de la précarité de sa situation financière, elles ont décidé d'un commun accord que l'infirmière appuierait sa demande de remboursement en présentant un certificat médical.

Depuis l'an 2000, Madame n'a pas été réhospitalisée au centre hospitalier psychiatrique et nous avons constaté une diminution importante du nombre des passages à l'acte. L'infirmière a également pu observer une stabilité plus grande au niveau des symptômes de la maladie, une diminution de la récurrence de ses hallucinations et une amélioration de sa qualité de sommeil. Au cours de la dernière année (2003), Madame a présenté quatre passages à l'acte, ce qui est nettement inférieur aux années antérieures. Elle demeure toujours seule dans son appartement, dont elle assume elle-même l'entretien, et ce, en dépit de la possibilité d'obtenir de l'aide. Elle planifie de façon autonome son budget, fait son épicerie, etc. Elle a réussi à cesser de fumer pendant environ 8 mois mais a fait une rechute. Bénéficiant des services du transport adapté, elle continue de se rendre à ses activités physiques quatre fois par semaine et demeure fidèle à son rendez-vous pour une ponction veineuse bi-mensuelle. Elle se déplace deux fois par jour pour aller chercher sa médication. Toutefois, lorsqu'elle visite sa fille pendant le week-end, il lui arrive parfois d'oublier. Au cours des derniers mois, elle rencontre ses filles de façon

beaucoup plus régulière ; celles-ci nous disent qu'elle se porte « *très bien* » et elles en sont très contentes. Elles offrent une meilleure collaboration à l'infirmière qu'auparavant, ce qui permet à cette dernière d'effectuer des interventions éducatives, visant à leur rappeler l'importance de l'observance de la médication et du suivi sanguin.

Discussion

L'analyse des soins infirmiers offerts à Madame Côté démontre que la pratique infirmière au SASC intègre plusieurs éléments des compétences décrites par Hamric et al. (2000), ce qui confirme les observations sur le terrain mentionnées précédemment. Un double constat s'impose d'emblée : on ne peut douter de l'intensité de la pratique clinique auprès des clients, ni des caractéristiques de celle-ci. Il s'agit notamment de l'approche holistique, de la relation de partenariat et du raisonnement clinique d'expert, sans lesquels ce type de travail serait impossible, ainsi que du large éventail d'interventions basées sur les résultats de la recherche.

Les éléments qui diffèrent le plus, entre la pratique étudiée et celle promue par Hamric et al. (2000), se situent au plan de la formation académique. En effet, ces auteurs soutiennent qu'au cœur de la pratique avancée, il y a des assises conceptuelles solides qui sont acquises au cours des études de deuxième cycle en sciences infirmières. Nous sommes d'accord avec cette position. Nous considérons les infirmières qui travaillent actuellement au SASC comme des pionnières : leurs pratiques ont émergé de leur expérience sur le terrain et elles ont évolué en fonction des besoins de la clientèle et de ceux de l'équipe. Elles ressentent toutefois le besoin d'approfondir leurs connaissances ; c'est pourquoi elles participent à plusieurs sessions de formation continue à chaque année, ainsi qu'à des conférences multidisciplinaires nationales et internationales, portant sur le suivi intensif dans la communauté. De plus, certaines d'entre elles ont même commencé des études universitaires en sciences infirmières.

L'acquisition des différents aspects du savoir (savoir, savoir-être et savoir-faire), qui sont essentiels à la pratique professionnelle des infirmières du SASC, constitue actuellement un enjeu important. En effet, les gestionnaires éprouvent de plus en plus de difficultés à trouver des infirmières, qui possèdent les compétences nécessaires pour remplacer les infirmières du SASC, lorsqu'elles sont absentes ou désirent changer de poste. Désormais, le fonctionnement du SASC n'est plus un processus en émergence et la clientèle ne cesse de s'accroître. Les nouvelles infirmières qui joignent les rangs des « services d'accompagnement et de soutien communautaire » doivent pouvoir intervenir adéquatement, et ce, dès leur entrée en fonction. Or, Hamric et al. (2000) sont formels à ce sujet : la formation de deuxième cycle est nécessaire à l'acquisition de ces compétences. Les milieux cliniques sont-ils prêts à exiger un tel niveau de formation pour assurer la qualité des interventions infirmières requises ?

Cette question se pose avec beaucoup d'acuité, d'autant plus que certaines pratiques professionnelles, qui n'ont pas été abordées dans cet article, et tout particulièrement la gestion du traitement pharmacologique des clients, est en grande partie assumée par les infirmières. Étant donné qu'il s'agit d'un acte exclusif à la médecine, des actions devront être entreprises à très court terme afin de régulariser ces pratiques. Jusqu'à quel point sera-t-il possible pour une infirmière d'appuyer ses décisions cliniques, relatives à la pharmacothérapie, sans posséder les connaissances nécessaires ? La nouvelle Loi des infirmières stipule explicitement que les connaissances sont un « sine qua non » dans l'utilisation des ordonnances collectives.

En dépit de certaines limites, cette étude permet de soulever la question de la formation dans toute sa complexité. En effet, comme il s'agit d'une étude de cas, on ne peut présumer que les interventions mentionnées ci haut sont effectuées auprès de l'ensemble de la clientèle des infirmières du SASC. Cependant, le cas présenté relève d'une sélection judicieuse. De plus, pour élaborer cette reconstitution historique, nous avons mené une recherche archivistique exhaustive. Par ailleurs, l'analyse des résultats, c'est-à-dire les liens effectués entre les faits cités dans cette reconstitution historique et les caractéristiques de la pratique avancée, ont été discutés et validés par la professeure responsable du cours. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une seule étude de cas ; nous prévoyons que d'autres études semblables pourraient éventuellement enrichir ces résultats ou, à l'inverse, les contredire.

¹ Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. (1999). *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. (CETS 99-1 RF). Montréal : CETS, 1999, xvi-88 p ; p. 1.

² Farkas, M., (1986). *La réadaptation et la santé mentale*. Montréal : Colloque de l'A.C.S.M.

³ Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. *Ibidem*.

⁴ Association des infirmières et infirmiers du Canada (1997). Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada. [version électronique]. *Zoom sur les soins infirmiers*, 2, 1-6.

⁵ Dubé, M-J., Letarte, L., Poirier, M-J., & Yelle, S. (2001, juin). *Au-delà des assises conceptuelles*. Communication présentée au Colloque international des infirmières. Copenhague, Danemark. / Dubé, M-J., Letarte, L., Poirier, M-J., & Yelle, S. (2002, mars). Les soins communautaires, au-delà des assises conceptuelles. *Soins psychiatrie*. pp.31-34.

⁶ Hamric, A.B., Spross, A. J., Hanson, M.C. (2000). *Advanced Nursing Practice. An Integrative Approach*. Philadelphie: W.B. Saunders Company.

⁷ AIIC (2000). *La pratique avancée*. Cadre national. (Brochure), p. 1.

⁸ Yin, R.K., (1994). *Case Study Research, Design and Methods*, 2nd ed. Newbury Park, Sage Publications.

⁹ Hamric et al. A. (2000). Traduction libre, p. 57.

Appendice B

Tableau de formation et de réglementation au pays

Formation et réglementation au Canada

Province	Possibilité de formation	Reconnaissance juridique
C.-B.	À compter de septembre 2003, l'Université de Victoria offrira une maîtrise en sciences infirmières : programme de pratique des soins infirmiers avancés. Le Collège universitaire de Cariboo offre un programme de soins infirmiers cliniques primaires à l'intention des infirmières dans un rôle élargi.	L'Association des infirmières autorisées et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique collaborent actuellement avec d'autres partenaires à des initiatives de réglementation des infirmières praticiennes.
Alb.	L'Université de l'Alberta offre une maîtrise en sciences infirmières qui prépare les infirmières à jouer un rôle de premier plan, y compris la pratique des soins infirmiers avancés. L'Université Athabasca offre le volet de la pratique des soins infirmiers avancés dans le cadre d'un programme de maîtrise des études de la santé, et un diplôme universitaire supérieur en soins infirmiers avancés. L'Université de Calgary offre une maîtrise intégrée en sciences infirmières/infirmière praticienne ou un certificat post-maîtrise d'infirmière praticienne.	En vertu des changements apportés à la loi albertaine de 1995 sur la santé publique, les infirmières autorisées ont le droit de dispenser des services qui vont au-delà de leur champ d'activité habituel. Les infirmières autorisées admissibles ont le droit d'utiliser la désignation infirmière autorisée/pratique élargie.
Sask.	L'Université de la Saskatchewan offre une maîtrise en sciences infirmières. L'Institut de science appliquée et de technologie offre un certificat avancé d'infirmière praticienne des soins primaires.	En mars 2003, le ministre de la Santé a approuvé une nouvelle législation entourant la reconnaissance juridique du titre d'infirmière autorisée (IA) (infirmière praticienne – IP). L'octroi de permis aux IA (IP) devrait commencer à l'automne 2003.
Man.	L'Université du Manitoba offre une maîtrise en sciences infirmières avec une concentration pour infirmière praticienne.	La province modifie actuellement sa législation pour permettre aux IA répondant aux exigences de formation de s'occuper d'autres actes autorisés.

Formation et réglementation au Canada

Ont.	Le programme ontarien de soins primaires pour les infirmières praticiennes est offert dans 10 universités : Queen's, McMaster, Lakehead, Laurentienne, Ottawa, Western Ontario, Toronto, Windsor, Ryerson et York.	En 1998, la Loi sur les infirmières et infirmiers de l'Ontario a été modifiée pour permettre à un groupe distinct d'IA de s'occuper de certains autres actes autorisés. Il s'agit des infirmières autorisées (groupe élargi).
Qc	Les infirmières travaillant dans les soins primaires peuvent suivre un programme à l'Université du Québec à Trois-Rivières.	Depuis janvier 2003, les infirmières praticiennes peuvent accomplir cinq autres activités autrefois réservées aux médecins. Le Québec prévoit procéder à l'inscription de ses premières infirmières praticiennes en 2004.
N.-É.	L'Université Dalhousie offre une maîtrise en sciences infirmières avec une option de spécialité d'infirmière praticienne et un programme de soins primaires pour les infirmières praticiennes.	La loi de 2002 sur les infirmières autorisées permet aux infirmières praticiennes de travailler en vertu d'une entente de pratique collaborative avec un médecin ou un groupe de médecins afin de s'occuper d'autres actes autorisés.
N.-B.	L'Université du Nouveau-Brunswick offre une maîtrise en sciences infirmières avec un volet avancé pour les infirmières praticiennes. L'Université de Moncton offre une maîtrise en sciences infirmières en français.	En juillet 2002, la Loi sur les infirmières et infirmiers a été modifiée pour permettre aux infirmières praticiennes de travailler au Nouveau-Brunswick.
Î.-P.-É.	Aucun programme n'est actuellement en place.	Un avant-projet de loi est à l'étude.
T.-N.-L.	L'Université Memorial offre une maîtrise en sciences infirmières conçue pour préparer les étudiants à la pratique des soins infirmiers avancés. Le Centre d'études en soins infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador offre un programme d'infirmière praticienne.	En 1998, Terre-Neuve a instauré le rôle d'infirmière praticienne de soins primaires avancés. Les modifications de 2001 à la Loi sur les infirmières autorisées permettent aux infirmières praticiennes d'obtenir un permis de pratique spéciale.
T. N.-O./ Nun.	Le Collège Aurora à Yellowknife offre un programme de soins primaires pour les infirmières praticiennes en collaboration avec le Centre d'études en soins infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador.	En juin 2002, l'Assemblée législative a adopté la loi 8 qui modifie la Loi sur la profession infirmière. Ses dispositions permettent l'établissement d'un registre distinct pour les infirmières praticiennes.
Yn	Aucun programme n'est actuellement en place.	En vertu de la législation actuelle, le rôle d'une infirmière autorisée peut être élargi à un rôle d'infirmière praticienne communautaire.

*Certains programmes peuvent ne pas offrir de formation pour les soins de santé primaires. Source : Compilé par l'ICIS en date de mars 2003.

Appendice C

Contrat avec le milieu d'intervention clinique

APPROBATION DU PROJET D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : Marle-Josée Poirier _____ Code permanent : POIM05596207

Constituante d'attache : UQTR UQAC UQAR UQO

Première session d'inscription au programme : automne 2003

Titre du projet d'intervention:

Élaboration et approbation d'un protocole d'ordonnance collective en psychiatrie

Résumé du projet d'intervention : problématique (contexte théorique, cadre théorique et objectifs visés) et planification de l'intervention (lieu, rôles des partenaires, précautions éthiques, calendrier, évaluation)
Le service d'accompagnement et de soutien communautaire (SASC) est un des nombreux services offerts au centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ). Il offre des services de soins, de réadaptation et de soutien dans le milieu de vie des usagers aux prises avec des problèmes sévères et persistants de santé mentale. Ces services sont offerts par des équipes composées d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un éducateur, d'un conseiller en réadaptation et d'un médecin omnipraticien. Au SASC, les infirmières ont une pratique qui dépasse le cadre professionnel habituel d'une infirmière, notamment en ce qui concerne la gestion de la médication psychiatrique. Ainsi, elles augmentent, diminuent, cessent et renouvellent des médicaments. Or, bien que ces pratiques soient soutenues par les pharmaciens communautaires qui acceptent de servir ces médicaments, des médecins du SASC qui contresignent les prescriptions par la suite et bien qu'aucun incident fâcheux ne se soit encore produit, aucun cadre légal (ordonnance permanente, acte délégué, protocole) ne régit ces pratiques. Plusieurs facteurs ont conduit les infirmières à effectuer de telles pratiques, notamment la pénurie de médecins au sein des équipes du SASC et la nécessité fréquente d'intervenir « ici et maintenant » auprès de ce type de clientèle.

Le projet poursuit trois objectifs : (1) élaborer un protocole d'ordonnance collective visant la régularisation des pratiques des infirmières du SASC en regard de la médication, (2) faire approuver ce protocole par les instances concernées du CHPJ, (3) évaluer l'applicabilité du protocole auprès des infirmières du SASC.

Le cadre théorique se réfère à la nouvelle Loi 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Cette loi permet maintenant de reconnaître et d'encadrer des pratiques cliniques qui auparavant dépassaient le cadre légal des pratiques professionnelles, comme celles des infirmières du SASC, décrites précédemment.

Planification de l'intervention : Ce projet se déroulera au SASC de CHPJ. Il comporte quatre étapes. Premièrement, je travaillerai en collaboration avec les infirmières et infirmiers du SASC ainsi que les gestionnaires et médecins du service pour élaborer un protocole d'ordonnance collective qui reflète les pratiques actuelles et qui répond aux besoins des professionnels et des patients du SASC. La directrice des soins infirmiers (DSI) sera consultée tant sur le contenu que sur le processus. Deuxièmement, le protocole devra être présenté au Comité Exécutif des Infirmières et Infirmiers (CECII) et au Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) pour fins d'approbation. Suite à ces approbations et avec la recommandation du CMDP, le protocole devra être présenté et approuvé au CA. Troisièmement, il y aura implantation du

protocole de façon formelle. Quatrièmement, une évaluation de l'applicabilité du protocole sera effectuée auprès des infirmières utilisatrices.

Calendrier : Septembre-octobre : Objectifs 1 et 2 : (1) sensibiliser le milieu, (2) écrire le protocole.

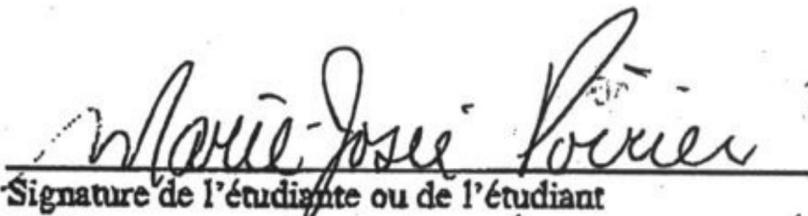
Novembre-décembre : Objectif 3 : (3) validation du premier jet du protocole, présentation et approbation du protocole par les instances.

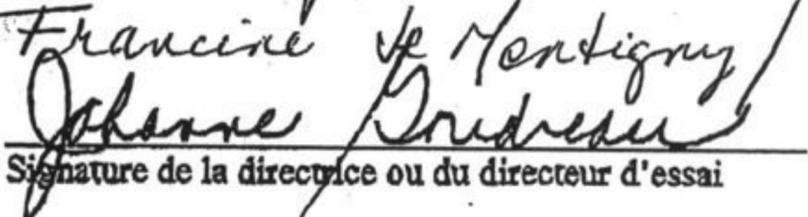
Janvier-février 2004 : Objectif 4 : (4) Implantation du protocole au niveau du SASC.

Mars-avril 2004 : Objectif 5 : (5) Évaluation de l'applicabilité du protocole.

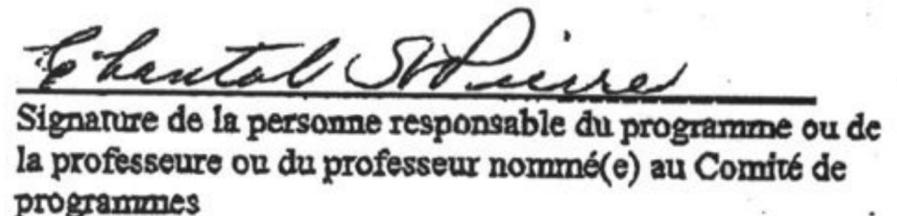
Mai 2004 : Objectif 6 : (6) Présentation orale de la démarche et du protocole à l'Université du Québec en Outaouais.

Évaluation de la démarche : L'évaluation de la démarche se fera à l'aide du journal de bord tenu depuis le début du projet. Un rapport sera écrit décrivant toutes les étapes de la démarche. Le contexte, la problématique, la situation désirée ainsi que le plan d'action sera inclus dans ce rapport. Une évaluation des résistances sera également présente.


Signature de l'étudiante ou de l'étudiant


Signature de la directrice ou du directeur d'essai


Signature de la personne du milieu


Signature de la personne responsable du programme ou de la professeure ou du professeur nommé(e) au Comité de programmes

Date : 25/11/03.

CONTRAT AVEC LE MILIEU D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : MARIE-JOSÉE POIRIER Code permanent : POIM
(étudiante ou étudiant)

Constituante d'attache : UQTR UQAC UQAR UQAH

Directrice ou directeur d'essai : FRANCINE DEMONTIGNY

L'étudiante ou l'étudiant ci-haut nommé (e) s'entend avec C.H. PIERRE-JANET
(milieu d'accueil)
représenté (e) par MME LINDA CLOUTIER, pour effectuer son projet d'intervention
clinique dans ce milieu.

Les modalités ci-jointes du projet doivent être initialisées à chaque page par les soussignés (es).

Marie-Josée Poirier
Étudiante ou étudiant

Linda Cloutier, DSI
Responsable du milieu d'accueil

Francine Demontigny
Directrice ou directeur d'essai

Chantal St-Pierre
Responsable de programmes

08/08/30
Date

Appendice D

Plan d'action opérationnel

Plan d'action opérationnel : Élaboration et approbation d'une ordonnance collective en psychiatrie

Plan d'action opérationnel

Projet d'élaboration et d'approbation d'une ordonnance collective en psychiatrie

Par

Marie-Josée Poirier

Septembre 2003

Plan d'action opérationnel : Élaboration et approbation d'une ordonnance collective en psychiatrie

Objectif # 1	Sensibiliser le milieu			
Activités	Actions	Acteurs	Échéanciers	Évaluation
1.1 Informer les personnes concernées de la mise en œuvre du projet	1.1.1 Présenter le projet aux infirmières du SASC	MJ Poirier	Automne 2002	Fait
	1.1.2 Présenter le projet à la DSI	Idem	Automne 2002	Fait
	1.1.3 Présenter le projet au directeur clinique et à la gestionnaire du service	Idem	Automne 2002	Fait
	1.1.4 Vérifier les dates de CMDP et de CECII et prendre RDV	Idem	Sem du 6 oct. 2003	Fait
	1.1.5 Présenter le projet au DSP, CMDP, CECII	Idem	Sem du 10 nov 2003	
	1.1.6 Présenter le projet à des pharmacies de pratique privée	Idem	Sem du 6 oct. 2003	Fait
1.2 Retourner voir les mêmes personnes pour les aviser de l'écriture de l'ordonnance	1.2.1 Aviser les infirmières du SASC	MJ Poirier	Sem 22 sept. 2003	Fait
	1.2.2 Rencontrer la DSI	Idem	Sem. 29 sept 2003	Fait
	1.2.3 Rencontrer le directeur clinique et la gestionnaire	Idem	Sem du 6 oct 2003	Reporté au 14 oct. 2003
Évaluation	Vérifier le niveau de sensibilisation des personnes concernées en posant des questions sur le projet			

Plan d'action opérationnel : Élaboration et approbation d'une ordonnance collective en psychiatrie

Objectif # 2	Écrire l'ordonnance collective			
Activités	Actions	Acteurs	Échéanciers	Évaluation
2.1 Identifier les responsables	2.1.1 Rencontrer la DSI et le directeur clinique pour demander qu'ils soient responsables de façon conjointe à l'interne (signature du formulaire)	MJ Poirier	Sem du 6 oct. 2003	Directeur clinique reporté au 14 oct. 2003
	2.1.2 Rencontrer le directeur clinique pour approbation pour rencontrer les infirmières sur les heures de rencontres nursing déjà prévues	Idem	Sem du 6 oct. 2003	Reporté au 14 oct. 2003
	2.1.3 Vérifier dans la loi quels seront les responsables qui approuveront l'ordonnance	Idem	Sem du 6 oct. 2003	Fait
2.2 Identifier les utilisateurs	2.2.1 Rencontrer la DSI afin de déterminer les exigences nécessaires pour qu'une infirmière puisse utiliser l'ordonnance	MJ Poirier	Sem du 29 sept 2003 et chaque 2 sem	1 ^{ère} faite 1 ^{er} oct. 2003
	2.2.2 Rencontre avec les infirmières du SASC ainsi que l'infirmière des résidences	Idem	Sem du 24 sept. 2003	Fait
2.3 Identifier les activités	2.3.1 Consulter d'autres protocoles existants à Pierre-Janet	MJ Poirier, DSI, Inf. du SASC et rés.	Sem du 6 oct. 2003	Fait
	2.3.2 Déterminer les articles de loi qui encadrent le projet	Idem	Sem du 13 oct et 20 oct. 2003	Fait
	2.3.3 Déterminer quels médicaments en feront partie et ceux qui seront exclus, les conditions d'applications, les exigences nécessaires, le milieu où il sera implanter	MJ Poirier, inf, md et DSI	Sem du 13 oct et 20 oct 2003	Fait
	2.3.4 Déterminer qui le présentera au CMDP	MJ Poirier	Sem du 6 oct. 2003	Fait
	2.3.5 Vérifier s'il doit être présenter au CA	Idem	Sem du 13 oct 2003	Fait
	2.3.6 Déterminer le format	Idem	Sem du 20 oct 2003	Fait
	2.3.7 Écrire le premier jet	Idem	Sem du 20 oct 2003	Fait
Évaluation	Rencontrer les personnes concernées afin de valider l'ordonnance collective			

Plan d'action opérationnel : Élaboration et approbation d'une ordonnance collective en psychiatrie

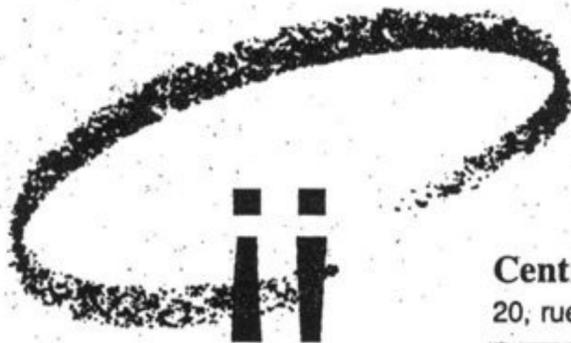
Objectif # 3	Valider le premier jet de l'ordonnance collective			
Activités	Actions	Acteurs	Échéanciers	Évaluation
3.1 Présenter le premier jet aux personnes concernées pour fin de validation	3.1.1 Présenter le premier jet aux infirmières et à la DSI	MJ Poirier	Sem du 27 oct. 2003	Fait
	3.2.2 Présenter le premier jet de l'ordonnance au DSP	Idem	Sem du 27 oct. 2003	Fait
	3.2.3 Présenter le premier jet de l'ordonnance au CECII	Idem	Sem du 10 nov. 2003	Fait le 18 nov. 2003
	3.2.4 Présenter l'ordonnance finale au CMDP	À déterminer	Sem du 8 déc. 2003	Fait
	3.2.5 Analyser les résistances et agir si besoin	MJ Poirier	Sem du 27 oct. 2003	Fait
	3.2.6 Obtenir approbation des instances	MJ Poirier	Sem du 12 janvier 2004	Fait CA le 26 janv. 2004
Évaluation	Obtention de l'approbation du CMDP et du CECII de façon formelle			

Plan d'action opérationnel : Élaboration et approbation d'une ordonnance collective en psychiatrie

Objectif # 4	Implantation de la nouvelle ordonnance collective			
Activités	Actions	Acteurs	Échéanciers	Évaluation
4.1 Mise en vigueur de la nouvelle ordonnance collective	4.1.1 Informer les personnes concernées de l'approbation de l'ordonnance par les instances	MJ Poirier	Sem du 26 janv. 2004	Fait le 27 janv. 2004
	4.1.2 Déterminer la date de mise en vigueur de l'ordonnance	MJ Poirier DSI	Sem du 26 janv. 2004	Fait
	4.1.3 Placer la nouvelle ordonnance dans le cartable de protocole sur les unités de soins et dans les cliniques spécialisées et au SASC	MJ Poirier, DSI	Sem du 12 février 2004	Annulé
	4.1.4 Annonce de la date choisie de l'implantation de la nouvelle ordonnance dans l'INFO-DSI	MJPoirier,DSI	Prochaine parution de l'Écho-DSI	Annulée
Évaluation	Rencontrer les personnes utilisatrices de l'ordonnance afin de vérifier leur satisfaction			

Appendice E

Lettre d'approbation du CECII



Centre Hospitalier Pierre-Janet

20, rue Pharand, Hull (Québec) J9A 1K7 Tél. (819) 771-7761 — Télécopieur (819) 771-2908

Le 12 décembre 2003

Madame Marie-Josée Poirier
Centre hospitalier Pierre-Janet
Service de longue durée
73, boul. Moussette
Gatineau (Québec)

Objet : Ordonnance collective

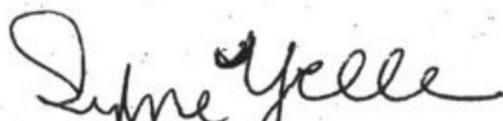
Madame,

Le CECII souhaite vous informer de notre approbation à votre projet d'essai de maîtrise concernant l'ordonnance collective que vous nous avez présenté lors du CECII du 18 novembre 2003.

Nous vous souhaitons bonne chance dans vos démarches tout au long de vos travaux et vos présentations auprès des autres conseils.

Veillez agréer nos sentiments les meilleurs et nous demeurons disponibles pour tout autre soutien.

La présidente du CII


Sylvie Yelle

Appendice F

Résolution du CMDP



20, rue Pharand, Hull (Québec) J9A 1K7 Tél. (819) 771-7761 — Télécopieur (819) 771-2908

Le 16 décembre 2003

Monsieur Pierre Gagnon
Directeur général
C.H. Pierre-Janet

OBJET : PROTOCOLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE

Monsieur Gagnon,

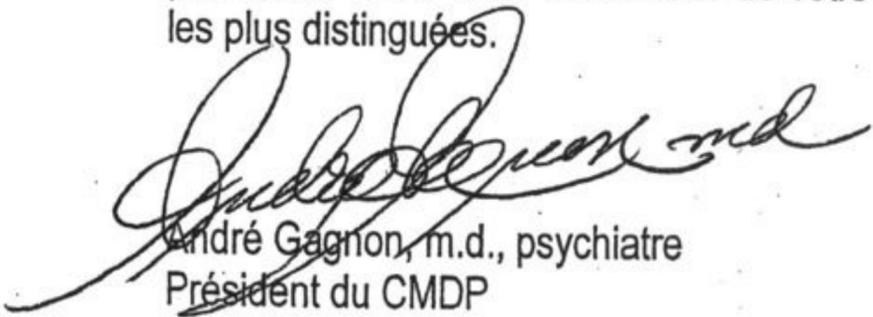
Lors de la dernière réunion du comité exécutif du CMDP tenue le 8 décembre 2003, M^{me} Marie-Josée Poirier, infirmière au Service de longue durée et M^{me} Linda Cloutier, directrice des Soins infirmiers, ont présenté un projet de protocole d'ordonnance collective.

Les membres du comité exécutif du CMDP ont recommandé l'adoption du protocole déposé avec quelques modifications que vous retrouverez en annexe.

La résolution suivante a été émise :

« Sur proposition du Dr André Gagnon, le comité exécutif du CMDP recommande à l'unanimité l'adoption du projet pilote « Protocole d'ordonnance collective » avec les modifications mentionnées. Le comité exécutif du CMDP propose que des mesures d'évaluation soient précisées et que le projet pilote soit réévalué après 6 mois et après 9 mois, soit au cours de l'année 2004. »

M^{me} Marie-Josée Poirier vous fera parvenir, dans les meilleurs délais, la version corrigée du protocole. Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'accepter nos salutations les plus distinguées.


André Gagnon, m.d., psychiatre
Président du CMDP

/cr

c.c. : M^{me} Marie-Josée Poirier, infirmière
M^{me} Linda Cloutier, DSI



20, rue Pharand, Hull (Québec) J9A 1K7 Tél. (819) 771-7761 — Télécopieur (819) 771-2908

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL RÉUNION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP DU CH PIERRE-JANET

LUNDI 8 DÉCEMBRE 2003

PROTOCOLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE

Les membres recommandent les modifications suivantes

- **Responsables de l'application** : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, direction des Services professionnels et direction des Soins infirmiers.
- Changer le mot « **usagers** » pour « **utilisateurs** » quand il s'agit des professionnels.
- Au point 3. Politique : au point b) la dernière phrase devra se lire comme suit : « A titre d'exemple, un renouvellement de prescriptions, **sans modification de dose**, peut être fait à la pharmacie en attendant que le médecin soit de retour de vacances, pour une durée maximale d'un mois, **sans répétition.** »
- Au point 3. Politique : au point c) L'infirmière pourra acheminer une requête pour examen sanguin de routine afin de vérifier le dosage et permettre ensuite au médecin de mieux l'ajuster. Le suivi des examens sanguins revient au médecin.
- Le titre du point 6 devrait se lire comme suit : « Liste de médicaments inclus au protocole **pour ajustement** »

La résolution suivante est faite :

Sur proposition du Dr André Gagnon, le comité exécutif du CMDP recommande à l'unanimité l'adoption du projet pilote « Protocole d'ordonnance collective » avec les modifications mentionnées. Le comité exécutif du CMDP propose que des mesures d'évaluation soient précisées et que le projet pilote soit réévalué après 6 mois et après 9 mois, soit au cours de l'année 2004.

André Gagnon, m.d., psychiatre
Président du CMDP

/cr

Fait à Gatineau, ce 16 décembre 2003

Appendice G

Résolution du CA



20, rue Pharand, Hull (Québec) J9A 1K7 Tél. (819) 771-7761 — Télécopieur (819) 771-2908

Le 17 février 2004

Madame Marie-Josée Poirier
Présidente du CII
Centre hospitalier Pierre-Janet

Objet : Protocole d'ordonnance collective

Madame Poirier,

La présente est pour vous informer que le conseil d'administration du Centre hospitalier Pierre-Janet, lors de sa réunion régulière du 26 janvier 2004, a résolu d'approuver votre protocole d'ordonnance collective.

Veillez agréer, madame Poirier, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le directeur général,

Pierre Gagnon, Ph.D.

PG/lp



20, rue Pharand, Hull (Québec) J9A 1K7 Tél. (819) 771-7761 — Télécopieur (819) 771-2908

**EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION RÉGULIÈRE DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-
JANET TENUE LE 26 JANVIER 2004 À 18 H 00 À LA SALLE JEANNE
D'ARC CHARLEBOIS**

R-004-07-2004

Sur proposition dûment appuyée, il est unanimement résolu d'approuver l'adoption du projet-pilote « protocole d'ordonnance collective » présenté au conseil d'administration.

Pierre Gagnon, Ph.D.

Directeur général

Le 17 février 2004

Appendice H

Mini-sondage (avril 2003)

Aperçu des interventions pour le mois d'avril 2003

Mois d'avril 2003	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Interventions Médication																														
Augmenter																														
Diminuer																														
Cesser																														
Réaménager																														
Represcrire																														
Ajouter																														
Total par jour																														

Indiquez à chaque jour le nombre de fois où vous avez dû faire une intervention soit par manque de disponibilité de médecins, soit par expérience, soit par habitudes. Peu importe la raison, le noter à chaque jour.

Compilation des résultats du mini-sondage (avril 2003)

	Interventions médicaments (nb)
Augmenter	7
Diminuer	3
Cesser	3
Réaménager	9
Represcrire	3
Ajouter	3
Total du mois	28
Moyenne d'interventions / mois	$28/30 = 0,9$ interv./ jour
Moyenne d'interventions / infirmière/mois	$28/ 6 = 4,7$ interv./ infirmières/ mois

Un tableau fût remis aux 6 infirmières du SASC. L'auteure de l'essai fût exclu de ce sondage pour éviter des biais mais l'infirmière des résidences a participé au sondage.

- ❖ Six infirmières ont reçu le tableau;
- ❖ Quatre ont été remplis;
- ❖ Un n'a pas été rempli car cela ne s'est pas présenté;
- ❖ Un tableau ne fût pas retourné (aucune raison donnée);

Conclusion : Les quatre tableaux nous donne une moyenne de presque une intervention par jour au niveau de la médication.

Si nous divisons le nombre d'interventions par le nombre d'infirmières qui ont participées au sondage cela nous donne une moyenne de 4,7 interventions par infirmière par mois.

Les médicaments en cause :

Cogentin, Dalmane, Ativan, Zyprexa, Trazodone, Démérol, Xanax, Kémadrin, Rivotril, Risperdal, Nozinan.

Appendice I

Diagramme de Gantt

Ordonnance collective

Diagramme de Gantt

<u>OBJECTIFS</u>	Automne 2002	Automne 2003	Hiver 2004	Printemps 2004
<i>(1) Sensibiliser le milieu</i>				
<i>(2) Écrire l'ordonnance</i>				
<i>(3) Valider l'ordonnance</i>				
<i>(4) Implanter l'ordonnance</i>				

Appendice J

Ordonnance collective

Ordonnance collective

<p>Responsable de l'application : Directeur des Services professionnels, directrice des soins infirmiers et Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)</p>
<p>Utilisateurs : Personnel de la direction des soins infirmiers : Infirmières et infirmiers au service d'accompagnement et de soutien communautaire</p>
<p>DOCUMENTS DE REFERENCE :</p> <p>Annexe :</p> <p>Règlements connexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) ➤ 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 (OIIQ) ➤ Cahier explicatif de la Loi 90 version et ligne no. 5 (Gouvernement du Québec)

1. DÉFINITION

L'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.

2. ARTICLES DE LOI CONCERNÉS

Article 12 de la loi 90

Loi concernée : Loi sur les infirmières et infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8)

12. L'article 36 de cette loi est remplacé par les suivants :

« 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 l'infirmier :

- 1^o évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 10^o effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- 11^o administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

L'activité d'ajuster le médicament ou la substance doit être autorisée par l'ordonnance pour que l'infirmière soit habilitée à l'exercer.

3. POLITIQUE

- 3.1. À l'exception des usagers où une contre-indication spécifique est inscrite au dossier, tous les usagers du service d'accompagnement et de soutien communautaire sont admissibles.
- 3.2. **Les circonstances d'application sont :** la nécessité d'ajuster ou de renouveler le traitement médicamenteux d'un usager lorsqu'il est impossible de joindre le médecin traitant dans l'immédiat. Le protocole peut également être utilisé dans un contexte de routine. À titre d'exemple, un renouvellement de prescription, sans modification de dose, peut être fait à la pharmacie en attendant que le médecin soit de retour de vacances, pour une durée maximale d'un mois, sans répétition.
- 3.3. L'infirmière pourra acheminer une requête pour examen sanguin de routine afin de vérifier le dosage et permettre ensuite au médecin de mieux l'ajuster. Le suivi des examens sanguins revient au médecin.
- 3.4. L'infirmière responsable des soins à l'usager peut, après entente écrite ou verbale avec le médecin traitant, ajuster le traitement médicamenteux c'est-à-dire qu'elle peut augmenter, diminuer ou cesser certains médicaments lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. Elle peut aussi renouveler un médicament.
- 3.5. L'infirmière doit s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication avant de faire l'ajustement ou le renouvellement de médicament.
- 3.6. L'infirmière doit informer l'usager de l'ajustement de médicament envisagé et obtenir son consentement.
- 3.7. L'infirmière doit informer le médecin traitant dès son retour au bureau en déposant une copie de la prescription dans le pigeonier de celui-ci.
- 3.8. L'infirmière doit consigner sa démarche au dossier : évaluation de l'état de santé, discussion avec l'usager, description de l'ajustement de médicament, planification du suivi.
- 3.9. L'infirmière doit répondre aux exigences citées plus loin afin de pouvoir utiliser ce protocole.

4. PROCÉDURES

- 4.1. Informations à consigner au dossier :
 - Enregistrement des ordonnances collectives :
 - La date, le nom de l'usager, l'ajustement de médicament, la signature de l'infirmière ou infirmier ainsi que le numéro de permis de l'OIIQ sur la feuille de prescription rose
 - L'original (rose) doit être acheminé à la pharmacie, une copie doit être déposée au pigeonier du médecin traitant, ainsi qu'une copie au dossier de l'usager
- 4.2. Feuille « Notes de l'infirmière » ou « observations de l'intervenant »
 - Le nom du médicament ajusté ou renouvelé
 - Préciser l'absence de contre-indication
 - L'évaluation de l'état de santé de l'usager et la raison justifiant la décision d'ajuster ce médicament
 - La discussion avec l'usager et son consentement
 - La signature : nom, prénom et titre professionnel

5. EXIGENCES MINIMALES

- 5.1 Selon la convention collective en vigueur pour une infirmière occupant un poste d'infirmière bachelière en consultation externe avec 3 ans d'expérience à temps complet ou plus au service d'accompagnement et de soutien communautaire.
5.2 Être l'infirmière attitrée au soin de l'usager

6. LISTE DE MÉDICAMENTS INCLUS AU PROTOCOLE POUR AJUSTEMENT

- 6.1 Tous les antipsychotiques typiques ou atypiques excluant le Clozapine
6.2 Les antiparkinsonniens tels que Bzotropine, Trihexyphénidyle, Chlorhydrate de procycline, etc.
6.3 Toute médication injectable dépôt tels que Fluphénazine, Halopéridol, Décanoate de zuclophenthixol, Palmitate de pipotiazine et Décanoate de flupenthixol, etc.

7. LISTE DE MÉDICAMENTS EXCLUS DU PROTOCOLE

- 7.1 Les médicaments utilisés comme stabilisateurs d'humeur tels que Divalproex de sodium, Carbamazépine, Carbonate de lithium, Topiramate, Lamotrigine.
7.2 Les antidépresseurs
7.3 Les médicaments pour des problèmes physiques
7.4 Les benzodiazépines
7.5 Les narcotiques
7.6 Les médicaments qui exigent un suivi sanguin

8. EXCLUSION

Lorsque l'usager a un suivi fréquent avec le médecin traitant, ex : chaque semaine, chaque deux semaines ou chaque mois, à moins d'entente contraire avec le médecin traitant.

Date d'entrée en vigueur :

2004-02-12

Date d'adoption par le Conseil d'administration :

2004-01-26

Dates de révision :

2004-04-19

Signature :


Directrice des soins infirmiers

Date :

22 avril 2004

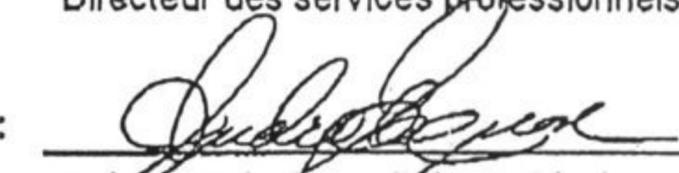
Signature :


Directeur des services professionnels

Date :

2004/04/22

Signature :


Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Date :

2004 04 23

Appendice K

Feuille de dossier

ATTENTION**Protocole d'ordonnance collective**

(cochez, datez et signez)

Nom :

Dossier :

- Entente avec le médecin traitant

Signature

Date

- Contre-indication au protocole

Signature

Date

Appendice L

Lettre du Collège des médecins datée du 11 mai 2004



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

129

Le 11 mai 2004

Docteur André Gagnon, président
Conseil des médecins, dentistes
et pharmaciens
Centre hospitalier Pierre-Janet
20, rue Pharand
Hull QC J9A 1K7

Objet : «Protocole d'ordonnance collective» (sic)

Docteur,

Pour faire suite à votre projet en titre, accompagnant votre lettre du 23 avril 2004, voici des commentaires portant, non pas sur la forme, mais sur le fond.

Il faut tout d'abord vous assurer de la terminologie utilisée. Afin d'éviter toute confusion, vous trouverez, ci-joint, un article paru dans le dernier numéro du bulletin «Le Collège». Je crois qu'à la suite de la lecture de ce document, il sera plus facile d'apporter les correctifs nécessaires, notamment qu'il ne peut s'agir d'un protocole d'ordonnance collective. Une ordonnance, qu'elle soit individuelle ou collective peut être complète en elle-même mais peut initier ou faire référence à une règle de soin ou à un protocole pour faciliter le fonctionnement et augmenter l'efficacité.

Il y a un problème fondamental relativement à l'interprétation du paragraphe 11° de l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers portant sur l'ajustement des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. Il faut, en premier lieu, distinguer entre administration et ajustement. À cet égard, le texte du guide d'application, publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, est clair.

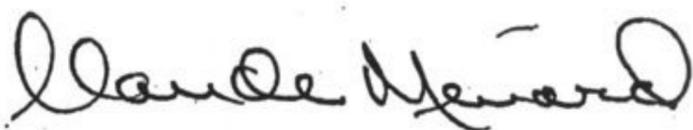
En ce qui concerne l'ajustement, il s'agit non pas d'ajuster un traitement médicamenteux mais un médicament. Les exemples, dans le document cité précédemment, sont assez explicites quant aux limites de l'exercice de cette activité. À ce sujet, les paramètres utilisés dans l'ajustement de la posologie doivent être bien délimités et, en général, objectifs. À titre d'exemple, le dosage de la glycémie pour ajuster l'insuline, le dosage de l'INR pour ajuster un anticoagulant et la mesure de la tension artérielle pour ajuster un médicament vasopresseur.

Il n'était pas dans l'intention des rédacteurs de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, ni dans celle du législateur lorsqu'il l'a adoptée, de permettre qu'une infirmière puisse ajuster une médication psychotrope ou qui est reliée dans le cadre de l'exercice des soins infirmiers. Éventuellement, s'il y avait création d'une spécialité infirmière en psychiatrie, une infirmière pourrait être habilitée à prescrire des médicaments ce qui implique d'ajuster et de cesser ces médicaments. Actuellement, ceci n'est pas possible.

En comparaison, le pharmacien peut, dans la mesure où il détient une ordonnance du médecin à cet effet, initier ou ajuster la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées. À l'intérieur de règles d'utilisation de médicaments ou de règles de soins ou d'un protocole, un pharmacien pourrait exercer l'activité que vous décrivez aux paragraphes 3.1 et 3.2 de votre politique.

Si d'autres informations étaient nécessaires, je vous prie de communiquer avec moi au 1-888-633-3246 poste 294.

Je vous prie de recevoir, Docteur, l'expression de mes sentiments distingués.



Claude Ménard, M.D.
Adjoint médical à la Direction générale

/dc

p.j.

Depuis l'entrée en vigueur, en janvier 2003, de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi n° 90), de nombreux professionnels de la santé peuvent exercer des activités qui leur sont réservées, en exclusivité ou en partage, à la condition d'avoir une ordonnance rédigée à cet effet. Cette ordonnance peut être individuelle ou collective. D'ici à ce que le prochain règlement portant sur les ordonnances faites par un médecin soit adopté et entre en vigueur, le Collège souhaite apporter quelques précisions.

Ordonnances collectives : quoi de neuf ?

par le Dr Claude Ménard
Direction générale

LA NOUVELLE DESCRIPTION des champs de pratique et le nouveau partage des activités dans le domaine de la santé ont rendu inopérant le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*. Dans les établissements (centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre local de services communautaires, etc.), on doit dorénavant utiliser l'expression « ordonnance collective » au lieu de « ordonnance permanente ». De plus, en vertu des modifications apportées à la loi, il est maintenant possible de rédiger des ordonnances collectives dans le milieu communautaire (secteur privé).

Conscient du flou causé par la nouvelle situation et afin de répondre aux nombreuses questions qu'elle suscite, le Collège des médecins du Québec a entrepris la révision du *Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un médecin*.

Le processus en cours se déroule selon l'échéancier prévu. En avril 2004, le Bureau a autorisé le secrétaire du Collège à communiquer le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* à tous les membres de l'ordre. Ce projet sera adopté par le Bureau le 5 juin prochain, puis transmis à l'Office des professions pour examen et approbation avec ou sans modification.

Le Collège a mené une vaste consultation auprès des médecins omnipraticiens et spécialistes, les professionnels qui délivrent des ordonnances, ainsi qu'auprès des ordres visés¹. Il souhaitait s'assurer, de cette façon, que tous comprenaient le but de cet exercice de révision et recueillir un consensus préalable sur l'interprétation à donner au *Règlement*. Parallèlement, les échanges qu'il a eus avec

l'Office des professions lui ont permis de maintenir le cap sur les orientations de départ.

Cependant, sous le coup de l'impatience, divers milieux, de nombreux professionnels et plusieurs organisations ont pris des initiatives qui, bien que louables quant au but visé, étaient prématurées quant à leurs effets. De toute évidence, cette situation crée de la confusion. Aussi, elle demande la mise au point suivante :

- Le médecin est l'autorité clinique qui rédige une ordonnance.
- Le Collège des médecins du Québec est l'autorité qui détermine, par règlement, les normes à respecter dans la rédaction d'une ordonnance, et ce, qu'elle soit individuelle ou collective.

Une nécessaire définition des termes

Afin de s'assurer de la bonne compréhension des nouvelles notions, le Collège présente un ensemble de définitions et précise la portée des termes utilisés ; il définit également les règles à suivre et le niveau d'approbation nécessaire, s'il y a lieu.

RÈGLE DE SOINS

Règle unique, qui concerne la façon de dispenser des soins et pouvant porter sur l'indication de tels soins.

RÈGLE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Règle qui concerne spécifiquement l'usage des médicaments.

RÈGLE D'UTILISATION DES RESSOURCES

Règle qui vise spécifiquement les ressources de l'établissement, qu'elles soient humaines (médecins, dentistes, pharmaciens) ou matérielles.

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec, Ordre des technologues en radiologie du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec.

Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments sont élaborées par le chef de département clinique ou, s'il omet de le faire, par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Elles sont impératives et peuvent baliser l'autonomie du professionnel concerné. Par conséquent, le professionnel qui les enfreint s'expose à des mesures disciplinaires. Ces règles entrent en vigueur une fois approuvées par le conseil d'administration et sur la recommandation du CMDP. Les règles d'utilisation des ressources sont elles aussi élaborées par le chef de département clinique, s'il omet de le faire, par le directeur des services professionnels à la demande du directeur général de l'établissement. Elles entrent en vigueur une fois approuvées par le conseil d'administration, à la suite d'un avis du CMDP, le cas échéant. Des sanctions administratives sont prévues en cas de violation de ces règles.

En pratique, les règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments doivent préciser les indications, les contre-indications, les précautions à prendre, les limites ainsi que les directives, les procédures et les méthodes à suivre. Elles distinguent des protocoles par le niveau d'approbation requis (conseil d'administration), leur caractère impératif et les conséquences prévues en cas de non-respect (plaintes ou mesures disciplinaires). Dans les établissements au Québec, il n'existe à l'heure actuelle que quelques exemples de règles d'utilisation des médicaments ou d'utilisation des ressources. Aucune règle de soins, telle qu'elle est définie précédemment, n'a été portée à la connaissance du Collège, bien que certains milieux possèdent certaines règles comme telles.

PROTOCOLE

Le plan terminologique, la signification du mot « protocole » varie beaucoup selon le contexte et le lieu où il est utilisé, par exemple en administration publique, en agriculture, dans les assemblées

délibérantes, en droit ou en économie. Dans les domaines de la médecine épidémiologique et de la pharmacologie clinique, le protocole est un « document écrit qui définit en détails l'objectif, la conception, la méthodologie, les méthodes statistiques, les conditions de réalisation et les diverses étapes d'un essai clinique ou de toute étude biomédicale » (*Grand Dictionnaire terminologique*, Office québécois de la langue française).

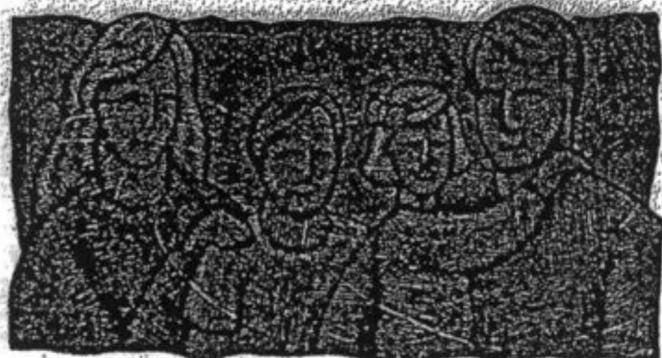
Aucune loi ne définit le terme « protocole », même s'il est utilisé dans l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le mot est pourtant défini dans certains textes réglementaires de la façon suivante :

■ « description des procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou par le chef de département clinique, après dépôt au CMDP, après consultation du directeur ou du chef de service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de CMDP, par celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de service a été conclu, pour les fins du présent règlement, ou qui sont établies par le médecin traitant ou en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire s'il s'agit d'un acte qui peut être posé à l'extérieur d'un établissement » (*Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*) ;

■ « description des procédures, méthodes, limites devant être observées. » (*Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence*).

Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments sont impératives et peuvent baliser l'autonomie du professionnel concerné.

L E R É S E A U Z O O M M É D I C A L



Un réseau d'affichage publicitaire unique dans les établissements de santé



Du point de vue clinique, les médecins et tous les professionnels consultés définissent le protocole de la même manière.

Du point de vue clinique, tous les professionnels consultés définissent le protocole de la même manière, à quelques variantes près en ce qui a trait aux mots utilisés. Leurs définitions rejoignent celle qui est établie dans le règlement sur les actes visés à l'article 31 de la *Loi médicale*. Ces professionnels s'attendent à ce que la définition de « protocole » comprenne les indications, les contre-indications, les précautions à prendre, les limites ainsi que les directives, les procédures et les méthodes à suivre.

Avant de définir le protocole, il convient de rappeler la signification de notions telles que politique, procédure, technique de soins (ou méthode de soins) et mode opératoire (ou instructions techniques), afin de bien les distinguer du protocole.

POLITIQUE

Énoncé général du déroulement et de l'application des procédures.

PROCÉDURE

Instructions détaillées portant sur le déroulement des opérations à effectuer, les mesures à utiliser et les précautions à prendre dans l'application des politiques.

TECHNIQUE DE SOINS (ou méthode de soins)

Outil, consigne précise relativement à l'exécution d'un acte, qui soutient la pratique quotidienne d'un professionnel. Chaque ordre concerné pourra définir précisément en quoi consiste pour ses membres une technique de soins.

MODE OPÉRATOIRE (ou instructions techniques)

Instructions détaillées sur la façon d'exécuter, étape par étape, une tâche précise liée à une procédure.

Par comparaison avec la règle de soins, le protocole est un outil souple conçu à l'intention du médecin et des autres professionnels concernés, qui précise les actes à poser plus particulièrement dans les situations courantes ou fréquentes, mais également dans des conditions exceptionnelles ou rares. Un médecin peut y déroger en totalité ou en partie, pour des motifs qu'il consignera au dossier, afin d'adapter le protocole à la situation particulière d'une personne qu'il traite. Cette dérogation n'expose pas le médecin à des reproches ni à des sanctions disciplinaires.

L'ordonnance collective permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin.

L'élaboration d'un protocole peut être l'objet d'une discussion au sein du ou des départements concernés ainsi qu'avec les professionnels visés. Par la suite, le chef de département le transmet au CMDP, pour adoption. Ce processus a pour objectif premier de prévenir la multiplication de protocoles portant sur un même sujet à l'intérieur d'un établissement. Il vise également d'assurer la souplesse du processus, de façon qu'il puisse être adapté en fonction de l'évolution des milieux et des avancées de la science, par exemple. Le niveau d'approbation du protocole doit se limiter à celui du CMDP.

Un protocole est toujours assujéti à une ordonnance, individuelle ou collective, qui en est l'élément déclencheur. C'est ce qui le distingue de la méthode de soins (ou technique de soins) et du mode opératoire (ou instructions techniques), qui concernent davantage les professionnels ayant à exécuter le protocole.

ORDONNANCE

Dans le *Code des professions* (article 39.3), 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 dans les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective. »

ORDONNANCE INDIVIDUELLE

L'ordonnance individuelle ne vise qu'une seule personne, dont la situation doit avoir été évaluée au préalable par le médecin qui rédige l'ordonnance.

ORDONNANCE COLLECTIVE

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.

TABLEAU SYNTHÈSE

	RÈGLE DE SOINS MÉDICAUX	RÈGLE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS	RÈGLE D'UTILISATION DES RESSOURCES	RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS	ORDONNANCE COLLECTIVE	PROTOCOLE	TECHNIQUE DE SOINS
PROVENANCE							
Médecin							
Chef de service médical							
Pharmacien							
Infirmière							
Inhalothérapeute							
ÉLABORATION							
Chef de département							
Directrice des soins infirmiers							
Collaboration							
RECOMMANDATION							
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens							
Conseil des infirmières et inhalateurs							
NIVEAU D'APPROBATION							
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens							
Conseil d'administration							

Article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec

r'elle soit individuelle ou collective, une donnance peut être complète en soi. Elle contient alors tous les éléments prévus à l'article 39.3 du *Code des professions* et dans le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*.

Pour faciliter le fonctionnement des services et accroître l'efficacité des soins, l'ordonnance, individuelle ou collective, peut initier une règle de soins dans un protocole ou y faire référence, selon les milieux ou les situations.

L'automne prochain, après l'entrée en vigueur du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, le Collège mettra sur pied des activités d'information et de formation pour les médecins qui exercent dans le secteur public ou le secteur privé.

Renseignements :
question90@cmq.org
(514) 933-4441 ou 1 888 633-3246,
poste 294.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu que, dès l'entrée en vigueur d'un nouveau règlement sur les ordonnances faites par un médecin, la situation actuelle ne menace pas la protection du public.

Le collège recommande à ses membres de :

- Faire preuve de patience, malgré la pression exercée par les organisations ou les autres professionnels avec qui ils travaillent.
- Ne pas rédiger d'ordonnances collectives dans le milieu commanditaire (secteur privé).

Dans les établissements :

- Remplacer l'expression « ordonnance permanente » par « ordonnance collective ».
- Réviser le libellé des divers protocoles différents en s'assurant qu'ils sont à jour.
- Faire adopter les ordonnances collectives et les protocoles différents par le CMDP.
- Confirmer auprès des autorités administratives que les ordonnances collectives et les protocoles différents sont adoptés par le CMDP.

Appendice M

Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (article 36)

35. Le Bureau peut révoquer un certificat d'immatriculation conformément aux règlements adoptés en vertu du paragraphe *b* du premier alinéa de l'article 12.

1973, c. 48, a. 35.

SECTION VIII

EXERCICE DE LA PROFESSION

Exercice infirmier.

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.

Activités réservées.

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 (chapitre S-2.2);
- 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.

Appendice N

Choix d'une directrice d'essai

CHOIX D'UN TUTEUR OU DIRECTEUR

1. NOM : MARIE-JOSÉE POIRIER Code permanent : POIM05596207

2. PROGRAMME : Maîtrise en sc. inf. Code du programme : 3565

3. PREMIÈRE SESSION D'INSCRIPTION AU PROGRAMME : Aut. 2003

4. CHOIX DU TUTEUR OU DIRECTEUR

4.1 Nom du professeur choisi : FRANCINE DEMONTIGNY

4.2 Département : Sc. infirmières

5. CHOIX DU COTUTEUR OU CODIRECTEUR

5.1 Nom du professeur choisi : Johanne Goudreau

5.2 Département : Université de Montréal, sc. infirmières

6. SUJET DE RECHERCHE/STAGE Elaboration et validation d'un
Protocole ou ordonnance collective en psy-
chiatry

7. SIGNATURES

Marie José Poirier _____ 12 sept 03
Étudiant Date

Francine de Montigny _____ 15 sept. 03.
Tuteur/Directeur Date

Johanne Goudreau _____ 17/9/03
Cotuteur/Codirecteur Date

Chantal St-Pierre _____ 03/12/15
Responsable du programme - UQAH Date

Doyen(ne) des études - UQAH ou son mandataire

Date