

# La G<sup>é</sup>rontoise

Volume 30, numéro 1 - Automne 2019

**Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS):  
une valeur ajoutée à l'accessibilité et à la  
qualité des soins**

AQiiG 

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en g<sup>é</sup>rontologie

**La Gérontoise**  
Automne 2019, vol. 30, no. 1

### **AQIIG**

4565, chemin Queen-Mary  
Montréal, QC, H3W 1W5

site web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)

courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

La Gérontoise: [revue@aqiig.org](mailto:revue@aqiig.org)

Publicité : [publicite@aqiig.org](mailto:publicite@aqiig.org)

téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG

**Huguette Bleau**

[presidente@aqiig.org](mailto:presidente@aqiig.org)

## Rédaction

Rédactrice en chef

**Marjolaine Landry**

[revue@aqiig.org](mailto:revue@aqiig.org)

Comité scientifique

**Angélique Paquette**

**Ginette Labbé**

**Huguette Bleau**

**Louise Francoeur**

**Marjolaine Landry**

**Noémie Nicol-Clavet**

**Sylvie Vallée**

Révision

**Dominique Paré**, trad. a.

[leboutdelalangue.ca](http://leboutdelalangue.ca)

Création graphique et mise en page

**Thomas Asselin**, 73DPI

[73dpi.com](http://73dpi.com)

Dépôt légal

2<sup>e</sup> trimestre 2019

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1183-8051

## Politique éditoriale

*La Gérontoise* est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gérontogériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source et d'avoir une autorisation écrite de l'éditeur. Seuls les membres de l'AQIIG peuvent utiliser les articles sans autorisation, mais doivent citer la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

## Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

## Politique d'abonnement

*La Gérontoise* numérique est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org), ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

# Table des matières

## 5

Mot de la présidente

## 6

Mot de la rédactrice en chef

## 7

35 ans, ça se fête!

## 8

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en constante évolution depuis 15 ans

**Christine Laliberté**

## 16

La formation des infirmières praticiennes spécialisées au Québec

**Sonia Heppell**

## 20

L'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie : pratique auprès de la personne âgée et ses proches

**Chantale Fortin**

## 25

L'expérience d'une IPS en soins de première ligne en contexte de groupe de médecine familiale

**Rébecca Thibeault**

## 28

Regard d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au soutien à domicile

**Manon Renière**

# Table des matières

## 32

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) : la nouvelle professionnelle dans les CHSLD du Québec depuis 2018

**Isabelle Parisien**

## 51

Perspectives d'avenir : vers un plein déploiement des infirmières praticiennes spécialisées

**Laliberté, C., Dagenais, C., Kilpatrick, K., Parisien, I., Heppell, S., Fortin, C., Renière, M., Thibeault, R.**

## 55

De cercles vicieux à cercles vertueux dans un système de santé en souffrance: comment mettre l'épaule à la roue d'un point de vue organisationnel

**Francis Etheridge**

## 61

Un panel déterminé et inspirant!

## 43

Le développement du rôle de l'IPS : Un défi stimulant pour la gestionnaire!

**Carole Dagenais et Isabelle Besner-Leduc**

## 54

Une journée de formation sous l'égide de l'état du réseau de la santé

**Francine Lincourt Éthier**

## 60

Pas toujours facile de travailler en équipe!  
Par où on commence?

**Kelley Kilpatrick**

## 63

Soutenir les conjoints de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à début précoce... c'est possible!

# Mot de la présidente



Cher lectorat,

Je suis heureuse de souligner cette année les 35 ans de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG). Pour ce faire, cette édition automnale de *La Gérontoise*, habituellement réservée aux membres réguliers et aux sociétés membres, sera accessible aux non-membres et à certaines organisations et institutions. Rappelons que nous sommes la seule revue francophone en Amérique du Nord à nous consacrer exclusivement à la promotion du savoir infirmier gérontogériatrique.

L'AQIIG poursuit son mandat de diffusion afin de promouvoir la qualité des soins et services aux aînés, de favoriser l'amélioration des compétences professionnelles et de valoriser les savoirs en soutenant et partageant les nouvelles connaissances en ce domaine.

À l'assemblée générale annuelle d'avril dernier, un nouveau conseil d'administration est entré en fonction. Nous remercions grandement l'ancien conseil d'administration pour tout le travail accompli. Afin d'assurer la continuité des services, il y a eu nomination des dirigeants et création de certaines tâches spécifiques. Ainsi, le comité de la revue *La Gérontoise* est sous la responsabilité de madame Marjolaine Landry, inf., M.A. (gérontologie), Ph. D., qui assume la fonction de rédactrice en chef. Je lui laisse le plaisir de vous présenter la revue.

Grâce aux comités scientifiques de Montréal et de Québec, les journées de formation interdisciplinaires de l'AQIIG offrent des formations accréditées en présentiel et par visioconférence partout sur le territoire québécois. La formation du printemps dernier, qui a connu un franc succès, avait pour thème *Un réseau en souffrance... et si nous avons déjà des solutions!* Le comité scientifique de Montréal a encore une fois accompli un excellent travail, à la hauteur de nos attentes; nous profitons de cette tribune pour les en remercier chaleureusement. De même, le comité scientifique de Québec s'est activé pendant plusieurs mois pour vous offrir, cet automne, une journée de formation. Un concours de circonstances hors de notre contrôle, nous contraint à annuler cet événement. Sachez que ce n'est que partie remise. L'AQIIG vous invite d'ores et déjà à sa journée de formation du printemps qui se tiendra à Montréal le 23 avril 2020.

L'AQIIG a également comme objectif de s'engager depuis plusieurs années dans le milieu en assurant le lien entre un organisme subventionnaire et un projet de recherche. L'Association se veut ainsi un facilitateur dans la réalisation de projets de recherche pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières gérontogériatriques. Notre engagement est connu. Si vous souhaitez obtenir un soutien dans le cadre d'une recherche dans ce domaine, il est possible de nous écrire, à [infoaqiig@org.ca](mailto:infoaqiig@org.ca)

En terminant, si vous appréciez l'apport de l'Association, nous vous incitons à devenir membre en passant par notre site Web, afin que vous aussi puissiez contribuer à sa croissance tout en bénéficiant de ses nombreux avantages professionnels. À titre d'organisme à but non lucratif, nos activités sont rendues possibles grâce à l'adhésion des membres, au travail bénévole de certains et certaines et à la fidélité de nos partenaires publicitaires. Pour votre apport et face à l'importance de notre mandat pour les aînés au cours des ans, nous vous remercions de tout cœur d'être là!

A handwritten signature in black ink that reads "Huguette Bleau, inf. Ph. D."

**Huguette Bleau, inf., Ph. D.**  
Présidente

# Mot de la rédactrice en chef



Chères lectrices,

Chers lecteurs,

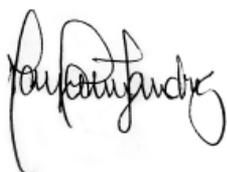
C'est avec grand enthousiasme que je vous présente cette parution de *La Gérontoise* à titre de nouvelle rédactrice en chef. J'ai épousé cette activité bien humblement et avec tout le respect pour le travail colossal accompli par la rédactrice en chef précédente, madame Olivette Soucy, que je remercie par ailleurs pour son accompagnement chaleureux lors de mon arrivée à l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG). Lors de la prochaine parution de *La Gérontoise*, l'été prochain, nous reviendrons sur l'historique de l'AQIIG et de la revue.

Les orientations de la revue continueront de reposer sur les assises solides déjà en place, et son évolution se poursuivra dans l'intérêt des soins offerts aux aînés et à leurs proches, tant dans le domaine des sciences infirmières que dans une perspective interdisciplinaire et intersectorielle. Dans un même ordre d'idées, *La Gérontoise* s'intéressera aux soins aux aînés et à leurs proches en fonction de quatre volets : clinique, recherche, enseignement et gestion. Elle proposera également un retour sur les journées de formation offertes par l'AQIIG et présentera des articles, livres, conférences ou autres coups de cœur touchant notre population cible. Enfin, chaque parution traitera d'un thème précis; celle de l'été prochain portera sur les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Vous pouvez déjà faire parvenir vos textes ou vos idées de thématiques pour les parutions à venir à [revue@aqiig.org](mailto:revue@aqiig.org).

Aujourd'hui, je suis fière de vous présenter le plus récent numéro, qui vous fera découvrir des contenus pertinents, justes et rigoureux sur les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) du Québec, dont l'apport transcende tout le continuum des soins, et ce, auprès de toute la population, dont celle des aînés. Outre la thématique principale des IPS, vous trouverez un résumé de la journée de formation accréditée de l'AQIIG du mois d'avril et les articles de conférenciers qui y ont participé.

Je ne saurais terminer sans remercier chaleureusement tous les auteurs pour leur précieuse collaboration.

Bonne lecture,



**Marjolaine Landry, inf., M.A., Ph. D.**  
Rédactrice en chef, *La Gérontoise*



## 35 ans, ça se fête!

Grâce au travail bénévole et à la persévérance d'infirmières et d'infirmiers, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) fête, cette année ses 35 ans d'existence.

Tout au long de l'année, nous soulignerons le travail et la passion de membres ayant marqué notre vie associative. Vous pourrez lire sur nos différentes plateformes médiatiques de courts articles afin de vous remémorer ou de découvrir *Des histoires inspirantes*. Allez les lire sur notre site [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org), sur Facebook ou sur LinkedIn.

### **35 ans ça se fête! Pour ce faire :**

- **Notre revue La Gérontoise**, en plus d'être envoyée aux membres de l'AQIIG, sera distribuée gratuitement dans les établissements de santé et les institutions d'enseignement en soins infirmiers et en gérontologie du Québec et d'autres provinces canadiennes. Elle sera également transmise aux institutions d'enseignement français ainsi qu'à celles des pays francophones africains et également à des revues scientifiques de soins infirmiers francophones.
- **Des bourses d'études**, applicables aux activités de formation de l'AQIIG, seront offertes par tirage parmi nos membres et remises lors de notre journée de formation du 23 avril 2020 :
  - 35 bourses de 35\$
  - 10 bourses de 350\$
- **Prolongation gratuite d'une année d'adhésion**. Par tirage, 35 membres de l'AQIIG verront leur adhésion prolongée d'une année. Les noms seront connus lors de la journée de formation du 23 avril 2020.

# Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en constante évolution depuis 15 ans

Christine Laliberté, IPSPL, Présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)

Entre leur apparition dans le réseau de santé québécois et aujourd'hui, le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) a constamment évolué afin de mieux répondre aux besoins de la population, ce qui inclut la population vieillissante. Cette évolution s'est traduite par une plus grande autonomie professionnelle, contribuant à attirer de nouvelles IPS, mais aussi à accroître l'accessibilité et la qualité des soins. Le présent article vise à faire un tour d'horizon de son rôle, de sa collaboration avec le médecin, des perspectives historiques, ainsi que des clientèles et des milieux variés dans lesquels elle pratique.

## Le rôle actuel de l'IPS

L'IPS détient une formation universitaire de deuxième cycle, qui lui a permis de consolider et d'enrichir ses compétences en pratique infirmière avancée, auxquelles elle a intégré des compétences médicales. En vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII), elle peut, en plus des activités propres à sa profession, exercer les cinq activités médicales suivantes :

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

Dans sa pratique, l'IPS consacre plus de 70 % à 80 % de son temps en soins directs aux patients. Elle participe tant au suivi de problèmes de santé chroniques qu'à l'évaluation de problèmes aigus. Sous certaines conditions, elle peut exercer des activités médicales en soins palliatifs et contribuer à établir le niveau de soins médicaux à privilégier, en collaboration avec son médecin partenaire.

L'IPS évalue en toute autonomie l'état de santé global de la personne. Elle procède à un examen physique ciblé en fonction de la demande de consultation et établit un plan de traitement non pharmacologique et pharmacologique, incluant tous les tests de dépistage, les bilans sanguins et les examens d'imagerie (p. ex., échographie, radiographie) que justifie la situation. Elle peut diriger le patient vers un autre professionnel de la santé (p. ex., nutritionniste, physiothérapeute, psychologue) ou un médecin spécialiste (p. ex., cardiologue), selon les besoins. Le cas échéant, elle peut prescrire un arrêt de travail ou des activités quotidiennes (p. ex., congé d'études) pendant un maximum de quatre semaines, à la suite desquelles le patient devra voir le médecin partenaire s'il pense devoir prolonger son congé. Au moment opportun, elle peut prescrire un retour progressif ou complet au travail.

En tout temps, l'IPS met l'accent sur l'éducation à la santé et évalue la pertinence des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Elle sollicite la participation des patients et de ses proches et maximise leurs capacités d'autosoins afin de prévenir une récurrence ou une détérioration. Cette étape est essentielle afin de réduire, voire de retarder, les besoins pharmacologiques. Grâce à ses connaissances, l'IPS peut se livrer à une réflexion critique et unique sur des situations de soins parfois très complexes et amener une nouvelle vision de la prise en charge globale de l'état de santé de la personne (OIIQ et CMQ, 2014).

Il va de soi que la compétence la plus visible de l'IPS est celle d'offrir des **soins directs** complets aux clients et à leurs proches. Il s'agit de l'une des **compétences de l'infirmière en pratique avancée (IPA)** mise à contribution par l'IPS. En effet, l'IPS s'appuie sur ses connaissances (étendues et approfondies) et ses expériences cliniques pour soutenir les patients dans la gestion de leurs maladies chroniques, évaluer et intervenir dans une approche holistique (globale). Ainsi, il est important de mettre en lumière les autres compétences de l'IPA intégrées au rôle de l'IPS (voir l'article d'I. Parisien dans la présente

parution). En effet, tel que le présente le modèle de Hamric (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2019) et le cadre pancanadien de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (AIIC, 2019), l'IPS consacre de 20 % à 30 % de son temps aux activités d'infirmière en pratique avancée, qui s'établissent comme suit :

- **Optimisation du système de santé**

Entre autres, améliorer les soins de santé, défendre les intérêts des patients, collaborer à la rédaction de directives cliniques ou de protocoles pour y incorporer les nouvelles connaissances, participer aux instances de son centre d'activité et établissement de santé

- **Enseignement ou éducation** (*guidance and coaching*)

Entre autres, mettre l'accent sur l'éducation à la santé, évaluer la pertinence des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie, diffuser des connaissances, créer des occasions d'apprentissage, solliciter la participation des patients et de leurs proches, maximiser leurs capacités d'autosoins afin de prévenir une récurrence ou une détérioration de l'état de santé (étape essentielle afin de réduire, voire de retarder, les besoins pharmacologiques), offrir de l'accompagnement et du soutien clinique à ses collègues infirmières, de la supervision, et du mentorat, contribuer à une culture organisationnelle de perfectionnement professionnel continu

- **Recherche ou pratique fondée sur les résultats probants** (*Evidence-Based Practice [EBP]*)

Entre autres, améliorer les pratiques cliniques et la qualité des soins en fonction des résultats probants et des innovations issues de la recherche, collaborer à des projets de recherche

- **Leadership**

Entre autres, exercer son leadership clinique dans plusieurs dimensions de son travail, amener une nouvelle vision de la prise en charge globale, proposer des pistes de solution aux problèmes cliniques et organisationnels, trouver des façons novatrices d'améliorer la qualité des soins, élaborer et mettre en œuvre une vision de la valorisation de la profession

- **Collaboration et consultation**

Entre autres, communiquer, discuter, clarifier, partager, collaborer, faciliter les soins intraprofessionnels, interprofessionnels, intersectoriels et avec tous les échelons organisationnels, favoriser une approche de partage des compétences, transmettre son opinion lors de demandes de consultation ou d'opinion

- **Éthique**

Entre autres, pratiquer de façon conforme à l'éthique et au code de déontologie professionnelle, faire ressortir les enjeux éthiques pour guider les membres de l'équipe dans la prestation des soins, dénoncer toute situation de négligence, de maltraitance et de violence envers la clientèle, les proches et les collègues

Enfin, l'IPS détient les habiletés nécessaires au renforcement de la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle avec tous les membres de l'équipe de soins. Cet aspect de sa pratique est également essentiel pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population (OIIQ et CMQ, 2014).

## Une collaboration étroite avec les médecins

Dans sa pratique, la collaboration entre l'IPS et le médecin est essentielle. Au Québec, l'IPS est obligée de signer une entente de partenariat écrite avec les médecins avec qui elle collabore (OIIQ et CMQ, 2019a). Ainsi, contrairement à ses collègues des autres provinces canadiennes, l'IPS du Québec doit établir un partenariat avec au moins un médecin pour pouvoir exercer ses activités. Généralement, elle sera associée à plusieurs médecins partenaires afin de couvrir l'ensemble des activités qu'elle peut exercer à travers le continuum de soins (p.ex., CLSC, GMF, CH, CHSLD). En contexte hospitalier, le partenariat peut aussi s'établir avec un ou plusieurs départements ou services cliniques (OIIQ et CMQ, 2019a). Ce lien ne doit pas nuire à son expertise. Elle doit pouvoir occuper pleinement son champ d'exercice et maintenir son autonomie professionnelle. **Ainsi, l'IPS et le médecin partenaire mettent en commun leurs expertises pour le bien du patient et pour répondre à ses besoins. Ils créent des moments d'échange pour discuter de la situation du patient, puis planifier et coordonner les interventions de manière concertée et personnalisée.**

L'entente de partenariat est un document évolutif qui peut être modifié au gré du développement des liens de collaboration entre l'IPS et les médecins partenaires. Il s'agit d'une entente formelle, qui établit les balises des activités médicales, des rôles et des responsabilités de chacun. L'équipe doit s'entendre sur les processus de décision et de communication et sur les mécanismes pour assurer la continuité des soins. L'entente précise également le type de clientèle et les types de suivis effectués par l'IPS (OIIQ et CMQ, 2019a). L'OIIQ et le CMQ (2018) ont conçu un modèle d'entente de partenariat entre l'infirmière praticienne et les médecins partenaires.

En plus de cette entente de partenariat, l'article 15 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* précise que l'IPS est tenue de consulter le médecin partenaire dans certaines circonstances, soit :

1. « les soins requis par le patient dépassent ses compétences, son domaine de soins ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité;
2. les signes, les symptômes ou les résultats des examens diagnostiques indiquent que l'état de santé du patient s'est détérioré, et elle n'est plus en mesure d'en assurer le suivi;
3. les résultats escomptés de la thérapie ne se sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte, selon le cas, et le patient ne répond pas au traitement habituel. »  
(p.6)

Dans la plupart des cas, l'IPS travaille au même endroit que les médecins partenaires afin de faciliter les communications et le partage des responsabilités tout au long du continuum de soins au patient. Dans certains cas, le partenariat s'établit toutefois à distance. L'IPS peut, par exemple, évoluer dans une clinique donnée alors que les médecins partenaires travaillent dans une autre clinique. Des périodes d'échange et des rencontres obligatoires sont alors planifiées afin de maintenir un service fluide et des corridors de services clairs au bénéfice du patient (OIIQ et CMQ, 2019a).

**Le rôle des IPS a beaucoup évolué depuis 15 ans, particulièrement en raison de changements dans différents cadres de réglementation. C'est ainsi que l'IPS d'aujourd'hui profite d'une plus grande autonomie et d'une plus grande latitude pour occuper pleinement son champ d'exercice.**

## Les perspectives historiques

En juin 2002, l'Assemblée nationale du Québec a adopté le projet de loi 90, soit la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Cette loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnels, entre autres chez les médecins et les infirmières, afin de mieux répondre aux besoins de la population. Elle engendre des modifications importantes au Code des professions et aux dispositions législatives dans le domaine de la santé au Québec, notamment la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) du Québec, qui permet aux infirmières d'exercer certaines activités médicales. Ces modifications sont à l'origine d'un nouveau rôle en pratique infirmière avancée créé en 2003, celui de l'IPS.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) établissent alors conjointement les balises encadrant les programmes de formation et la pratique clinique et publient, en 2005, la première version du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Dès le départ, le règlement s'accompagne de lignes directrices pour soutenir les médecins, les IPS et les différents partenaires de soins ou gestionnaires des établissements de santé où exercent les IPS. En somme, ces lignes directrices vulgarisent et précisent la mise en application du règlement.

De 2005 à 2018, compte tenu de l'évolution des besoins de la population, des pratiques cliniques et de la réglementation liée à la pratique des IPS, des révisions au rôle et aux activités médicales des IPS se sont révélées incontournables (OIIQ et CMQ, 2019a). Ces révisions se sont traduites, entre autres, par l'arrivée dans le réseau de la santé des différentes spécialités d'IPS :

- Depuis 2006
  - o IPSC : infirmière praticienne spécialisée en cardiologie
  - o IPSN : infirmière praticienne spécialisée en néphrologie
  - o IPSNN : infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
- Depuis 2007-2008
  - o IPSPL : infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

- À compter de 2019-2020
  - o IPSSA : infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes, qui intègre les IPS en cardiologie et en néphrologie
  - o IPSSM : infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
  - o IPSSP : infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques

Les IPS sont en augmentation constante. En effet, en 2006, elles étaient seulement 17 diplômées dans l'une des trois spécialités (néonatalogie, cardiologie, néphrologie) (OIIQ, 2019a), mais au 3 septembre 2019, 552 IPS étaient inscrites au tableau de l'OIIQ et au moins 500 infirmières étaient inscrites à titre d'étudiantes ou de candidates (OIIQ, 2019b).

## Vers une autonomie accrue de la pratique des IPS

Depuis l'arrivée des IPS dans le réseau de la santé, plusieurs changements ont été apportés à la réglementation, lesquels ont accentué leur autonomie. Les grands changements survenus démontrent bien cet accroissement de leur autonomie :

De 2005 à 2018, les médicaments et les traitements médicaux que peut prescrire l'IPS sont balisés par les règles d'utilisation des médicaments et les règles de soins médicaux, qui peuvent varier d'un établissement hospitalier à l'autre.

De 2009 à 2018, les lignes directrices balisent les actes que l'IPS peut prescrire parmi les cinq activités médicales autorisées. Chaque classe de médicaments, d'imageries, d'analyses de laboratoire et de techniques à risque de préjudices ou autorisées est précisée.

En 2018, afin de suivre l'évolution des pratiques et de mieux répondre aux besoins de la population, une nouvelle version du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* est publiée pour modifier les balises qui encadrent les activités médicales de l'IPS. Ainsi, la pratique de l'IPS n'est plus limitée par des règles d'utilisation des médicaments, des règles de soins médicaux ou des listes de médicaments, d'exams diagnostiques et de traitements médicaux ni par des techniques invasives à visée diagnostique ou de traitement, ce qui lui procure une plus grande autonomie dans sa pratique.

De plus, selon le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* de 2018, l'IPSPL peut dorénavant amorcer un traitement pharmacologique pour six problèmes de santé chroniques (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, hypothyroïdie). Malgré ces changements, l'IPS du Québec ne peut toujours pas poser de diagnostics, mais doit faire voir le patient par le médecin partenaire dans un délai de 30 jours (OIIQ et CMQ 2019a).

Sous l'effet de la volonté de la population, du leadership politique de la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Danielle McCann, et de pressions médiatiques soutenues, un vent de changement a soufflé au début de 2019 et a mené à une nouvelle réglementation qui sera applicable en 2020. En effet, les IPS du Québec pourront enfin poser certains diagnostics (P.L. 43, 2019). Pour parvenir à ce résultat, il a fallu poursuivre des années de travaux, auxquels ont participé diverses instances, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, les ordres professionnels (OIIQ, CMQ), les universités, certains chercheurs du Québec et l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ).

En février 2019, dans la foulée de cette annonce, le CMQ a immédiatement retiré l'exigence selon laquelle l'IPS devait faire voir le patient par le médecin partenaire dans les 30 jours pour obtenir le diagnostic final de l'un des six problèmes de santé chroniques susmentionnés (CMQ, 2019). Ainsi, le diagnostic provisoire est posé après des échanges verbaux entre l'IPS et le médecin partenaire et repose sur l'évaluation de l'IPS. Le médecin partenaire rencontre ensuite le patient au moment qu'il juge opportun pour poser le diagnostic final (OIIQ et CMQ, 2019a). Plus précisément, l'OIIQ et le CMQ formulent l'énoncé suivant :

« Le diagnostic final est donc posé par le médecin partenaire au moment où il rencontre le patient et effectue l'évaluation médicale. En effet, conformément à son code de déontologie, le médecin est tenu d'examiner le patient avant de parvenir à un diagnostic final circonstancié, sous peine d'être responsable d'une omission » (2019a, p. 14).

## Des clientèles et des milieux variés

Les IPS pratiquent auprès de clientèles variées, dans différents milieux. La clientèle visée par l'IPS est liée à sa spécialité. À titre d'exemple, l'IPSSP aura une clientèle pédiatrique et l'IPSNN travaillera auprès des nouveau-nés. La clientèle visée par une IPSSA est aussi très diversifiée :

« [...]l'IPSSA] peut acquérir des compétences dans une spécialité médicale, un type de soins particulier ou des domaines de soins connexes afin de répondre aux besoins de regroupements de clientèles. Par exemple, elle peut choisir de pratiquer en cardiologie, néphrologie, médecine interne, neurosciences, oncologie, rhumatologie ou cliniques spécialisées (p. ex., douleur chronique, neurologie, insuffisance rénale ou cardiaque) » (OIIQ et CMQ, 2019b, p. 11).

En raison de la complexité de la situation de santé de la clientèle visée par les IPSSA, cette IPS évoluera dans des centres de service de deuxième et troisième lignes.

Le **tableau 1** donne un portrait d'ensemble des types de clientèle, des problèmes de santé et des services en première, deuxième ou troisième lignes, suivis par l'IPS selon sa classe de spécialité. Les données de ce tableau proviennent des lignes directrices propres à chacune des classes de spécialité (OIIQ et CMQ, 2019a,b,c,d,e). Par ailleurs, concernant les soins palliatifs, certaines classes de spécialité d'IPS peuvent accomplir ces soins après que le médecin ait confirmé la condition terminale, dans un contexte où le pronostic est réservé, et qu'un plan de traitement médical précisant les objectifs soit établi (OIIQ et CMQ, 2019a,b,c,e). En plus de ces conditions, les IPS en première ligne ne peuvent pratiquer de soins palliatifs qu'en CHSLD (OIIQ et CMQ, 2019a).

**Tableau 1. Types de clientèle, problèmes de santé et service en première, deuxième ou troisième lignes, suivis par l'IPS selon sa classe de spécialité**

Classes de spécialités	IPSNN	IPSSA	IPSP	IPSSM	IPSSP
Type de clientèle	Nouveau-nés, prématurés ou à terme	Adultes, âgés	Nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes, âgés	Personnes de tous les âges présentant des troubles de santé mentale ou risquant d'en présenter	Clientèle pédiatrique
Type de problèmes de santé	Problèmes de santé complexes : chroniques, aigus ou critiques	Problèmes de santé complexes : chroniques, aigus ou critiques	Problèmes de santé simples à complexes qui peuvent se gérer en 1 <sup>re</sup> ligne, problèmes de santé chroniques ou aigus	Problèmes de santé complexes chroniques, aigus ou critiques	Problèmes de santé complexes chroniques, aigus ou critiques
Services de 1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> et/ou 3 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes	1 <sup>re</sup> ligne	1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes

Laliberté (2019)

Afin de saisir les différences entre les niveaux de services, il est bon d'en revoir brièvement la signification. *Les services de première ligne* « s'adressent aux personnes, principalement celles vivant à domicile, ayant des besoins ou des problèmes communs de santé; ils comprennent un ensemble de services de santé courants qui s'appuient sur une infrastructure simple en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques » (OIIQ et CMQ, 2019d, p. 10).

*Les services de deuxième ligne* « comprennent des services d'assistance, de soutien et d'hébergement ainsi qu'un ensemble de services de santé principalement spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure complexe en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques » (*Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, 2018, p. 2).

*Les services de troisième ligne* « offrent un niveau de soins ultraspecialisés [et] s'adressent [aux personnes] ayant des problèmes de santé très complexes ou dont la prévalence est très faible » (*Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, 2018, p. 2).

Le centre hospitalier fait aussi partie des milieux où l'on trouve des IPS. Les IPS en centre hospitalier exercent dans les cliniques externes de deuxième et troisième lignes ainsi que dans les divers départements afférents à leur spécialité, où pratique obligatoirement au moins un médecin partenaire. Il peut s'agir de cliniques externes, de cliniques spécialisées, de départements en particulier ou de certains services complexes à domicile. Les IPS peuvent exercer des activités médicales à l'urgence d'un centre hospitalier en répondant aux demandes de consultation pour une clientèle visée par leur classe de spécialité. Un médecin doit avoir déjà établi un diagnostic provisoire, et l'un de leurs médecins partenaires posera le diagnostic final. Comme l'activité principale des IPS demeure le suivi et la prise en charge de la clientèle, elles ne peuvent pas exercer principalement à l'urgence (OIIQ et CMQ, 2019b).

Aussi, selon l'annexe 1 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* publié en 2018, l'IPSPL peut exercer en région isolée, dans une installation de soins de première ligne, telle que sur les territoires de la Basse-Côte-Nord, du Nunavik et de la Baie-James. Elle peut également travailler en dispensaire dans les régions de la Basse-Côte-Nord, de la Minganie, de la Caniapiscau, de la Haute-Mauricie, de la Haute-Gatineau (Algonquins of Barriere Lake) et du Témiscamingue (Long Point First Nation).

Pour travailler en région isolée, elle doit recevoir une formation additionnelle en soins d'urgence et en obstétrique. Elle pourra exercer des actes médicaux supplémentaires prévus à l'article 11 de l'annexe 1 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* 2018 (p. 11), soit :

- « exercer les activités médicales en soins avancés, en réanimation cardiorespiratoire, en réanimation pédiatrique et néonatale et en réanimation des polytraumatisés;
- effectuer un accouchement d'urgence, traiter les hémorragies du post-partum;
- effectuer le traitement pour les intoxications. »

En somme, les IPS occupent une place d'intérêt au sein de l'équipe interprofessionnelle. En collaboration avec leurs collègues infirmières, médecins et autres professionnels, elles contribuent à enrichir la qualité des soins offerts à la population du Québec. Depuis leur émergence, des gains substantiels ont été réalisés. L'évolution des règlements et des lignes directrices sur les IPS ont permis d'accroître leur autonomie et de créer de nouvelles classes de spécialité, afin de mieux répondre aux besoins grandissants d'une population vieillissante. Ces avancées ont un impact majeur pour l'accessibilité et la qualité des soins, en plus de marquer un tournant significatif pour la pratique des IPS, une quinzaine d'années après leur arrivée dans le système de santé québécois. Pourtant, il s'agit seulement d'un nouveau pas dans la longue marche des IPS vers la reconnaissance pleine et entière de leurs compétences et de leur rôle essentiel. C'est en 2020 que nous pourrons apprécier l'ampleur de ces modifications.



## Christine Laliberté

Christine Laliberté (inf. M. Sc., DESS) est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale depuis 2009. Elle cumule plus de 25 années d'expérience combinées en centres hospitaliers et en soins de première ligne. Chargée de cours et superviseuse de stage, elle enseigne aux IPSPL de deuxième cycle de l'Université Laval depuis 2010. Elle élabore le projet Archimède en 2014 pour lequel elle est chargée de projet à la clinique médicale Saint-Vallier de Québec. Enfin, elle préside l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) depuis 2015. Elle exerce son mandat, qui consiste à représenter les IPS du Québec, tant dans la sphère politique que stratégique et médiatique.

## RÉFÉRENCES

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien*. Ottawa. Repéré à [www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursing-framework-fr.pdf?la=fr&hash=FD36C9E8E0BA7B4D489B41DFC4FA8A100EF3CDED](http://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursing-framework-fr.pdf?la=fr&hash=FD36C9E8E0BA7B4D489B41DFC4FA8A100EF3CDED)

*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 9

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019). *Pour un partenariat réussi MD-IPS : Guide à l'intention du médecin*. Repéré à [www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices](http://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices)

Hamric, A.B., Hanson, C.M., Tracy, M.F., et O'Grady, E.T. (2019). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. Dans M.F. Tracy et E.T. O'Grady, *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing*. (6<sup>e</sup> Éd). Elsevier Saunders : St. Louis, Missouri.

Laliberté, C. (2019). *Types de clientèles, problèmes de santé et service en 1ère, 2ème ou 3ème ligne, suivis par l'IPS selon sa classe de spécialité*. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (Document inédit).

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Projet de loi no 90*, chapitre 33.

*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2019a). Nombre d'IPS inscrites au *Tableau de l'OIIQ de 2006-2007 (première cohorte) à 2017-2018*, Direction, Optimisation et performances. (Document inédit)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2019b). Dépôt du projet de loi n° 43 : les IPS pourront diagnostiquer certaines maladies selon leur spécialité. Repéré à [www.oiiq.org/en/depot-du-projet-de-loi-no-43-les-ips-pourront-diagnostiquer-certaines-maladies-selon-leur-specialite](http://www.oiiq.org/en/depot-du-projet-de-loi-no-43-les-ips-pourront-diagnostiquer-certaines-maladies-selon-leur-specialite)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2014). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Lignes directrices*. Repéré à <https://umfsudlanaudiere.files.wordpress.com/2014/06/lignes-ips-prem-ligne.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2018). *Modèle d'entente de partenariat*. Repéré à [www.oiiq.org/w/ips-entente-partenariat-modele](http://www.oiiq.org/w/ips-entente-partenariat-modele)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019a). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Lignes directrices*. Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019b). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes - Lignes directrices*. Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019c). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques - Lignes directrices*. Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019d). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale - Lignes directrices*. Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019e). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie - Lignes directrices*. Montréal.

Projet de loi n 43 (P.L. 43) : *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*. (2019). 42<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session.

*Règlements sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, R.Q., c. M-9, r. 1.3.

*Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, chapitre M-9, r.231.

# La formation des infirmières praticiennes spécialisées au Québec

Sonia Heppell, IPSSA (volet cardiologie)

Il y a près de 15 ans maintenant, soit depuis 2005, les premières infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en cardiologie et en néphrologie amorçaient leur pratique dans les milieux cliniques hospitaliers du Québec. Il faut se rappeler qu'un projet pilote en néonatalogie, initié en 1994 à l'Hôpital Sainte-Justine, avait préalablement ouvert la voie aux IPS québécoises. La pratique IPS, les règlements qui l'encadrent et la formation universitaire préparatoire connexe ont bien évolué au fil du temps! Le présent article a pour objectif principal de présenter les différents aspects de la formation actuelle des IPS au Québec, tant sur le plan théorique que clinique.

Ainsi, pour devenir IPS, il faut d'abord avoir terminé un diplôme universitaire de premier cycle, c'est-à-dire un baccalauréat en sciences infirmières, et avoir obtenu la note minimale requise par l'établissement universitaire. Il faut également avoir cumulé une équivalence temps plein de deux années d'expérience comme infirmière, dont une année dans le domaine d'étude convoité. Les exigences d'admission peuvent varier selon les universités. Ainsi, des lettres de recommandation, une entrevue ou encore un test d'évaluation des compétences transversales peuvent être exigés.

Le diplôme d'IPS est accordé à l'étudiante qui réussit un programme universitaire de deuxième cycle sous forme d'une maîtrise en sciences infirmières, option pratique avancée de 45 crédits, et d'un diplôme complémentaire de pratique infirmière avancée ou de sciences médicales pouvant varier entre 25 et 30 crédits, selon les programmes universitaires. À titre d'exemple, le programme universitaire IPS est composé de cours d'éthique clinique, d'éducation à la santé, d'approche systémique à la famille et d'activités d'interdisciplinarité et d'intégration. Des cours et des laboratoires sont aussi consacrés à l'évaluation de la santé et à l'acquisition du raisonnement clinique. De façon plus spécifique, dans le cadre du diplôme complémentaire, l'étudiante suit des cours de pharmacologie et de physiopathologie générales et spécialisées. Enfin, des contenus spécialisés portant sur l'évaluation, le traitement et le suivi de la personne âgée, de l'enfant, de

l'adolescent, de la femme enceinte ou de la personne atteinte de problèmes de santé mentale sont également requis en fonction de l'option choisie.

Les étudiantes IPS ont droit à une bourse d'études de 60 000 \$ du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2018), répartie selon des critères bien définis tout au long des deux ou trois (temps partiel) années d'études. À la réception de cette allocation, l'étudiante s'engage à fournir, au terme de sa formation, trois années de service équivalent temps complet (ETC) de temps travaillé auprès de la clientèle, dans un établissement ciblé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2018).

**Contrairement aux autres provinces canadiennes, les infirmières du Québec souhaitant faire leur formation IPS peuvent choisir l'option qu'elles désirent, dans le respect des exigences d'admission universitaire.** La plupart des universités québécoises (Université Laval, McGill, de Montréal, de Sherbrooke et les Universités du Québec) offrent le programme. Depuis 2018, les options disponibles à la suite du changement réglementaire sont les soins de première ligne (avec l'ajout d'un volet CHSLD), les soins aux adultes, la santé mentale, la pédiatrie et la néonatalogie (option disponible du règlement précédent). En ce qui concerne les soins aux adultes, avec l'arrivée du nouveau *Règlement sur les classes de spécialité de l'infirmière praticienne spécialisée* (2018), les IPS en cardiologie et en néphrologie sont devenues des IPS en soins aux adultes (IPSSA), volet cardiologie ou néphrologie. Ces clientèles comportent de nombreuses similarités : il s'agit de patients atteints de maladies chroniques souvent compliquées de plusieurs affections associées. À ce sujet, l'article de C. Fortin présenté dans le présent numéro traite de la pratique adulte, volet néphrologie, ce qui reflète, à plusieurs égards, la pratique en soins aux adultes en cardiologie ou dans d'autres domaines de la maladie chronique chez l'adulte.

Le programme de formation IPS, d'une durée de deux ans à temps plein, débute habituellement

par un volet théorique et se termine par un volet de formation clinique. La durée des stages est réglementée et comprend 950 heures, pour un total de six à huit mois (*Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste d'infirmière praticienne spécialisée*, 2018). L'étudiante doit terminer et réussir le programme universitaire afin d'être admissible à l'examen de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). La réussite de cet examen lui confère un certificat de spécialiste à titre d'IPS et lui donne droit de pratique.

Le nombre d'heures de formation est aussi un élément distinctif de la formation IPS québécoise. Comparativement à celle offerte dans le reste du Canada, la formation théorique et clinique comporte davantage d'heures au Québec, passant parfois du simple au double. Le **tableau 1** présente le nombre comparatif d'heures d'enseignement théorique dans des programmes de formation IP (infirmière praticienne) au Canada et celui relatif au nombre d'heures d'enseignement clinique.

**Tableau 1. Nombre comparatif d'heures d'enseignement théorique et clinique**

<b>Nombre comparatif d'heures d'enseignement théorique dans les programmes de formation IP au Canada</b>	
<b>Province</b>	<b>Enseignement théorique (heures)</b>
Québec (toutes les universités)	630
Alberta (University of Alberta)	429
Nouveau-Brunswick (University of New Brunswick)	468
Colombie-Britannique (University of British Columbia)	492
Ontario	234
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	273
<b>Nombre comparatif d'heures d'enseignement clinique dans les programmes de formation IP au Canada</b>	
<b>Province</b>	<b>Enseignement clinique (heures)</b>
Québec (toutes les universités)	950
Alberta (University of Alberta)	700
Nouveau-Brunswick (University of New Brunswick)	700
Colombie-Britannique (University of British Columbia)	794
Ontario	700
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	416

Adapté de Durand et Maillé (2013)

La pratique des IPS en pédiatrie, en néonatalogie et en soins aux adultes s'effectue surtout en milieu hospitalier et en clinique spécialisée, alors que les IPS en santé mentale peuvent pratiquer en première ligne (CLSC, clinique médicale, etc.) ou en deuxième ou troisième ligne. Il est à noter que les milieux de pratique représentent aussi les milieux de stage.

Les étudiantes IPS de première ligne effectuent leur stage, par exemple, avec les groupes de médecine de famille (GMF), dans les CLSC ou dans les cliniques médicales. Elles prennent soin de clientèles de tous les âges. **Par ailleurs, depuis l'adoption en mai 2018 du dernier règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de formation IPS, les milieux de formation sont maintenant tenus d'exposer les étudiantes en stage aux personnes âgées hébergées en CHSLD, et à celles y étant hébergées étant en phase palliative, puisque le champ de pratique de l'IPS en première ligne s'est élargi à la clientèle en hébergement.** Des contenus de formation théorique visant l'acquisition de connaissances et de compétences quant aux soins et au suivi de la personne âgée se sont également ajoutés au cursus théorique des programmes universitaires.

De plus en plus d'IPS ont une pratique partagée entre les milieux de première ligne et les CHSLD. Une étude menée par Kilpatrick, Hains, Tchouaket et Jabbour (2017) a démontré des avantages considérables à la pratique IPS en CHSLD (voir le texte d'I. Parisien dans la présente parution). Ainsi, la prise en charge plus rapide des besoins des résidents, le soutien aux équipes infirmières et l'utilisation d'approches non pharmacologiques sont favorables et s'associent à la pratique des IPS en CHSLD.

La supervision de stage, et ce, peu importe l'option, s'effectue habituellement dans une proportion variable par des IPS et par des médecins, ce qui respecte la nature de la pratique partenariale IPS et soutient l'étudiante dans l'acquisition de sa compétence de collaboration avec les équipes, dont les médecins. Tous les milieux où s'effectuent les stages des étudiantes IPS doivent être reconnus par un comité conjoint formé de membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ). La liste de tous les milieux de stage ainsi reconnus est disponible dans le site de l'OIIQ (OIIQ, 2019).

La collaboration des milieux cliniques pour la formation en stage des étudiantes IPS est cruciale. En effet, des cibles ministérielles ont été établies pour la formation IPS, dans la visée d'atteindre

2000 IPS au Québec pour 2025 (MSSS, 2017). Cet objectif nécessite bien entendu une contribution considérable de la part des milieux de stage. Ces différents milieux collaborent à la hauteur de leur capacité ou de leur disponibilité, et même plus! Force est de constater toutefois que plusieurs d'entre eux font face à des contraintes d'espace, de ressources humaines et de ressources financières et semblent atteindre un certain niveau de saturation. Il est donc plausible de croire que la détermination d'un nombre suffisant de milieux de stage clinique pour combler les besoins de formation et répondre aux exigences ministérielles, ainsi qu'aux besoins de santé de la population, représente l'un des principaux défis associés à la formation des IPS pour les prochaines années.

**Le vieillissement de la population représente un autre constat qui, bien entendu, influence l'organisation et l'orientation des programmes de formation universitaire. Les étudiantes IPS de toutes les options (exception faite de la pédiatrie et de la néonatalogie) sont formées aux affections associées au vieillissement (trouble d'ordre cognitif, troubles de la mobilité, douleur chronique, etc.) et aux principales maladies chroniques qui touchent aussi une forte proportion de la population âgée (diabète, maladie pulmonaire et cardiovasculaire, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique, etc.).** Ainsi, les stages des étudiantes IPS en santé mentale comprennent souvent un volet de gérontopsychiatrie. Les étudiantes en soins aux adultes font des stages aux unités de soins ou dans des cliniques de gériatrie ou, à tout le moins, avec des personnes âgées. Il en est de même pour les étudiantes IPS de première ligne, qui sont tenues d'être exposées à la maladie chronique et à la clientèle âgée.

En conclusion, il paraît pertinent de souligner que la spécificité du rôle de l'IPS réside en son aspect hybride, qui allie le volet médical à la pratique infirmière avancée. La formation dispensée aux IPS leur permet d'être des professionnelles autonomes, qui offrent des soins sécuritaires et qui sont dotées d'un jugement clinique renforcé par des connaissances cliniques avancées et rigoureuses sur le plan scientifique. De plus, des habiletés d'évaluation avancée, de résolution de problèmes complexes, de même que de collaboration intraprofessionnelle, interprofessionnelle, avec les patients et avec leurs proches, font partie des compétences ciblées pour la formation d'IPS accomplies!



## Sonia Heppell

Sonia Heppell a obtenu une première maîtrise en sciences infirmières en 1996, puis une seconde maîtrise et un diplôme complémentaire d'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie (IPSC) à l'Université de Montréal en 2006. Elle exerce actuellement à titre d'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (volet cardiologie) à l'Institut de cardiologie de Montréal. Elle est également coordonnatrice des stages cliniques des IPS à l'Université de Montréal pour les trois options, soit les soins aux adultes, la santé mentale et les soins de première ligne. Elle a donné plusieurs présentations et publié plusieurs articles dans le domaine de la cardiologie, plus particulièrement en insuffisance cardiaque.

## RÉFÉRENCES

Durand, S. et Maillé, M. (2013). *Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*. Mémoire. OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3385-Memoire-IPS.pdf>

Kilpatrick, K., Hains, S., Tchouaket, E., et Jabbour, M. (2017). *Implantation du rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec : Rapport Projet Vitrine*. Financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *Les infirmières praticiennes au service de la population québécoise : Plan d'action et de suivi pour l'atteinte de la cible de 2000 IPS en 2024 2025*. Document de travail inédit. Direction nationale des soins et services infirmiers.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Cadre de soutien financier pour le programme d'infirmière praticienne spécialisée : Modalités d'application*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001038>.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). (2019). *Infirmière praticienne spécialisée : Liste des milieux de stage reconnus par le sous-comité d'examen des programmes*. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/liste\\_MC\\_formation\\_IPS\\_reconnus.pdf/c39591e5-4bf4-633a-bde7-e21a3c6e0f2b](https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/liste_MC_formation_IPS_reconnus.pdf/c39591e5-4bf4-633a-bde7-e21a3c6e0f2b)

*Règlement sur les classes de spécialité d'infirmière praticienne spécialisée*. (2018) (chap. I-8, r. 8). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%208>.

*Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste d'infirmière praticienne spécialisée*. (2018) (chap. I-8, r. 15.2). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2015.2>

# L'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie : pratique auprès de la personne âgée et ses proches

Chantal Fortin, IPSSA

Le présent article vise à mettre de l'avant le rôle émergent de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA) dans le domaine de la néphrologie et de contextualiser sa pratique auprès de la personne âgée et de ses proches.

## Démographie, vieillissement et maladie chronique

Selon l'Institut de la statistique du Québec, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans continue d'augmenter. Elle se situe à 18,5 % en 2017, comparativement à 15,7 % en 2011 (ISQ, 2018). Le Québec connaît donc un vieillissement démographique très rapide, qui s'accroîtra encore dans les prochaines années. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes vivront de plus en plus longtemps avec au moins une maladie chronique. Le diabète et l'hypertension sont les principales maladies chroniques responsables de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

## Incidence des cas d'IRC en suppléance rénale

Selon le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2018), 5 599 Canadiens<sup>1</sup> ont reçu un diagnostic d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) de stade 5 en vertu de la classification de l'IRC. **Le taux de nouvelles personnes atteintes a augmenté de 36 % et le nombre de personnes recevant un traitement pour une IRCT a bondi de 131 % au cours des 20 dernières années**, sans compter que les traitements de suppléance rénale sont en nette croissance depuis de nombreuses années. Environ 58 % des personnes atteintes d'une IRCT ont reçu un type de dialyse en 2017.

Il est également important de souligner que la population de personnes atteintes d'IRC présente un risque de décès élevé, même chez les plus jeunes, et pourrait ne jamais atteindre le stade

5 de l'IRCT, comme en témoignent d'ailleurs les 892 Québécois (1,4 % de population) décédés d'IR (ISQ, 2018). Il est donc essentiel que la prise en charge soit optimisée par une individualisation des approches et une collaboration avec la personne et ses proches pour prioriser les attentes et les besoins de ceux-ci, et ce, des soins de santé primaire aux soins de deuxième (clinique de protection rénale) et de troisième (dialyse et transplantation) lignes. Par sa formation, son expérience et sa vision holistique, l'IPS peut contribuer à favoriser une meilleure prise en charge des personnes touchées par l'IR.

## Émergence des infirmières praticiennes spécialisées en néphrologie au Québec

Au Canada, depuis les années 1980, les autres provinces et territoires du Canada ont élaboré le rôle de l'IPS, mais en sont à diverses étapes de développement et de réglementation, principalement en soins de première ligne (OIIQ et CMQ, 2006a). Au Québec, en 1997, un projet pilote d'IPS en néonatalogie est créé à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Devant l'expérience en néonatalogie, la pénurie imminente de néphrologues, une augmentation constante du nombre de clients atteints de troubles rénaux et les changements liés à l'économie, à la politique, à la recherche, aux mouvements sociaux, aux nouvelles technologies et à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, l'idée d'avoir des IPS en néphrologie commence à germer.

Ainsi, en mars 2000, madame Gyslaine Desrosiers, alors présidente de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ), vient présenter une conférence s'intitulant « Perspective sur le rôle de l'infirmière en pratique avancée au Québec » lors d'un symposium de l'Association des néphrologues du Québec et de la Société québécoise de néphrologie. Il est décidé que d'ici cinq ans, des IPS soutiendront les néphrologues et les équipes dans la prise en charge des personnes en dialyse. Dans la même année, des travaux sont

amorcés pour l'instauration du rôle de l'IPS dans trois spécialités médicales, dont la néphrologie. À l'automne 2002 naissent les premiers programmes universitaires pour les IPS en néphrologie au Québec et, en janvier 2003, un nouveau cadre législatif concrétise l'arrivée des IPS dans le réseau de la santé québécois. À l'automne 2005, la première promotion de six candidates IPS en néphrologie est diplômée, mais ne peut pas exercer avant le 24 novembre 2005. Cette date marque l'entrée en vigueur du cadre réglementaire, approuvé et adopté par le Conseil des ministres, permettant aux IPS d'exercer en toute légalité au Québec. Les candidates doivent toutefois réussir l'examen permettant l'obtention d'un certificat de spécialiste en néphrologie délivré par l'OIIQ, qui se déroulera un an plus tard (Chapados, 2006). À ses débuts, la pratique des IPS en néphrologie est marginale tant au Québec qu'au Canada. Dans le souci d'assurer le développement et l'uniformité du rôle des IPS tout en favorisant le réseautage, les IPS québécoises créent leur propre association (AIPSQ), et adhèrent, en 2007, à la *Canadian Nephrology Nurses Practitioners Association*.

Plus de dix ans après l'entrée en vigueur des règlements encadrant la pratique des IPS, il est nécessaire d'optimiser la pratique (OIIQ et CMQ, 2018). C'est pourquoi des modifications importantes sont adoptées aux règlements encadrant la pratique des IPS en néphrologie depuis deux ans. D'abord, depuis la modification au *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée*, les IPS en néphrologie sont intégrées à la nouvelle classe de spécialité d'IPSSA. Ainsi, l'IPSSA offre des services à des adultes qui présentent un problème de santé complexe (chronique, aigu ou critique) et qui requièrent des soins de deuxième ou troisième ligne (voir l'article de C. Laliberté dans la présente parution).

Ensuite vient la refonte du règlement déterminant les activités médicales qui peuvent être exercées par l'IPS dans les différentes classes de spécialité ainsi que les conditions requises pour qu'elle puisse les exercer. Cette refonte constitue, pour les IPSSA qui pratiquent dans le domaine de la néphrologie, une ouverture sans précédent en matière d'offre de service et d'autonomie professionnelle. Concrètement, l'IPS en néphrologie était jusque-là confinée à exercer uniquement dans un centre hospitalier doté d'un service de dialyse rattaché à un service de néphrologie et auprès d'une clientèle qui nécessite des soins et des services en prévention de l'IR (prédialyse), en hémodialyse, en dialyse péritonéale ou en greffe rénale (OIIQ et CMQ, 2006b). Maintenant, l'IPSSA dans le domaine de la néphrologie peut exercer

ses activités dans des lieux où sont offerts des services de deuxième ou de troisième ligne, tels que des centres hospitaliers avec ou sans service de dialyse, des cliniques ambulatoires (p. ex., néphrologie générale en milieu communautaire ou en centre hospitalier), des cliniques spécialisées (p. ex., HTA réfractaire) et certains soins complexes à domicile auprès de personnes qui présentent une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale qui ne peut être résolue par des soins de première ligne (p. ex., CHLSD, soins palliatifs néphrologiques) (OIIQ et CMQ, 2018). Évidemment, les interventions de l'IPS se réalisent en collaboration avec au moins un médecin néphrologue partenaire, mais aussi avec les membres des équipes de soins de première ligne ou d'hébergement. Ainsi, les IPSSA peuvent se rapprocher davantage des milieux de vie des personnes âgées qui ont des besoins néphrologiques, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, et ont une autonomie à la hauteur des attentes de la clientèle et des équipes. Concrètement, comment s'articule la pratique quotidienne de l'IPS dans le domaine de la néphrologie?

## Pratique clinique des IPSSA dans le domaine de la néphrologie

Compte tenu de la fréquence élevée d'IRC dans la population, la néphrogériatrie occupe une grande place dans notre spécialité et soulève trois défis majeurs.

### 1- La gériatrie en néphrologie

Les syndromes gériatriques sont utilisés pour décrire des états de santé cliniques propres à la population âgée et qui ne peuvent être classés comme propres à une maladie ou à un système comme le rein. Les déficiences cognitives, les chutes, les vertiges, l'incontinence, la fragilité, etc., sont des exemples de syndromes gériatriques fréquents chez la personne ayant une IRC. En cas de syndromes gériatriques, l'IR et la dialyse sont souvent associées à de la mortalité et de la morbidité. Les troubles cognitifs et la dépression sont très fréquents chez les personnes âgées atteintes d'IRC qui, d'ailleurs, sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées. Il a été démontré que la dialyse détériore les fonctions cognitives qui, à leur tour, détériorent la qualité de vie, augmentent le nombre d'hospitalisations et entraînent des complications. Les chutes sont la principale cause de blessures chez les personnes de 65 ans et plus. La dialyse est associée à un risque accru de chutes en raison d'une hypotension, de crampes

ou d'un épuisement lié à la dialyse. Les personnes atteintes d'IRC prennent plusieurs médicaments (polypharmacie) et présentent des affections associées qui contribuent elles aussi aux chutes. Les personnes âgées sont susceptibles de souffrir de malnutrition et de perte de poids. Celles atteintes d'IRC et d'IRCT sont encore plus exposées à l'anorexie secondaire à des toxines urémiques, à des pertes nutritionnelles au cours de la dialyse, à la dépression, etc. (Faheemuddin, 2018; Hain, 2017). L'IPSSA dans le domaine de la néphrologie procède à l'évaluation avancée de l'état de santé de la personne âgée en privilégiant une approche globale. Selon l'OIIQ et CMQ (2018), pour ce faire, elle se fie à sa compréhension et à son analyse des dimensions biologique (p. ex., biologie du vieillissement), physique (p. ex., fragilité, risque de chute, comorbidité), mentale (p. ex., délirium, trouble neurocognitif, dépression), psychologique (p. ex., adaptation, compréhension des traitements et des comorbidités, consentement), sociale (p. ex., réseau social, ressources du réseau de la santé disponibles, solidarité), dépistage de la maltraitance (p. ex., négligence, psychologique ou verbale, exploitation financière et violence physique), spirituelle (p. ex., croyances, culture) et des déterminants de la santé propres à la personne âgée (p. ex., « vieillir en santé », éducation, prévention et promotion de la santé, politique, environnement, lieu de résidence, équité, âge, statut socioéconomique, sécurité, etc.). L'objectif consiste à dépister et à prévenir l'apparition de problèmes psychosociaux, de problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risque et à lui offrir un traitement, s'il y a lieu, en collaboration avec les intervenants les plus aptes à corriger la situation vécue par l'aîné.

## **2- La néphrologie en gériatrie**

Selon différentes études reposant sur différents calculs, au moins le tiers des personnes atteintes d'IRC étaient âgées de plus de 65 ans. Il existe une forte relation entre l'âge et la diminution du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe). Cette perte de fonction rénale est attribuable à des changements structuraux et physiologiques, tels qu'une perte de masse rénale corticale; divers degrés de changements morphologiques de la vasculature de l'interstitium, des glomérules et des tubules; la diminution du débit sanguin rénal de 1 200 ml/min à 600 ml/min à 80 ans, soit 10 % par année à partir de l'âge de 60 ans; une perte progressive du DFGe d'environ 0,87 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> par année à partir de l'âge de 40 ans; une hyperfiltration des glomérules restants; une diminution de la capacité de concentration des urines et de la régulation de

l'osmolalité urinaire; une diminution de la rénine et de l'aldostérone plasmatique (qui augmente le risque d'hypokaliémie ou d'hyperkaliémie); une diminution de la synthèse de la vitamine D (Hain, 2017; Cronin et Mathers, 2008). **Environ 50 % des adultes de plus de 70 ans ont un DFGe inférieur à 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Un grand nombre de ces personnes présenteront un DFGe entre 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> et 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, qui correspond au stade 3a de la classification de l'IRC.** Par conséquent, une baisse du DFGe est considérée comme un aspect « normal » du vieillissement, mais il revêt une pertinence clinique pour déterminer la posologie d'un médicament, calculer le risque d'insuffisance rénale aiguë (IRA) et sélectionner un potentiel donneur de rein vivant (Hain, 2017). Qui plus est, la progression de l'IR se produit de manière imprévisible et les formules pour mesurer la classification de l'IRC dans ces groupes d'âge ont des limites (p. ex., Cockcroft-Gault, MDRD, CKD-EPI).

Les directives en matière de prise en charge des personnes âgées atteintes du diabète en plus d'une IRC sont insuffisantes. La pharmacothérapie dans la population gériatrique est, en soi, un défi. Ces directives se compliquent, en outre, par la présence d'une maladie rénale. Il existe peu de données cliniques sur le dosage des médicaments chez les personnes âgées atteintes d'IRC. L'incidence des effets indésirables est de trois à dix fois plus élevée chez les personnes âgées atteintes d'IRC. De plus, on ne peut pas bien connaître la posologie des médicaments, leurs effets secondaires et leurs complications dans chacun des groupes d'âge après 65 ans. La gestion des liquides et des électrolytes peut également nécessiter une approche différente dans cette population par rapport à la population adulte plus jeune. Les personnes âgées sont plus susceptibles de souffrir de déshydratation et sont plus exposées à une surcharge liquidienne, peut-être à cause des changements rénaux liés à l'âge, d'un mécanisme de soif altéré ou d'un déclin fonctionnel réduisant l'accès aux liquides (Faheemuddin, 2018; Hain, 2017). L'étude de Taku, Hidenori, Mariko, Toshiyuki et Tetsuro (2018) soutient que la présence d'une IPS au sein de l'équipe contribue à prévenir la progression de l'IR chez les patients atteints d'IRC et améliorerait le pronostic. Cette observation s'explique par ses connaissances avancées en physiopathologie, en évaluation physique et en pharmacologie en néphrologie. Elle possède donc les compétences pour mettre tous ces phénomènes en contexte. Lorsqu'un traitement pharmacologique est prescrit, il est adapté à la fonction rénale de la personne âgée atteinte d'IR (p. ex., ajustement, déprescription, etc.).

### 3- Les traitements de l'IRCT

Le grand âge soulève la question des limites thérapeutiques. Les avancées techniques, en dialyse comme en transplantation, et les progrès constants favorisent l'accès des personnes âgées à ces traitements. Le défi consiste à choisir le projet de vie le plus adapté à la personne et à ses proches.

L'IPS dans le domaine de la néphrologie sait que la personne qui recourt à une suppléance rénale ou choisit un traitement plus conservateur doit composer avec la gestion de multiples symptômes reliés à l'IRCT et à ses comorbidités, de même qu'avec de multiples traitements qui dépassent largement la suppléance rénale (p. ex., médicaments, traitement nutritionnel, soutien psychologique, transport). Elle favorise l'autonomie, l'autogestion des soins et l'adhésion aux traitements. Par exemple, elle contribuera à l'autonomie en évaluant si la personne est en mesure d'effectuer ses traitements elle-même ou avec l'aide d'un proche ou d'un non-professionnel en mesure de faire les manœuvres techniques et d'offrir la surveillance (MSSS, 2015). Elle contribue aussi, avec l'appui de la personne et de ses proches, à l'organisation du continuum de services qui sera soutenu par l'équipe interdisciplinaire (p. ex., néphrologue, intervenant en soins infirmiers [IPS d'autres spécialités, infirmière clinicienne, infirmière], nutritionniste clinique, pharmacien hospitalier et communautaire, travailleur social et psychologue). L'IRCT nécessite un suivi à long terme. Parfois, le partenariat durera toute la vie, incluant les soins palliatifs et les soins de fin de vie.

Les personnes âgées et leurs proches doivent recevoir l'information nécessaire pour les aider à prendre des décisions éclairées et personnalisées quant aux possibilités de traitement, qui comprennent les thérapies de suppléance rénale (hémodialyse, dialyse péritonéale, thérapie continue de suppléance rénale et greffe rénale), la cessation des traitements de suppléance et la gestion médicale des symptômes sans dialyse (traitement conservateur). Les soins palliatifs néphrologiques traitent plus particulièrement le stress et le fardeau de l'IRC et s'attardent sur la gestion des symptômes (p. ex., prurit, insomnie, nausées, crampes musculaires, fatigue, anorexie, douleur chronique) ainsi que sur le soutien et la planification préalable des soins pour optimiser la qualité de vie des patients et de leurs proches.

Il est nécessaire d'intégrer les principes des soins palliatifs pour faire face aux conséquences

multidimensionnelles de l'IRC sur les personnes âgées. À l'heure actuelle, l'accès aux soins palliatifs néphrologiques fait défaut, qu'ils soient offerts par des professionnels qualifiés en néphrologie ou par des cliniciens en soins palliatifs. Ces obstacles incluent des lacunes dans la formation des professionnels, des politiques limitant l'accès aux services de soins palliatifs ambulatoires et l'idée fautive que les soins palliatifs sont synonymes de soins de fin de vie.

Les IPS dans le domaine de la néphrologie, même si elles ne sont pas des spécialistes des soins palliatifs, sont dans une position unique pour contribuer au corpus des connaissances et orienter les soins et les interventions liées aux soins palliatifs et à la fin de vie des populations âgées atteintes de maladies rénales chroniques avancées (IRC ou IRA non résolue) (Collins et Small, 2019).

### Pratique non clinique des IPSSA dans le domaine de la néphrologie

La majeure partie de la pratique de l'IPS est une pratique clinique en soins directs à la clientèle (environ 75 % de son temps). Elle partage le reste de son temps entre les diverses activités d'accompagnement des infirmières dans l'élaboration de leur rôle (p. ex., approche à la famille), la collaboration à la formation de futures IPS par l'enseignement universitaire, la supervision de stage et la participation à des projets de recherche touchant sa pratique et celle de son équipe. De plus, par ses connaissances et son leadership intraprofessionnel et interprofessionnel, elle collabore activement à l'amélioration continue des programmes de néphrologie et de transplantation dans les organisations de soins. Par exemple, l'IPS peut créer des formations adaptées, ancrées dans les théories de l'apprentissage, préparées en collaboration avec des patients partenaires et d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire. De plus, elle peut participer au rayonnement et au leadership des soins infirmiers néphrologiques en siégeant à divers comités scientifiques ou comités d'experts. En somme, elle joue un rôle varié, multidimensionnel et stimulant.

Par une pratique interdisciplinaire fructueuse, l'IPS dans le domaine de la néphrologie du Québec contribue à une meilleure accessibilité aux soins et aux services, à l'amélioration de la qualité des soins, à la continuité des soins optimaux pour les personnes âgées, à l'amélioration de leur santé et à une meilleure qualité de vie pour eux

et leurs proches. Par la même occasion, ce rôle infirmier permet l'émancipation de la profession d'infirmière et contribue au fonctionnement efficient du système de santé. Soulignons que les soins infirmiers avancés uniques et personnalisés que les infirmières praticiennes spécialisées en soins aux adultes (IPSSA) offrent aux personnes âgées atteintes d'IRC sont très différents de ceux offerts aux jeunes. La coexistence et l'interrelation entre les changements biologiques du vieillissement, les facteurs psychosociaux et de multiples maladies chroniques contribuent à cette différence. Ce contexte rend la pratique infirmière très stimulante, y compris celle des IPSSA dans le domaine de la néphrologie!



## Chantal Fortin

Chantal Fortin est infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA) au service de transplantation rénale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont depuis 2005. Elle détient un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) ainsi qu'une certification canadienne en néphrologie. Ses intérêts cliniques portent principalement sur l'éducation des patients et sur l'admissibilité à une transplantation en situation de fragilité. Ses recherches sont axées sur le rôle d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et sur le consentement aux soins. Elle est professeure IPS associée à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ainsi que tutrice de physiopathologie à la Faculté de médecine. En 2016, elle a remporté un prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, catégorie leadership, pour sa contribution à la reconnaissance des IPS.

## NOTE

1. Le Québec est exclu de toutes les statistiques canadiennes en raison d'une sous-déclaration des données dans les dernières années.

## RÉFÉRENCES

Chapados, C. (2006). Implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie au Québec. *Échange de l'AFIDTN*, 75, 6-9.

Collins, C.M. et Small, S.P. (2019). The nurse practitioner role is ideally suited for palliative care practice: A qualitative descriptive study. *Can Oncol Nurs J*, 29(1), 4-9.

Cronin, S.C. et Mathers, T.R. (2008). Care of the Older Adult with Chronic Kidney Disease. Dans Counts, C.S. (dir.), *Core Curriculum for Nephrology Nursing* (5e éd., p. 931-66). New Jersey : American Nephrology Nurses Association.

Faheemuddin, A.A. (2018). Kidney Disease in Elderly: Importance of collaboration between Geriatrics and Nephrology. *Aging Dis*, 9(4), 745-7.

Hain, D.J. (2017). Older adults with Chronic Kidney Disease. Dans Bodin, S.M. (dir.), *Contemporary Nephrology Nursing* (3e éd., p. 597-624). New Jersey : American Nephrology Nurses Association.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2018). *Statistiques annuelles sur les transplantations d'organes au Canada. Dialyse, transplantation et don d'organes, 2008 à 2017*. Repéré à [www.cihi.ca/sites/default/files/document/snapshot-corr-2018-fr.pdf](http://www.cihi.ca/sites/default/files/document/snapshot-corr-2018-fr.pdf).

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2018). *Le bilan démographique du Québec*. Repéré à [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). Orientations ministérielles pour les personnes atteintes de maladies rénales. *Paramètres d'organisation des services pour les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-928-01.pdf>.

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

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2006b). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie*. Montréal.

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes. Lignes directrices*. Mise à jour juillet 2019. Montréal.

Taku, G., Hidenori, N., Mariko, O., Toshiyuki, H. et Tetsuro, F. (2018). The Intervention by Nurse Practitioners Prevents Kidney Disease Progression in Patients with Chronic Kidney Disease. *Nephrol Dial Transpl*, 33(suppl. 1), p. i615.

# L'expérience d'une IPS en soins de première ligne en contexte de groupe de médecine familiale

**Rébecca Thibeault, IPSPL**

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) qui travaille en groupe de médecine familiale (GMF) est de plus en plus connue des travailleurs de la santé et du public en général. Mais savons-nous en quoi consistent son champ de pratique et son quotidien? Peut-elle intervenir dans les dossiers des usagers présentant de multiples pathologies et des critères de vulnérabilité croissants? C'est ce que nous allons essayer de clarifier dans les lignes qui suivent.

Les IPSPL ont fait leur apparition dans le système de santé québécois en 2009. Selon l'inscription au tableau des membres de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2018), elles sont maintenant 405 à travailler en première ligne dans divers milieux. Afin de dispenser des soins de première ligne à la population, la majorité d'entre elles sont réparties dans les GMF, les unités de médecine familiale (UMF), les groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U), les groupes de médecine familiale-réseau (GMF-R, communément appelés les super-cliniques) et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Afin de mieux comprendre le rôle de l'IPS dans ces milieux de première ligne, il est utile de connaître l'historique de ce type de clinique, leurs caractéristiques, ainsi que le type de services que la population, y compris les personnes âgées, peut y recevoir. Selon Plourde (2017, p. 1 MSSS), le ministère de la Santé et des Services sociaux a créé les GMF en 2002 à la suite de la publication du rapport de la commission Clair qui recommandait : « le passage vers une première ligne structurée autour des GMF » plutôt que vers les CLSC. C'est ainsi que, progressivement, d'autres professionnels de la santé que des médecins en sont venus à travailler au sein des cliniques qui regroupaient exclusivement des médecins jusqu'alors. Depuis 2002, l'offre de service des GMF s'est diversifiée, et de nouveaux types de cliniques ont vu le jour. Parmi les travailleurs de la santé, il existe une certaine confusion face aux différentes appellations et aux différentes offres de services qui s'y rattachent. Pour dissiper

cette confusion, voici une brève présentation des différentes cliniques de première ligne au Québec, selon le MSSS (2017a) :

- GMF : GMF qui travaille en collaboration avec d'autres professionnels de la santé faisant l'objet d'un prêt de personnel en provenance du CLSC. Il offre des services à toutes clientèles inscrites auprès d'un des médecins membres de la clinique. Ouvert 68 h par semaine, le GMF doit couvrir des heures vulnérables comme le soir et la fin de semaine.
- GMF-U : GMF qui offre une formation universitaire aux résidents en médecine de famille ainsi qu'à des stagiaires de différentes disciplines. La population inscrite auprès d'un médecin membre de la clinique y reçoit les mêmes services que dans les GMF. L'IPSPL qui y travaille est donc amenée à superviser des résidents en médecine à l'occasion. Ouvert 68 h par semaine, le GMF-U doit couvrir des heures vulnérables comme le soir et la fin de semaine.
- GMF-R : GMF qui offre des services de première ligne accrus pour les besoins semi-urgents et urgents simples. Les services sont les mêmes que ceux d'un GMF, mais comprennent aussi des consultations aux usagers sans médecin de famille ou dans l'incapacité de voir leur professionnel de la santé dans un autre GMF. Les heures d'ouverture sont élargies à 12 h par jour, sept jours sur sept (sauf exception), soit 84 h par semaine. Lorsque les rendez-vous pour la journée ont tous trouvé preneur, la super-clinique doit offrir des rendez-vous pour le lendemain dès trois heures avant la fermeture. À cela s'ajoutent des services de proximité publics en matière de prélèvements et d'imagerie médicale. Finalement, l'accès à des consultations spécialisées est facilité.
- CLSC : Organisme qui dessert la population de son territoire et prodigue des soins

de santé et des services courants à la population. Des soins de nature curative et préventive et des services de réadaptation et de réintégration y sont offerts.

Depuis 2017, dans ces différents milieux, la population peut donc trouver en un même lieu divers soins prodigués notamment par des infirmières cliniciennes, des nutritionnistes, des IPSPL, des travailleurs sociaux, des kinésiologues, des pharmaciens, des inhalothérapeutes ou des physiothérapeutes (MSSS, 2017b). La diversité des professionnels présents dépend des orientations prévues par la gestion médicale de chaque GMF. De façon générale, les GMF favorisent « le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre patients et cliniciens » (MSSS, 2017a, p.2). De plus, l'interdisciplinarité en GMF contribue à favoriser une meilleure circulation de l'information entre les intervenants, la fluidité des services, ainsi qu'une diminution de la récurrence des questions adressées à l'usager. Aussi, ces cliniques permettent à l'usager de recevoir la plupart de ses soins et de ses suivis dans un environnement familial et de voir toutes ses données regroupées dans un dossier unique. **Il est rassurant, pour un usager vulnérable et âgé, d'être pris en charge par une équipe complète qui dispose de tous les éléments pour favoriser son bien-être, et ce, dans le respect de ses décisions en matière de santé.** C'est exactement ce que permet l'organisation des soins et services des différents GMF.

L'IPSPL prodigue des soins à la clientèle du territoire desservi par le CLSC ou à la population inscrite auprès d'un médecin de famille. Comme le précise C. Laliberté dans la présente parution, le champ d'exercice de l'IPS est régi par un règlement et par les lignes directrices en découlant, adopté en juillet dernier par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ, 2018). Les gestionnaires du GMF peuvent privilégier l'un des deux types de suivi de clientèle. Dans le cadre du premier type de suivi, l'IPSPL prend la charge complète de la clientèle et consulte le médecin au besoin. Le deuxième type de suivi est assuré en alternance avec le médecin, ce qui signifie que le médecin et l'IPSPL établiront un ratio de visites à l'usager. Dans les deux cas, l'usager est inscrit au nom du médecin auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). L'IPSPL contribue aussi à assurer les soins médicaux lors des cliniques de dépannage rapide, qu'on appelle aussi cliniques sans rendez-vous. Le nombre de personnes pouvant

être vues à la clinique peut ainsi augmenter, de même que l'accès à un professionnel de la santé, et le nombre de consultations à l'urgence peut diminuer en conséquence. L'IPSPL peut s'occuper des personnes atteintes de maladie chronique stable ou présentant des problèmes de santé courants. Concrètement, elle s'occupe des personnes tout au long de leur vie. Elle peut donc faire le suivi des grossesses non à risque, celui du développement de l'enfant et diriger les patients vers le médecin ou un autre professionnel de la santé en cas de besoin. Elle aborde la vaccination, les recommandations en vue d'un développement optimal grâce à de saines habitudes de vie et le traitement des problèmes infectieux fréquents durant l'enfance. Pour l'adolescent et le jeune adulte, l'IPSPL est en mesure d'assurer le suivi du développement, et encore une fois, d'enseigner les bonnes habitudes de vie. Elle procède également au dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang avec ou sans symptômes, elle aborde la contraception avec les adolescentes et la leur prescrit et peut s'occuper des traitements de l'acné sans problème. En ce qui concerne les techniques invasives, elle peut installer des stérilets et procéder à certaines mini-opérations, telles que l'onycectomie ou la résection de kystes sébacés, et pratiquer des infiltrations, le tout sans supervision médicale. Dans la population adulte, elle procède aux dépistages prévus selon l'âge de l'usager, tels que la cytologie, le syndrome métabolique, les maladies chroniques et le dépistage de différents cancers, en passant par tous les petits problèmes de la vie courante, tels que les bronchites et affections apparentées, ainsi que les traumatismes, la ménopause, l'andropause, les troubles de santé mentale, etc.

Chez la personne âgée, l'IPSPL s'occupe des maladies chroniques et courantes, mais ne se limite pas à ces deux grandes notions. Elle s'informe de l'autonomie de la personne, surveille le risque de chutes et révisé la médication afin d'en évaluer la pertinence et de la rajuster, au besoin. Elle assure une certaine vigilance pour déceler les signes de négligence et de maltraitance. Enfin, elle enseigne à la personne âgée les distinctions entre le vieillissement normal et anormal.

**La clientèle qui rencontre une IPSPL au sein d'un GMF a accès à des soins médicaux, mais aussi à des soins axés sur l'expertise d'infirmière. L'amalgame entre ces deux approches apporte une perspective différente, car elle s'accompagne d'une éducation à la santé accrue et d'un accompagnement complémentaire et holistique dans la gestion des maladies chroniques et des soins de santé courants.** Ce service est rendu possible par une gestion du temps différente du

modèle médical, ce qui inclut une disponibilité accrue en raison de la prise en charge d'un moins grand nombre d'usagers et de rendez-vous souvent plus longs. Grâce à cette disponibilité, l'IPSPS peut passer davantage de temps avec l'usager lors de son rendez-vous, ce qui laisse plus de place aux discussions et aux enseignements en profondeur. Bien sûr, l'IPSPS ne travaille pas de manière isolée, seule de son côté. Des méthodes de communication sont prévues principalement avec les médecins pour discuter des cas plus complexes ou des problèmes ambigus, dans le but d'offrir les meilleurs soins possibles. Mais il s'avère important de souligner que les interventions de l'IPSPS s'inscrivent dans une perspective de partenariat avec les usagers et de collaboration interprofessionnelle (OIIQ et CMQ, 2018).

En pratique, afin d'assurer un service fluide et une prise en charge rapide aux usagers, l'IPSPS peut obtenir un rendez-vous rapidement, voire le jour même, avec l'un des médecins partenaires en vue d'un suivi médical. Ce mode de fonctionnement est plus rassurant pour les personnes âgées et évite bien souvent une consultation inutile à l'urgence. L'IPSPS peut également discuter des épisodes de soins plus complexes avec les autres professionnels de la santé afin que toute l'équipe interdisciplinaire travaille pour le bien-être de la personne âgée, conformément au niveau d'intensité des soins qu'elle désire. La personne âgée qui profite de l'accès rapide à une IPSPS en tire un sentiment de sécurité en raison de la prise en charge rapide de ses problèmes de santé.

Depuis maintenant dix ans, les IPSPS sont présentes dans les différentes cliniques et les CLSC du Québec. Cette pratique est encore jeune et, au fil des ans, elle occupera une plus grande place au sein du réseau québécois. On surveillera avec grand intérêt le déploiement de cette pratique de première ligne qui permettra d'améliorer l'accès au bon professionnel de la santé, en temps opportun, tant auprès des jeunes que des personnes âgées.



## Rébecca Thibeault

Rébecca Thibeault est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPS) depuis 2012. Son parcours professionnel l'a tout d'abord amenée à travailler quelques mois au Centre hospitalier du Sacré-Cœur de Montréal, puis elle a bifurqué vers l'urgence du Centre Christ-Roi de Nicolet où elle a été infirmière clinicienne pendant six ans. À la fin de ses études, elle est devenue IPSPS au CIUSSS-MCQ. Depuis qu'elle a participé au projet Vitrine en CHSLD en 2015, elle actualise son rôle au sein de l'équipe du groupe de médecine de famille de Nicolet et du CHSLD du Centre Christ-Roi de Nicolet.

## RÉFÉRENCES

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017a). *Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF-Réseau)*. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupe-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017b). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2018). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018. Le Québec et ses régions*. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport\\_statistique\\_2017-2018.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2017-2018.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : Lignes directrices*. Mise à jour juillet 2019. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-de-premiere-ligne>

Plourde, A. (2017). *CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*.

# Regard d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au soutien à domicile

**Manon Renière, IPSPL**

La population du Québec est de plus en plus vieillissante. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 18,5 % de la population (ISQ, 2018). De ce nombre, plusieurs sont grandement limitées dans leur capacité à recevoir des soins de santé. Il arrive fréquemment qu'elles ne puissent plus sortir de leur domicile, mais qu'elles désirent y demeurer le plus longtemps possible. Elles représentent, avec leurs proches, une clientèle vulnérable qui nécessite des soins de santé pour des problèmes chroniques et très souvent complexes. Le vieillissement de la population oblige le réseau de la santé à revoir l'offre de services auprès de cette clientèle, et entre autres les services à domicile. Près de 28 % de la population de plus de 75 ans ont déjà reçu une forme d'aide à domicile (ISQ, 2016).

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) au soutien à domicile représente un atout au sein de l'équipe de professionnelles en CLSC pour mieux répondre aux besoins de la population. La pratique médicale à domicile est peu prise en compte par les médecins généralistes, et l'IPSPL devient alors une ressource essentielle auprès de cette clientèle. Un survol du rôle de l'IPSPL à domicile sera présenté dans le présent article : son quotidien, les éléments facilitateurs à sa pratique et, parfois, les petits obstacles auxquels elle peut faire face.

Au Québec, le rôle de l'IPSPL est officiel depuis 2009. La pratique à domicile n'est pas nouvelle, mais encore peu connue. Dans notre province, en 2016, seulement 2 % des IPSPL travaillaient en soins à domicile (Duhoux, Staket-Doucet, Lachapelle, 2017). En revanche, aux États-Unis, où ce rôle est en place depuis plus de 50 ans, près de 3300 IPS y travaillent et près de 1,1 million de visites d'aînés ont été effectuées (Yao, Rose, LeBaron, Camacho, Boling, 2017). Très peu d'IPSPL pratiquent à temps complet à domicile. La majorité des infirmières praticiennes y œuvrent à mi-temps, soit d'un à deux jours par semaine. Du point de vue de l'auteure, une IPSPL qui travaille à temps plein rencontrerait entre deux et quatre patients par jour et aurait en moyenne une charge de 50 à 70 patients. Le nombre et la fréquence des visites dépendent de la vulnérabilité des patients, des soins à prodiguer et du type de partenariat avec le médecin.

L'IPSPL ne travaille pas seule, mais en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille. Ce jumelage peut prendre plusieurs formes. Il est essentiel d'établir une méthode de travail avec le médecin pour desservir efficacement la clientèle. L'IPSPL peut faire un suivi continu et autonome de l'état de santé des patients, mais il est recommandé qu'une fois par année, le médecin partenaire rencontre les personnes vulnérables dont la santé est stable. Il peut aussi y avoir un suivi conjoint où l'IPSPL et le médecin alternent les visites à domicile auprès du même patient. Lorsque le patient présente un épisode de soins aigus, le suivi peut se faire conjointement avec le médecin ou ce dernier peut prendre le suivi en charge jusqu'à ce que l'état du patient se stabilise.

Dans ses fonctions, l'IPSPL intervient principalement auprès des personnes âgées, mais elle peut aussi donner des services aux personnes jeunes qui présentent un profil gériatrique ou des déficiences physiques et intellectuelles. Des critères appuient la sélection des patients qui seront suivis à domicile. Un patient dont les déplacements en dehors du domicile s'avèrent très difficiles, voire impossibles, ou qui le mettent en danger (p. ex., usager à mobilité réduite qui demeure au troisième étage), présente le critère le plus important. Le domicile est un milieu de pratique où la demande est grandissante, et c'est pourquoi dans plusieurs CLSC, il y a une liste d'attente pour avoir accès à un médecin ou une IPSPL.

La pratique de l'IPSPL s'exerce auprès de personnes atteintes de multiples problèmes de santé. Les maladies chroniques stables comme l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'insuffisance rénale, les maladies pulmonaires chroniques, les troubles neurocognitifs et les atteintes neuromusculaires (sclérose en plaques, maladie de Parkinson), sont des pathologies que l'IPSPL côtoie au quotidien. Elle intervient régulièrement pour traiter des problèmes de santé courants comme les cystites, les exacerbations pulmonaires, les cellulites et les plaies, et elle fait le suivi des personnes atteintes de pathologies psychiatriques comme la dépression. En plus des suivis de pathologies, des interventions précoces et des traitements que nécessite cette clientèle vulnérable, elle s'assure d'une prise en charge holistique. Au quotidien, elle

a aussi un rôle de prévention et de promotion de la santé. Les lignes directrices ne lui permettent toutefois pas d'effectuer des suivis de la clientèle en soins palliatifs pour le moment, même si c'est une pratique possible pour les IPSPL en CHSLD. Des pourparlers entre le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec seraient en cours pour étendre cette pratique à domicile.

Les soins prodigués auprès des patients découlent de leur niveau d'intervention médicale (NIM). L'IPSPL doit donc discuter rapidement avec le patient et les proches lors d'une nouvelle prise en charge. Elle peut amorcer la discussion sur le NIM, mais seul le médecin peut signer le formulaire. Le niveau de soins dicte les interventions de l'IPSPL au cours des mois suivants. L'intensité de service qu'exige le patient n'en sera pas amoindrie pour autant. Les actes posés (invasifs ou non) et les examens demandés (prise de sang, examen radiologique), les consultations auprès de médecins spécialistes seront adaptés aux besoins d'un patient de niveau 1 (objectif A) par rapport à ceux d'un patient en soins de confort, de niveau 4 (objectif D). L'objectif premier consiste à maintenir le patient à domicile et à faire tout ce qui est nécessaire pour éviter des transferts à l'urgence.

Dans bien des cas, l'intervention de l'IPSPL évite de diriger la personne en externe. Pour l'instant, aucune statistique ne recense les transferts au centre hospitalier évités grâce à l'intervention de l'IPSPL. Celle-ci offre des soins facilement accessibles et peut intervenir rapidement lorsque l'état de santé de la personne le nécessite. L'IPSPL a une pratique efficiente qui favorise des économies pour le système de santé essentiellement dû à la différence de salaires entre les médecins et les IPS (Dierick-van Daele, Steuten, Metsemakers, Derckx, Spreewenbergh, et Vrijhoef, 2010).

Le travail en partenariat fait partie intégrante du rôle de l'IPSPL en soutien à domicile et encourage aussi une relation de confiance avec le médecin. Ce dernier joue un rôle de collaboration, mais aussi de soutien dans la pratique. Il est possible de discuter des patients en présentiel avec lui en situation non urgente, mais il demeure disponible par téléphone en situation plus critique à domicile et lorsque l'IPSPL atteint les limites de son champ d'exercice. La durée et la fréquence des rencontres entre l'IPSPL et le médecin dépendent de leur partenariat. Plusieurs facteurs expliquent ces différences, y compris l'autonomie professionnelle de l'IPSPL, le lien de confiance avec le médecin et ses années d'expérience à titre d'IPS et d'infirmière clinicienne. Les IPSPL novices feront

des rencontres plus fréquentes, soit, deux à trois fois par semaine, alors qu'une IPSPL sénior peut demander une rencontre toutes les semaines, voire toutes les deux semaines.

En CLSC, les intervenants aux soins à domicile s'acquittent tous de rôles très importants dans le quotidien des patients. En plus de travailler en étroite collaboration avec les infirmières et les autres membres de l'équipe des soins infirmiers, les infirmières auxiliaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS), il est essentiel de travailler en interdisciplinarité avec les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les nutritionnistes et les travailleurs sociaux. Il arrive presque quotidiennement de faire appel à un membre de l'équipe pour mieux répondre aux besoins des usagers. Tous ces intervenants assurent une prestation de soins sécuritaire de très grande qualité. Occasionnellement, l'IPSPL est invitée à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII), lorsque la situation présente des particularités et des défis pour les intervenants œuvrant auprès d'un patient aux problèmes de santé particuliers. L'expertise de l'IPSPL permet parfois de mieux comprendre les situations complexes, car elle peut apporter la vision d'une infirmière de pratique avancée et de la situation médicale.

Dans le cadre de son rôle, l'IPSPL ne doit pas négliger la contribution des pharmaciens communautaires, qui s'avèrent des atouts essentiels lors de questionnements concernant la médication ou les contre-indications et lors de la déprescription. Puisque la clientèle âgée présente souvent une polypharmacie, il devient primordial de réviser la médication régulièrement (Ouellet et Sirois, 2018). Dans le même ordre d'idées, il est crucial de porter une attention toute particulière à la collaboration possible avec les proches aidants. Ceux-ci ont une expertise souvent hors du commun, qu'il est essentiel de reconnaître dans le cadre de la prestation des soins au quotidien. En effet, les proches aidants représentent une aide précieuse pour le maintien à domicile et contribuent à améliorer la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie. L'infirmière praticienne doit d'ailleurs se préoccuper des proches aidants, car s'ils sont malades ou épuisés, le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie peut s'en trouver compromis.

L'enseignement est aussi un élément central du rôle de l'IPSPL. Très souvent, des patients très âgés ou atteints de troubles neurocognitifs ont besoin d'adapter leur rythme et leurs limites d'apprentissage. Il n'est pas rare que les visites à domicile s'échelonnent sur plus d'une heure.

Les rencontres familiales sont aussi fréquentes. La discussion, la négociation, la collaboration sont des termes qui représentent bien les liens que les IPSPL entretiennent avec les patients et leurs proches. Il n'y a pas de relation hiérarchique à domicile. Le patient et ses proches sont les partenaires d'une triade avec l'IPSPL. Dans cette relation de partenariat, les patients et les proches ont un réel pouvoir sur les décisions relatives à la santé, qui alimente un sentiment de reconnaissance. Par expérience, cette relation engendre une meilleure adhésion au traitement, une capacité d'autosoins et une diminution des symptômes de la maladie.

L'IPSPL à domicile doit parfois relever quelques défis. Comme son rôle est un modèle hybride entre la pratique médicale et la pratique infirmière, elle doit parfois le clarifier auprès des autres membres de l'équipe et du médecin partenaire. Très souvent, les intervenants en soutien à domicile ne savent pas s'ils doivent communiquer avec l'IPSPL, le médecin ou l'infirmière. Ils appellent parfois l'IPSPL pour obtenir un soin courant, alors que ce soin appartient aux infirmières, ou ils appellent le médecin alors que l'infirmière praticienne est présente au dossier. **L'optimisation du rôle de l'IPSPL est très « individu-dépendant » et repose sur des personnes qui croient beaucoup en sa plus-value dans une équipe. Les bons soins doivent être donnés par les bonnes personnes. En début de pratique, il est donc capital de tenir une réunion pour bien camper les rôles de chacun et démystifier le travail quotidien de l'IPSPL.**

Par l'autonomie qu'elle procure, la pratique à domicile est très intéressante, mais cette autonomie peut devenir un obstacle pour l'IPSPL en début de parcours. Il est fortement recommandé d'accumuler une ou deux années d'expérience avant de se mettre à exercer à domicile. En effet, **la clientèle est vulnérable et la présentation des pathologies chez les personnes âgées est souvent atypique. Il est essentiel d'acquérir une bonne confiance en soi à l'égard de sa pratique. Pour l'IPSPL, la principale difficulté consiste à établir une impression diagnostique à partir d'une simple anamnèse et d'une évaluation physique. Comme la clientèle est en perte d'autonomie sévère, il est difficile de demander des examens en externe pour confirmer ou infirmer une pathologie, compte tenu du niveau d'intervention médicale et des volontés individuelles. Il faut être à l'aise d'établir une impression diagnostique à partir d'une probabilité plutôt que d'une certitude.**

Par le mentorat, l'infirmière praticienne soutient aussi le perfectionnement des compétences des intervenants de son équipe. Elle prépare occasionnellement des formations sous forme de colloques ou de « formations midi » aux infirmières. Quotidiennement, elle répond aux questions des intervenants au sujet de sa propre clientèle et collabore aux prises de décision de ses collègues lors de situations de santé plus complexes. Sa pratique s'élargit lorsqu'elle supervise des stagiaires qui se destinent à la même pratique.

En conclusion, force est de constater qu'il y aura une demande grandissante pour les soins à domicile dans les prochaines années. Parallèlement, le système de santé québécois est soumis à une forte pression à cause du vieillissement de la population. L'IPSPL a l'occasion de prendre sa place dans ce domaine. Les équipes interprofessionnelles qui comptent des IPSPL améliorent l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins auprès des personnes âgées vulnérables et de leurs proches. Le développement du rôle comporte encore quelques défis, mais les IPSPL sont invitées à participer au développement de la pratique infirmière avancée à domicile.



**Manon Renière**

Manon Renière, qui est diplômée de l'Université de Montréal depuis 2011, est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). Ses études l'ont amenée à travailler à temps plein en soins à domicile au groupe de médecine de famille du CLSC Mercier-Est du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal depuis plus de huit ans. Depuis 2015, elle est infirmière praticienne spécialisée associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle se réalise de façon contractuelle au sein de cette même faculté à titre de conseillère pédagogique et de tutrice, tant pour les cours que pour les laboratoires destinés aux étudiantes IPSPL.

## RÉFÉRENCES

Dierick-van Daele, A. TM., Steuten, L. MG., Metsemakers, J. FM., Derckx, E. WCC., Spreeuwenberg, C., Vrijhoef, H.,JM., (2010). Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *British Journal of General Practice*, 60(570), e28-e35. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2801803/>

Duhoux, A., Staket-Doucet, N. et Lachapelle, K. (2017). *Conditions de pratique des infirmières praticiennes au Québec : Résultats de l'enquête 2017*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Boucherville, Québec.

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2016). *Coup d'œil sur les soins et services à domicile reçus par les aînés au Québec en 2013-2014*. Repéré à [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201605.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201605.pdf).

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2018). *Le bilan démographique du Québec — Édition 2018*. Repéré à [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf).

Ouellet, N., et Sirois, C. (2018). Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée. *Perspective infirmière*, 15(4), 52-60.

Yao, N.A., Rose, K., LeBaron, V., Camacho, F. et Boling, P. (2017). Increasing Role of Nurse Practitioners in House Call Programs. *J Am Geriatr Soc*, 65(4), 847-52.

# L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) : la nouvelle professionnelle dans les CHSLD du Québec depuis 2018

Isabelle Parisien, IPSPL

## Introduction

Le profil démographique vieillissant du Québec, conjugué à la hausse de l'espérance de vie, impose une révision de la planification des ressources et des services. Il nous presse à regarder de près les particularités d'une portion de la population qui avait été laissée pour compte. Cette situation contraste avec les attentes et revendications des nouveaux demandeurs, les baby-boomers qui, dans un proche avenir, auront besoin de services.

Pour répondre à l'ensemble des besoins de soins et de services, plusieurs professionnels se sont mobilisés dans différents établissements du réseau de la santé. Ainsi, au Québec depuis 2018, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) est la nouvelle arrivée au sein des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'ajout d'un nouveau rôle engendre naturellement plusieurs questionnements, et ce, à tous les niveaux. Le présent article a comme intention d'apporter des éléments de réponse. Pour ce faire, on y dresse un portrait du milieu de soins, de la clientèle et de la collaboration interprofessionnelle et on y démontre la contribution du rôle de l'IPSPL en CHSLD.

## La perte d'autonomie

De façon générale, la santé est tributaire des saines habitudes de vie et des contrecoups de l'environnement, des événements et de la génétique. Les vulnérabilités s'accumulent, ce qui entraîne une cascade de fragilisation. Plus l'autonomie s'effrite, plus la personne devient dépendante et plus le proche aidant ou les ressources communautaires doivent assumer la charge des soins fondamentaux. Lorsque cette charge devient trop lourde, le maintien à domicile est alors compromis pour des raisons de sécurité et de besoins à combler.

Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2015), la perte

d'autonomie se détecte par l'incapacité à accomplir :

- les activités de la vie domestique (AVD) : utiliser le téléphone, préparer les repas, prendre ses médicaments, gérer ses finances, faire son ménage et utiliser les transports.
- les activités de la vie quotidienne (AVQ) : prendre soin de soi, participer à la vie sociale et assurer ses soins personnels, c'est-à-dire faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se rendre aux toilettes et se déplacer.

La condition de santé à l'origine de cette perte d'autonomie est une atteinte physique (p. ex., obésité morbide, sclérose en plaques) ou cognitive (p. ex., maladie d'Alzheimer, atteinte neurovasculaire). Dans le processus d'orientation vers un centre d'hébergement, qui est un milieu de vie substitut, il faut identifier et mesurer les répercussions fonctionnelles engendrées par les déficits physiques et cognitifs. Alors, les divers professionnels au dossier contribuent à évaluer ces impacts fonctionnels. En font partie l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), l'infirmière clinicienne, l'infirmière technicienne, l'ergothérapeute, la physiothérapeute, la travailleuse sociale, le médecin de famille ou encore les spécialistes. L'information est ensuite colligée dans l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui établit le profil d'autonomie Iso-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) utilisé pour orienter la personne vers une ressource d'hébergement répondant à ses besoins.

## Les milieux d'hébergement au Québec

Il existe deux types d'établissements d'hébergement de longue durée au Québec.

### 1) Les ressources intermédiaires (RI)

Les RI ont été mises sur pied au début de 2010 afin de fournir un hébergement temporaire (en vue d'un retour dans le milieu de vie naturel en moins de deux ans) ou permanent à la personne en perte d'autonomie fonctionnelle légère à modérée (Iso-SMAF de 6 à 9) dont la charge de soins est inférieure à trois heures par jour (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2012; Hébert et al., 2003; RAMQ, 2019a). Par le passé, ces services étaient assurés par les CHSLD.

Les RI sont des ressources privées affiliées à un établissement du réseau public. Elles obtiennent des soins infirmiers et sociaux provenant des services de soutien à domicile (SAD) de leur centre local de services communautaires (CLSC). De plus, les SAD assurent la qualité des soins à laquelle contribue l'IPSP (voir l'article de M. Renière dans la présente parution).

### 2) Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Les établissements publics et privés conventionnés de type CHSLD sont régis par les mêmes règles relatives au permis d'opération, à la qualité des soins et services et au cadre administratif (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2012; RAMQ, 2019b).

D'autres types d'hébergement privés et non conventionnés ou dotés d'une entente d'achat et de services reçoivent également des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle dont le profil correspond généralement à un Iso-SMAF de 10 et plus (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2012).

## Le profil de la clientèle admise en CHSLD

Le profil des résidents s'est alourdi en CHSLD. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2014, p.2) a dressé un portrait des résidents

en CHSLD, d'après des statistiques de 2011-2012 :

- « (...) 41 % des personnes hébergées étaient âgées de plus de 85 ans;
- les deux tiers des personnes âgées hébergées souffr[ai]ent de multipathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santé;
- quelque 80 % des personnes âgées hébergées présent[ai]ent des pertes cognitives et 60 % des troubles cognitifs;
- 20 % souffr[ai]ent de troubles mentaux et présent[ai]ent des problèmes importants de comportement;
- chaque année, plus de 18 % de la clientèle hébergée [requéraient] des soins de fin de vie;
- environ 11 % de la clientèle des CHSLD [étaient] âgés de moins de 65 ans et [présentaient] des déficiences physiques, des déficiences intellectuelles, des maladies dégénératives ou des problèmes de santé mentale;
- des personnes en évaluation, en transition et en répit s'ajout[ai]ent à la clientèle de certains centres. »

## Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

D'après le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (MSSS, 2018a), la majorité des personnes admises en CHSLD, soit de 70 % à 80 %, présentent un trouble neurocognitif. Des SCPD accompagnent souvent cette condition de TNC, ce qui représente un défi supplémentaire dans la gestion des soins au quotidien. L'ensemble des intervenants doit se mobiliser pour déterminer la cause de ces SCPD et ainsi tenter de rétablir le bien-être de la personne. Les données probantes (INESSS, 2017; Lang et al., 2015; MSSS, 2014) ont démontré que, dans la majorité des cas, la médication (p. ex., les antipsychotiques) n'est pas une solution appropriée (p. ex., lors d'errance, de cris, d'une résistance aux soins) et n'est pas sans risque (p. ex., risque accru de chutes, d'accident vasculaire cérébral, de mortalité). Lorsque les stratégies, bio-psycho-sociales et environnementales (non pharmacologiques)

et parfois pharmacologiques dans certaines situations cliniques précises, s'avèrent inefficaces, l'équipe traitante fait appel aux compétences d'autres professionnels, tels que l'éducatrice spécialisée, l'équipe de consultants en SCPD de deuxième ligne du CISSS/CIUSSS, le gériatre, le psychiatre ou le gérontopsychiatre.

## L'aptitude : la capacité de prendre des décisions

Dans le contexte des TNC et dans toute autre condition clinique pouvant altérer la capacité de décider par soi-même, la question de l'aptitude se pose. Ce sujet peut être réévalué au fur et à mesure de l'évolution de la personne atteinte. Cette démarche, fondée sur des principes juridiques, cliniques et éthiques, vise à reconnaître les droits de la personne (droit à l'intégrité et droit à l'autonomie) à la protéger contre la maltraitance et à s'assurer que les décisions prises sont éclairées, dans le meilleur intérêt et le respect des volontés (Azuelos, 2019; Geneau, 2005). La notion d'aptitude fait référence à la capacité à gérer ses biens, à prendre soin de soi, à consentir aux soins, à signer un testament, etc. Advenant une inaptitude établie pour l'un ou l'autre de ces aspects, il est important de déterminer qui est le représentant légal. En l'absence d'une personne désignée ou d'un membre de la famille, le curateur public assure cette protection et cette représentation (Azuelos, 2019; Geneau, 2005). La plupart du temps, l'inaptitude à gérer ses biens est déjà établie à l'admission en CHSLD contrairement à l'aptitude clinique à consentir aux soins (p. ex., l'hébergement, les prélèvements, les examens, les traitements, les interventions de nature médicale, etc.) ou encore l'inaptitude clinique générale (aux biens et à la personne) qui n'est pas toujours clairement stipulée (Azuelos, 2019). Alors pour plusieurs motifs, qui doivent être précisés, la demande de statuer à ce sujet pourrait être requise. Procéder à son évaluation exige une démarche clinique interprofessionnelle (Azuelos, 2019; Guay, 2004). La personne confirme son aptitude par quatre habiletés cognitives : comprendre l'information (critères de la Nouvelle-Écosse), apprécier l'information en la personnalisant, raisonner l'information (processus décisionnel) et exprimer son choix (Appelbaum, 2007; Azuelos, 2019; Guay, 2004). Les membres de l'équipe interdisciplinaire, qui incluent la travailleuse sociale, l'ergothérapeute, la physiothérapeute, l'infirmière et l'IPS, contribuent à repérer les situations où le patient démontre des lacunes dans le processus d'analyse décisionnelle. Plusieurs outils, tels que les critères de la Nouvelle-Écosse, l'examen de Folstein ou le

MoCA, enrichissent l'évaluation et permettent de relever des écarts (Appelbaum, 2007; Beaulieu et Philips-Nootens, 2014; Guay, 2004). Au terme d'un processus réflexif et critique pour apprécier la situation, la détermination de l'inaptitude clinique est constituée de quatre composantes : causale (le diagnostic en cause), fonctionnelle (sommaire des capacités et incapacités), systémique (déficits de l'environnement évalués par la travailleuse sociale) et décisionnelle (autonomie ou protection) (Azuelos, 2019; Beaulieu et Philips-Nootens, 2014). Le médecin finalisera cette évaluation médicale et psychosociale avec la travailleuse sociale et, le cas échéant, précisera les causes de l'inaptitude partielle ou totale (Guay, 2004).

## Les niveaux de soins et la réanimation cardiorespiratoire (RCR)

Le formulaire de niveaux de soins et de RCR contient les volontés de la personne, ou de son représentant en cas d'inaptitude, à l'égard de l'intensité des soins à administrer selon les circonstances (INESSS, 2016). Une directive médicale anticipée (DMA) qui fait déjà partie du dossier devra orienter la décision du représentant en cas d'inaptitude (INESSS, 2016). Les niveaux de soins se divisent en deux catégories : prolonger la vie (niveaux A et B) ou assurer le confort (niveaux C et D). Compte tenu de l'état de la personne, l'IPSPL peut aborder ce sujet sensible et délicat au moment propice, idéalement après avoir établi une relation de confiance avec la personne et ses proches. En attendant la discussion finale avec le médecin, cette discussion favorise le cheminement dans le contexte des soins en CHSLD où la fin de vie se prépare. Cette orientation des soins sera abordée à différents moments, y compris lors de la rencontre après l'admission, lors de l'examen médical périodique et lors de toute dégradation de l'état de santé. À tout moment, le choix peut être reconsidéré. Toutefois, il incombe au médecin de terminer la discussion et de déterminer le niveau de soins et la RCR (OIIQ et CMQ, 2018).

## La complexité de la clientèle en CHSLD

La clientèle en CHSLD s'est diversifiée avec le temps. Les services à cette clientèle ne se limitent plus aux soins de base et de confort (MSSS, 2018a). En effet, la clientèle est hétérogène et les soins sont complexes. Les personnes sont très âgées, fragiles, difficiles à évaluer compte tenu de la diminution de leurs capacités à

communiquer, de leurs pertes de mémoire, de leurs comorbidités et de l'accumulation de multiples pathologies. L'administration de plusieurs médicaments pour traiter les multipathologies et la cascade médicamenteuse pour contrer les effets secondaires augmentent de façon significative la surveillance et l'acuité des soins. **De plus, la fragilité des personnes en CHSLD constitue un état de vulnérabilité accrue qui les prédispose à une détérioration de leurs capacités cognitives et physiques de façon subite, rapide, imprévisible et atypique pouvant engendrer une perte de qualité de vie, une perte d'autonomie, une hospitalisation et même le décès** (AT et al., 2015; Fried, Walston et Ferrucci, 2009; Panza et al., 2018; Rookwood et al., 2005). Certains soins, considérés comme spécialisés et administrés en centre hospitalier, sont maintenant transférés en CHSLD. Les soins à la clientèle sous ventilation assistée en sont un bon exemple. Les dispensateurs de soins doivent posséder des connaissances et des compétences diversifiées dans les domaines des soins liés à la gérontologie, à la gériatrie, à la psychiatrie, à la neurologie, à l'oncologie, à la dermatologie, aux maladies chroniques en phase avancée et parfois terminale, à la gestion de la douleur et aux soins de fin de vie.

## L'origine du rôle de l'IPSPL en CHSLD au Québec

Le rôle de l'IPSPL en CHSLD, intitulé Nurse Practitioner (NP) in Long Term Care settings dans le reste du Canada, est d'abord apparu dans les années 1960 en Ontario (Donald et Martin-Misener, 2011; Kilpatrick, Hains, Tchouaket et Jabbour, 2017a), car il pouvait répondre à plusieurs lacunes du système de santé (Donald et Martin-Misener, 2011; Kilpatrick et al., 2017a; Naylor et al., 2015). Au Québec, la nécessité d'augmenter l'offre de services par l'ajout d'un nouveau rôle professionnel au sein des CHSLD a été stimulée par plusieurs constats, dont :

- les difficultés du réseau à répondre aux besoins croissants et aux problèmes de santé complexes de la clientèle;
- le taux élevé de transferts vers l'urgence;
- les hospitalisations nombreuses attribuables aux maladies chroniques (Kilpatrick et al., 2017a; MSSS, 2018a).

En 2013, le MSSS a tenu des tables rondes pour mesurer la pertinence du rôle de l'IPSPL en CHSLD, au terme duquel un « projet Vitrine » a vu le jour en 2015, pour se terminer en 2017. Ce projet, élaboré en collaboration avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), était conçu pour évaluer la contribution et l'intégration de l'IPSPL dans ce nouveau milieu de pratique, pour les besoins suivants (Kilpatrick, Hains, Tchouaket et Jabbour, 2017b, p. 5) :

- « comprendre les défis d'implantation de ces nouveaux rôles;
- identifier les facteurs (ex : réglementation, formation, etc.) qui freinent le déploiement optimal des rôles de l'IPSPL en CHSLD;
- identifier comment les IPSPL influencent la qualité des soins;
- transférer les apprentissages aux intervenants et décideurs;
- recommander aux instances concernées les changements à apporter à la réglementation et à la formation d'IPSPL. »

Pour ce projet, six IPSPL ont été recrutées et orientées dans six CHSLD de quatre régions du Québec, soit la Capitale-Nationale, les Laurentides, la Montérégie et Montréal. Il a été suggéré que les participantes consacrent la moitié de leur temps plein en soins de longue durée, et l'autre moitié à des cliniques de groupes de médecine familiale (GMF) ou en CLSC (voir l'article de R. Thibeault dans la présente parution).

Dans le cadre du projet Vitrine, les IPSPL ou les conseillères en soins ont cumulé des données. Parallèlement, ces mêmes IPSPL et des collaborateurs de l'équipe interprofessionnelle ont participé à des entrevues semi-dirigées.

## Les résultats du projet Vitrine

(Kilpatrick et al., 2017b; Kilpatrick et al., 2019)

Le **profil démographique** tiré du projet Vitrine est représentatif de l'ensemble des CHSLD du Québec :

- Hommes : 38 % (n=197); femmes : 62 % (n=321) (au Québec : hommes : 34 % ; femmes : 66 %)
- Âge moyen : 81,9 ans, pour un groupe d'âge de 24 à 103 ans (au Québec, moyenne de 83,1 ans)
- Diagnostic principal le plus courant :
  - o Démence ou maladie d'Alzheimer : 62 % (n= 325)
  - o Maladies cardiovasculaires : 10 % (n=53)
  - o Atteintes neurologiques : 9 % (n=49)

### La différence entre les CHSLD en milieu urbain et en milieu rural

La proximité au quotidien du petit nombre d'intervenants de la santé des milieux ruraux favoriserait la solidarité et les échanges formels et informels (p. ex., aires de repas partagées) et, par conséquent, les discussions de cas, le transfert de connaissances et la cohésion au sein de l'équipe médecins-IPSPL. Les IPSPL s'y intégraient plus rapidement, d'autant plus qu'elles partageaient déjà d'autres activités professionnelles ailleurs. Ces conditions optimales de pratique leur permettaient d'exercer leur rôle dans son plein potentiel comparativement aux milieux urbains où se manifestait davantage la non-reconnaissance du rôle de l'IPSPL en CHSLD.

### Les retombées du rôle d'IPSPL en CHSLD

- Prise en charge plus rapide des besoins des résidents à l'admission et pendant le séjour (amélioration de l'accessibilité des soins);
- Suivi assidu de l'état des résidents (amélioration de la qualité des soins);
- Amélioration de la qualité de la prise de notes (dossier du patient);
- Facilitation des échanges interprofessionnels et soutien direct aux infirmières;

- Utilisation des approches non pharmacologiques et augmentation des connaissances infirmières;
- Collaboration avec les pharmaciens;
- Réduction du temps de visite du médecin (soutien au médecin);
- Facilitation de l'implication des familles.

En raison de ces conclusions positives, le Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée a été modifié en février 2018 pour y inclure, entre autres, ce nouveau milieu de pratique en CHSLD pour les IPSPL (MSSS, 2018a; OIIQ et CMQ, 2018). Les programmes de formation des IPSPL ont donc dû être révisés pour répondre aux nouveaux milieux de services (Côté, Freeman, Jean, Pollender et Bientte, 2018).

## Les activités de l'IPSPL en CHSLD

Dans ses lignes directrices de 2018, l'OIIQ balise le champ d'activités des différentes spécialités de l'IPS (voir l'article de C. Laliberté dans la présente parution). En 2019, les premières stagiaires IPSPL sont arrivées dans les CHSLD, sous la supervision des IPSPL et des médecins partenaires (voir l'article de S. Heppell dans la présente parution).

Il est entendu que, de par son rôle, l'IPSPL contribue à la qualité des soins et des services. Comme elle adopte une approche holistique, elle est consciente des effets des facteurs environnementaux sur la personne âgée. Son approche bienveillante démontre l'importance qu'elle accorde au confort, à la dignité et au bien-être. À ce sujet, l'INESSS (2018) propose un modèle qui intègre l'interaction entre trois sphères qui influencent mutuellement la qualité de l'expérience en CHSLD : la **qualité de vie, la qualité du milieu de vie et la qualité des soins et services**. Cette approche des soins est centrée sur la personne et ses proches.

Au quotidien, les activités les plus fréquentes de l'IPSPL en CHSLD sont les soins directs à la personne, c'est-à-dire l'évaluation, la gestion des maladies chroniques et ponctuelles et la communication avec le médecin partenaire, l'équipe soignante, la personne et les proches (Donald et Martin-Misener, 2011). L'IPSPL demande l'avis du médecin partenaire lorsque la situation dépasse son champ de compétence, qu'un nouveau diagnostic, autre qu'un portant

sur les maladies courantes, est envisagé ou que les symptômes sont réfractaires au traitement. De même, l'IPSPL en CHSLD peut exercer des activités médicales à visées palliatives (OIIQ et CMQ, 2018).

## Les activités d'évaluation clinique et la collaboration interprofessionnelle de l'IPSPL en CHSLD

L'IPSPL collabore, de façon autonome et complémentaire, aux évaluations cliniques requises par l'état de santé de la personne, y compris lors de maladies courantes ponctuelles, des suivis ou de la détérioration de maladies chroniques, de l'évaluation initiale d'admission et de l'évaluation médicale périodique.

Lors d'une nouvelle admission, l'IPSPL consulte et analyse plusieurs sources d'information, telles que le dossier de transfert incluant la note du médecin (CTMSP) et l'OEMC, les notes interprofessionnelles, les observations de l'équipe soignante, incluant celles de la préposée aux bénéficiaires et de l'infirmière auxiliaire, l'information obtenue auprès de la personne et de ses proches, la liste de médicaments, sans oublier le bilan comparatif des médicaments (BCM), les signes vitaux, les outils pour répertorier la douleur, les capacités cognitives ou certains comportements et, les bilans et les imageries antérieures. En complément, d'autres avis professionnels sont mis à contribution (p. ex., la nutritionniste, l'ergothérapeute, la thérapeute en réadaptation physique, la travailleuse sociale, etc.). Quant au maintien de l'autonomie, des capacités cognitives, de la qualité de vie, de la dignité humaine et des soins quotidiens, ce sont les intervenants au chevet de la personne, les préposées aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les infirmières de l'équipe soignante qui sont sollicitées. Cette proximité fait en sorte qu'ils peuvent relever tout nouveau changement dans la condition de santé. Il en est de même des proches qui s'impliquent activement aux soins de la personne âgée.

Alors, l'IPSPL est en mesure de compléter l'évaluation initiale d'admission : dresser la liste des problèmes de santé et des antécédents et, de procéder à l'anamnèse, l'examen physique et à l'évaluation de l'état de santé mentale. Il s'ensuit, une discussion avec la personne et ses proches, dans une approche holistique. Cet échange permet entre autres de constater la relation entre les proches et les liens significatifs, de valider leur perception de l'état de santé, de sonder leurs

attentes, de répondre à leurs questions, d'identifier les besoins, préoccupations, valeurs, convictions, croyances spirituelles et si les circonstances s'y prêtent, d'amorcer la discussion sur les niveaux de soins et la RCR souhaités. Dans l'esprit des soins centrés sur la personne, justement, la personne et ses proches sont avisés des résultats de l'évaluation clinique initiale et dans la suite des démarches, ils participent au processus décisionnel au sujet du plan d'interventions et du suivi requis dans le cadre d'une approche de partenariat (MSSS, 2018b).

Lorsque l'état de santé de la personne en CHSLD se détériore, l'infirmière soignante avise l'IPSPL et lui fait part de son évaluation. L'IPSPL répond aux besoins de santé identifiés par l'équipe en prévision de la visite médicale ou encore devient la première répondante lorsqu'une situation aiguë survient. Elle procède à une évaluation approfondie et, en fonction de son champ de pratique, tout en considérant les volontés de la personne, demande les investigations nécessaires et prescrit les traitements indiqués. À titre d'exemple, lorsqu'une personne âgée présente un changement de comportement, l'infirmière tentera de discerner si ce symptôme est lié au TNC dont la personne est atteinte (p. ex., SCPD) ou encore à un délirium.

La Société québécoise de gériatrie (SQG, 2011) explique que «Le délirium est un syndrome organique neuropsychiatrique fréquent d'apparition aiguë ou subaiguë, habituellement transitoire et réversible, (...)» (p.2). En effet, l'addition de facteurs prédisposants, fréquent chez la personne âgée présentant une fragilité, augmente le risque de développer un délirium suite à la survenue d'un simple facteur précipitant (Paré et Hill, 2017; SQG, 2011; Trudel et Arcand, 2007). Ce syndrome, secondaire à une condition médicale, se caractérise par une perturbation de l'état de conscience et altération de l'attention et, sont associés à un changement cognitif ou une perturbation perceptuelle dont le tableau clinique peut être hyperactif, hypoactif ou mixte (p. ex. : désorientation, désorganisation de la pensée, manifestation comportementale, etc.) (Francis, 2019; Freter et Rockwood, 2004; MSSS, 2012; SQG, 2011; Trudel et Arcand, 2007).

Alors, l'infirmière soignante complète sa démarche d'évaluation incluant l'outil de dépistage du délirium (p. ex. le 4AT) et communique ses observations à l'IPSPL. La reconnaissance précoce d'un délirium représente un défi et il l'est davantage sous la forme hypoactive. C'est la raison pour laquelle cette condition est souvent non détectée (Trudel et Arcand, 2007). Compte tenu des causes

multifactorielles possibles, l'identification de ces dernières à l'origine de la présente condition aiguë peut s'avérer encore plus ardue. Un délirium est associé à une hospitalisation et à une durée prolongée de cette hospitalisation et à un mauvais pronostic (mortalité d'environ 30%) (MSSS, 2012; SQG, 2011; Trudel et Arcand, 2007). Alors l'IPSPL procédera, avec la collaboration de l'équipe interprofessionnelle, à une évaluation approfondie (MSSS, 2012; SQG, 2011; Trudel et Arcand, 2007) :

- Psychosocial, habitudes de vie et contexte d'apparition : changement de milieu, événement marquant affectant l'état psychologique, consommation ou sevrage de drogue ou d'alcool, chirurgie récente, immobilisation, perte sensorielle, manque de sommeil, etc.
- Examen physique et mental : signes vitaux, foyer infectieux, site(s) de douleur ou douleur non soulagée, diabète débalancé, constipation et occlusion, déshydratation, atteintes cognitive, neurologique ou psychiatrique, etc.
- Révision de la liste de la médication : nouvelle médication introduite ou changement récent dans la médication, administration d'agent néfaste ou encore l'effet cumulatif des traitements (importance de la collaboration de la pharmacienne), etc.

Par la suite, l'IPSPL doit identifier et traiter la ou les causes. Pour se faire, elle analyse la situation dans sa globalité, demande les investigations appropriées et lorsque l'étiologie se confirme, prescrit le traitement requis (p. ex., un antibiotique pour traiter une infection urinaire confirmée par les analyses). Parallèlement, l'IPSPL implique l'équipe dans le suivi étroit de la condition, préconise la correction des facteurs qui aggravent un délirium et encourage les interventions favorisant le processus de récupération tels que : garder la personne orientée, stimuler ses capacités cognitives, encourager la mobilisation, corriger les déficits sensoriels (port des lunettes et des prothèses auditives), rééquilibrer le cycle sommeil-éveil par des méthodes non pharmacologiques, corriger la déshydratation, etc. (Francis, 2019; MSSS, 2012; SQG, 2011; Voyer, 2013). La résolution complète d'un épisode de délirium peut prendre de quelques semaines à plusieurs mois et malgré tout, des séquelles pourraient persister sur le plan cognitif et neurologique (Francis, 2019; SQG, 2011; Trudel et Arcand, 2007). Alors une approche préventive est à privilégier en mettant en place des stratégies non pharmacologiques

qui agissent sur les facteurs de risque modifiables et ainsi réduire l'incidence, la durée et la sévérité d'un délirium (MSSS, 2012; SQG, 2011; Trudel et Arcand, 2007; Voyer, 2013).

Tel que mentionné, le changement d'environnement est en soi un facteur pouvant déclencher un délirium. Par voie de conséquence, il est bienveillant pour la clientèle atteinte d'un TNC de recevoir, autant que possible, les soins thérapeutiques sur place au CHSLD et d'éviter les transferts aux urgences et ce, même lors d'épisodes aigus. De surcroît, en considérant leur fragilité et le risque d'exposition à d'autres infections nosocomiales en milieu hospitalier. Toutefois, selon le niveau de soins et la capacité de soulagement, l'IPSPL peut demander un transfert à l'urgence ou consulter le médecin lorsque l'état est aigu ou se détériore de façon inattendue, par exemple, lors d'une fracture de la hanche, de convulsions, etc. (voir l'article de C. Fortin dans la présente parution)

Quant au travail de collaboration avec le médecin partenaire, le type de suivi de la clientèle a été convenu lors de l'entente de partenariat. Il peut s'agir d'un suivi partagé, d'un suivi consultatif ou d'une formule hybride. Selon le type de suivi, le médecin traitant sera informé de tout changement de l'état de santé de la personne ou sera consulté ponctuellement si son expertise est nécessaire.

## Les activités de l'infirmière en pratique avancée (IPA)

Le rôle de l'IPSPL ne se limite pas à une évaluation clinique plus approfondie (voir l'article de C. Laliberté dans la présente parution). En effet, l'IPSPL met à contribution les compétences attendues de l'IPA dans toutes ses sphères d'activités (AIIC, 2019; Hamric et al., 2019). À titre d'exemple, l'activité d'enseignement, qui inclut le mentorat, contribue à l'amélioration de la qualité des soins de l'équipe soignante en CHSLD. Elle se réalise également auprès de la personne et de ses proches notamment en expliquant la maladie, ses symptômes, son évolution, les options de traitement et la réponse attendue, etc. Cette intervention permet entre autres à la personne et à ses proches, non seulement d'être au fait de la situation mais également d'être impliqués dans les soins, d'optimiser le bien-être, de favoriser la promotion de la santé, de prévenir ou réagir promptement lors de complications et d'éviter l'impression d'échec de traitements somme toute efficaces. À titre d'exemple, une diminution de la douleur neuropathique de 30 % démontre une réponse positive au traitement (MSSS, 2015). Inévitablement ces échanges et le cheminement

qui en résulte permettent de rassurer et de tisser un lien de confiance essentiel à l'établissement d'une relation thérapeutique.

**Forte de ses habiletés de communication et d'intervention familiale, la collaboration de l'IP SPL est particulièrement prisée lors de : refus de certains soins et traitements, demandes contradictoires par les divers membres de la famille, discordances entre l'état de santé et les volontés de la personne et de ses proches,** etc. Premièrement, l'IP SPL doit saisir la compréhension, la perception, les croyances de la personne et de ses proches à l'égard de la situation, les laisser exprimer leurs émotions et leurs inquiétudes. Deuxièmement, elle doit s'assurer de reconnaître leurs besoins, répondre à leurs questions, fournir les connaissances manquantes pour compléter la compréhension globale de la situation, rassurer par ses paroles et la démonstration d'une compréhension empathique. Troisièmement, dans une approche de soins palliatifs, l'IP SPL doit valider si le plan envisagé par la personne et ses proches s'harmonise avec le projet de vie de la personne en profitant, autant que possible, du temps qu'il lui reste. Alors, un plan d'intervention consensuel sera établi.

## La reconnaissance du rôle de l'IP SPL en CHSLD

Par ses interventions, l'IP SPL limite les transferts à l'urgence, les admissions à l'hôpital à cause des maladies chroniques, diminue les chutes et favorise la déprescription de médicaments dans les cas de polypharmacie très fréquents au sein de la clientèle des CHSLD (Donald et Martin-Misener, 2011; Kilpatrick et al., 2019). Ces retombées positives et les économies secondaires qu'elles entraînent, découlent de la mobilisation de l'équipe, du suivi serré, de la gestion de profil complexe de soins et du travail de collaboration et d'interdépendance interprofessionnelle.

## Les stratégies gagnantes pour faciliter l'intégration du rôle d'IP SPL en CHSLD

Le projet Vitrine mené de 2015 à 2017 (Kilpatrick et al., 2017b; Kilpatrick et al., 2019) a également permis de dégager des stratégies pour faciliter l'intégration du rôle d'IP SPL en CHSLD, dont les suivantes :

- Une à deux années d'expérience à titre d'IP SPL avant d'intégrer le rôle en CHSLD;
- Préparation et annonce du rôle de quatre à six mois avant l'entrée en fonction de l'IP SPL;
- Disponibilité du médecin partenaire et appui à la pratique de l'IP SPL;
- Autonomie décisionnelle de l'IP SPL dans son champ de pratique;
- Poste à mi-temps pour faciliter le recrutement et conserver les acquis;
- Prise en charge d'environ 60 résidents à mi-temps;
- Bureau à proximité des équipes de soins et du service de pharmacie pour faciliter la communication et le partage des connaissances;
- Intégration de l'IP SPL aux rencontres de l'équipe interprofessionnelle et aux rencontres avec les proches;
- Rencontre hebdomadaire avec le gestionnaire infirmier de l'unité et le médecin partenaire.

Ces stratégies sont semblables à l'ensemble des autres projets pancanadiens axés sur le rôle de l'IP SPL, la dynamique interprofessionnelle, la valeur ajoutée pour les services de soins de santé, la capacité de l'IP SPL à déployer son rôle ainsi qu'à l'importance des facteurs qui influent sur le processus d'implantation et les enjeux politiques et administratifs sous-jacents (AIIC, 2013; Benoit, Pilon, Lavoie et Pariseau-Legault, 2017; Brault et al., 2014; Côté et al., 2018; Donald et Martin-Misener, 2011; Donald, 2013; Kilpatrick et al., 2017b; Kilpatrick et al., 2019). Dans la perspective de promouvoir et de favoriser l'évolution du rôle de l'IP SPL en CHSLD, il est nécessaire d'une part que l'IP SPL s'approprié elle-même pleinement

son rôle et l'actualise auprès de la clientèle et au sein de l'équipe interprofessionnelle. D'autre part, il est indispensable que les administrateurs en connaissent la portée pour ensuite appuyer et soutenir le rôle de cette nouvelle professionnelle dans le système de la santé.

## Conclusion

La diversité et la complexité des conditions d'admission en CHSLD attribuables au chevauchement des multipathologies, à la polypharmacie et à la fragilité de l'état de santé exigent à la fois un large éventail de connaissances et d'expertises. À cet égard, l'avis médical d'un médecin de famille, d'un gériatre ou d'un autre spécialiste est parfois requise. Cependant, ces ressources sont rares, sinon indisponibles et inaccessibles au chevet des personnes âgées en CHSLD. Étant donné les risques associés aux transferts à l'hôpital (p. ex., délirium, exposition aux infections nosocomiales), il est essentiel de créer des corridors de services qui évitent les admissions ou les consultations à l'urgence. La télémédecine pourrait d'ailleurs représenter une option à explorer en CHSLD. Tous ces enjeux justifient la participation d'une équipe interprofessionnelle auprès de la personne et de ses proches. L'ajout de l'infirmière praticienne en soins de première ligne (IPSP) à l'équipe du CHSLD est une solution démontrée à l'optimisation des soins.

Considérant l'orientation du MSSS, l'ouverture organisationnelle, la complexité et la diversité des besoins des personnes âgées, la proximité du travail interprofessionnel, les besoins de formation continue du personnel et les innovations possibles, les CHSLD sont des milieux de soins où l'IPSP peut davantage utiliser l'ensemble de ses habiletés et de ses compétences. Grâce aux résultats probants corroborant la contribution de l'IPSP dans les CHSLD, il devient incontournable de l'y intégrer pour répondre aux défis actuels et futurs du réseau de la santé. Il reste maintenant à circonscrire ce qu'il faudra faire pour étendre, consolider et pérenniser ce rôle dans l'ensemble des CHSLD du Québec.



## Isabelle Parisien

Isabelle Parisien a obtenu son diplôme d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSP) à l'Université de Montréal en 2010. Par la suite, elle a œuvré en CLSC, aux soins courants jusqu'en 2011, puis aux soins à domicile jusqu'en 2015. Elle actualise depuis son rôle en GMF-R et en CHSLD. Elle a contribué à l'adaptation d'une Grille d'observation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et à la rédaction de la règle de soins au sujet de la Gestion de la douleur. Elle est à rédiger une règle de soins à propos de l'Évaluation de la condition physique et mentale de la clientèle en CHSLD. Elle enseigne aux IPSP et aux stagiaires en CHSLD. Isabelle Parisien a reçu le prix de la Diversité culturelle de l'Université de Montréal en 2009 et le prix Nursing du CUSM en 2010.

## RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2012). *Cadre de référence régional; mécanisme d'accès à l'hébergement, pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Révisé nov. 2013. Repéré à [www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/CDF\\_Mecanisme\\_d\\_acces\\_a\\_l\\_hebergement\\_2013.pdf](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/CDF_Mecanisme_d_acces_a_l_hebergement_2013.pdf).

Appelbaum, P.S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 357. 1834-1840.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2013). *Fiche d'information : Infirmières et infirmiers praticiens en soins de longue durée*. 5p. Repéré à [www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/fact\\_sheet\\_nurse\\_practitioners\\_2013\\_f.pdf?la=fr&hash=F15149968F6E900E0A547A09D9D735492E3F0F41](http://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/fact_sheet_nurse_practitioners_2013_f.pdf?la=fr&hash=F15149968F6E900E0A547A09D9D735492E3F0F41).

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien*. Ottawa. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>
- AT, J., Bryce, R., Prina, M., Acosta, D., Ferri, C.P., et al. (2015). Frailty and the prediction of dependence and mortality in low- and middle-income countries: a 10/66 population-based cohort study. *BioMed Central Medicine*. 13 (138). 12 p.
- Azuelos, É. (2019). *Suis-je apte à évaluer l'inaptitude? Présentation au colloque « La gériatrie à l'ère des changements » de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*, les 21 et 22 janvier 2019 au Centre Mont-Royal.
- Beaulieu, M., et Philips-Nootens, S. (2014). La détermination de l'inaptitude de la personne âgée au carrefour des disciplines : le défi du respect de l'autonomie. Dans Barreau du Québec (Ed.), *La protection des personnes vulnérables*. pp. 143-167. Montréal : Éditions Yvon Blais.
- Benoit, M., Pilon, R., Lavoie, A.-M., et Pariseau-Legault, P. (2017). Chevauchement, interdépendance ou complémentarité? La collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. *Santé publique*. 29 (5). 693-706.
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C.A., Perroux, M., et Beaulieu, M.-D. (2014). Role clarification processes for a better integration of nurse practitioners in primary healthcare teams: A multiple-case study. *Nursing Research and Practice*. Number 170514 doi:10.1155/2014/170514
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H. et Bientte, S. (2018). *Rapport final : Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne; Enjeux de collaboration interprofessionnelle, d'intégration du rôle et de sens du travail*. CIUSSS de la Capitale-Nationale. Repéré à [www.ciusss-capitalemontreal.gouv.qc.ca/les-facteurs-contributifs-loptimisation-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticienne-specialisee-en](http://www.ciusss-capitalemontreal.gouv.qc.ca/les-facteurs-contributifs-loptimisation-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticienne-specialisee-en).
- Donald, F., et Martin-Misener, R. (2011). *Understanding the individual, organizational, and system factors influencing the integration of the nurse practitioner role in long-term care settings in Canada*. Repéré à [www.ryerson.ca/apnlrc/pdf/FinalReport.pdf](http://www.ryerson.ca/apnlrc/pdf/FinalReport.pdf).
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E.E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N. & Dicenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in longterm care. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (10), 2148-2161. doi: 10.1111/jan.12140
- Francis, J. (2019). Delirium and acute confusional states : Prevention, treatment and prognosis. *UpToDate*.
- Freter, S., et Rockwood, K. (2004). Le diagnostic et la prévention du délirium chez les personnes âgées. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*. Janvier. 4-9
- Fried, LP., Walston, JD., et Ferrucci L. (2009). Frailty, dans Halter, JB., Ouslander, JG., et Tinetti, ME. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. pp. 631-645. New York : McGraw-Hill.
- Geneau, D. (2005) Évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée. *Objectif prévention*. 28 (4). 20-21.
- Guay, H. (2004). Quelles sont les responsabilités des intervenants qui réalisent les diverses évaluations en milieu de santé?. dans Barreau du Québec (Ed.). Vol. 200. *Responsabilité et mécanismes de protection*. pp. 181-236. Montréal : Éditions Yvon Blais. Repéré à [https://www.heleneguay.com/images/he\\_769\\_le\\_768\\_ne\\_quay\\_les\\_responsabilite\\_769\\_s\\_.pdf](https://www.heleneguay.com/images/he_769_le_768_ne_quay_les_responsabilite_769_s_.pdf)
- Hamric, A.B., Hanson, C.M., Tracy, M.F., et O'Grady, E.T. (2019). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. (6e Éd.) Elsevier Saunders : St. Louis, Missouri. 696 p.
- Hébert R., Desrosiers J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie*, 28 (4), 323-36.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2015). *Fiche outil. Questionnaire sur les activités fonctionnelles de PFEFFER, QAF*. Repéré à [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_FicheOutil\\_QAF.pdf?sword\\_list%5B0%5D=fiche&sword\\_list%5B1%5D=outil&sword\\_list%5B2%5D=QAF&no\\_cache=1](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QAF.pdf?sword_list%5B0%5D=fiche&sword_list%5B1%5D=outil&sword_list%5B2%5D=QAF&no_cache=1).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2016). *Les niveaux de soins : normes et standards de qualité*. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS\\_Guide\\_NiveaudeSoin.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée : revue systématique*. Repéré à [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Antipsychotiques\\_RS.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Antipsychotiques_RS.pdf).

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2018). *État des connaissances : qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie*. Repéré à [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Qualite\\_milieu\\_de\\_vie.pdf](http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf).

Kilpatrick, K., Hains, S., Tchouaket, E. et Jabbour, M. (2017a). *Implantation du rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec : Projet Vitrine*. Rapport présenté au MSSS. 27 p.

Kilpatrick, K., Hains, S., Tchouaket, E. et Jabbour, M. (2017b). *Projet Vitrine : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec*. *Journal de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec*, 10 (1), 9-10.

Kilpatrick, K., Jabbour, M., Tchouaket, E., Acorn, M., Donald, F. et Hains, S. (2019). Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams: A qualitative descriptive. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (6), 1306-15. doi.org/10.1111/jan.13962.

Lang, P.O., Dramé, M., Guignard, B., Mahhoudi, R., Payot, I., Latour, J., ... Boland, B. (2015). Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 15 (90), 323-36. Repéré à [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483015001373?via%3Dihub](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483015001373?via%3Dihub)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. État cognitif. Délirium*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000527/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-947-04W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018a). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018b). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Repéré à <https://publications.msss.gouv>

[qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf](http://qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf)

Naylor, D., Fraser, N., Girard, F., Jenkins, T., Mintz, J., et Power, C. (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada - Rapport du Groupe consultative sur l'innovation des soins de santé*. Santé Canada. Repéré à <http://healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2014). *Mémoire. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Repéré à [www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401\\_memoire-chsld.pdf](http://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401_memoire-chsld.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne - Lignes directrices*. Repéré à [www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSP-Web.pdf/e6877f7b-ab24-e4f1-3003-3dc6d738a410](http://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSP-Web.pdf/e6877f7b-ab24-e4f1-3003-3dc6d738a410)

Panza, F., Lozuponeb, M., Solfrizzid, V., Sardonee, R., Dibellof, V., et al. (2018). Different Cognitive Frailty Models and Health- and Cognitive-related Outcomes in Older Age: From Epidemiology to Prevention. *Journal of Alzheimer's Disease*, 62. 993-1012.

Paré, C., et Hill, J. (2017). *Gestion des antipsychotiques dans le traitement du délirium en UCDG*. 2<sup>e</sup> édition : RUSHGQ. Annexe 6 du Guide de gestion médicamenteuse en UCDG. 6p.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).(2019a). *Hébergement en ressource intermédiaire*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/hebergement-ressource-intermediaire.aspx>

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).(2019b). *Hébergement en établissement public*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/hebergement-etablissement-public.aspx>

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173 (5), 489-95.

Société Québécoise de Gériatrie (SQG). (2011). *Prise de position de la SQG sur la prise en charge du délirium*.

Trudel, J-F., et Arcand, M. (2008). Chapitre 13 : Délirium. Dans M. Arcand et R. Hébert (2008). *Précis pratique de gériatrie*, (2<sup>e</sup> Éd.), pp.215-226. Paris : Maloine.

Voyer, P. (dir.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, (2<sup>e</sup> Éd.). Saint-Laurent, Québec: Pearson ERPI.

# Le développement du rôle de l'IPS : Un défi stimulant pour la gestionnaire!

Carole Dagenais, M. Sc. inf. et Isabelle Besner-Leduc, M. Sc. inf.

Le gouvernement du Québec s'est engagé à offrir à la population québécoise, en 2025, les services de 2000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS), toutes spécialités confondues (MSSS, 2017a). Dans l'optique d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2017b) en a fait une de ses priorités. Sachant qu'environ 500 IPS sont en poste à ce jour, le défi est de taille pour les organisations de santé (MSSS, 2019a).

Afin d'assurer le perfectionnement professionnel infirmier et la pratique clinique optimale des IPS, il a été décidé de les placer sous la responsabilité hiérarchique de la direction des soins infirmiers (DSI) des établissements (MSSS, 2019a). En ce sens, le MSSS rappelle la recommandation de Contandriopoulos et al. (2015) de désigner une personne porteuse du dossier IPS. Plusieurs organisations ont ainsi choisi de nommer une gestionnaire relevant de la DSI, responsable de coordonner les activités découlant de l'intégration des IPS au sein de son établissement.

Qu'en est-il de ce mandat confié aux DSI et du rôle de cette gestionnaire? La réponse fait l'objet du présent article. Dans un premier temps, les obligations légales, les normes professionnelles et les orientations ministérielles seront résumées. Les responsabilités particulières de la gestionnaire dans l'opérationnalisation des activités liées à l'offre de services des IPS seront ensuite présentées.

D'entrée de jeu et tel que les articles précédents le soulignent, il importe de rappeler l'apport considérable des IPS auprès des personnes âgées tout au long de leur trajectoire de vie. En effet, les services rendus tant en promotion et en prévention qu'en suivis cliniques de première, deuxième et troisième lignes permettent à cette clientèle souvent vulnérable de bénéficier d'une expertise professionnelle infirmière spécialisée, notamment en maladies chroniques. De nouveaux programmes de formation IPS jumelés à des activités de déploiement des services IPS en soins à domicile, en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en santé mentale et dans les différents domaines des soins aux adultes en milieu hospitalier, favoriseront l'accès à une offre de services interprofessionnels renouvelée pour cette clientèle.

## Normes juridiques, professionnelles et déontologiques encadrant la pratique de l'IPS

Les obligations légales de la DSI sont balisées dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS)* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII)*. Un pouvoir de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'établissement lui est ainsi accordé.

En vertu de l'encadrement propre à la pratique de l'IPS, la DSI remplit également un devoir de collaboration avec le chef de département clinique pour la surveillance des activités médicales. Cette surveillance s'exerce à l'égard des IPS de la même façon qu'à l'égard des médecins. En ce sens, un des pouvoirs attribués à la DSI concerne la possibilité de limiter ou de suspendre l'exercice d'une ou de plusieurs activités médicales de l'IPS, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels (DSP).

Une collaboration étroite entre la DSI et la DSP est donc de première importance pour le déploiement optimal des IPS au sein de l'établissement.

Enfin, notons que la DSI doit tenir et mettre à jour un registre des IPS qui exercent dans l'établissement.

Découlant du cadre légal, des règlements relevant des compétences respectives de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), du Collège des médecins du Québec (CMQ) et du gouvernement servent de jalons à la pratique des IPS. Ils concernent notamment :

- les cinq classes de spécialités IPS (OIIQ);
- les normes d'équivalence de diplôme ou de formation aux fins de délivrance d'un certificat de spécialiste IPS (OIIQ);
- les stages et cours de perfectionnement requis par une IPS (OIIQ);
- les activités médicales que peuvent exercer les IPS (CMQ);

- les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés donnant droit aux permis et certificats de spécialistes des ordres professionnels (gouvernement).

En appui à ce cadre règlementaire, des lignes directrices (OIIQ et CMQ, 2019a,b,c,d,e) émises conjointement par les deux ordres professionnels définissent les modalités de pratique de l'IPS dans chaque spécialité.

Enfin, les *Codes de déontologie* des infirmières et des médecins dictent les devoirs et obligations de ces professionnels tant sur le plan individuel que de la collaboration entre praticiens.

Des échanges continus entre la DSI et les deux ordres professionnels demeurent essentiels à la juste interprétation des conditions d'exercice et des responsabilités des IPS au quotidien.

## Partenariat et surveillance générale exercée par le médecin partenaire auprès de l'IPS

Parmi les conditions d'exercice de l'IPS, un partenariat doit être établi avec un ou plusieurs médecins (ou avec le département ou le service clinique). Une entente de partenariat fait l'objet de cette collaboration bilatérale pour la prise en charge partagée de la clientèle. Elle recense par écrit les modalités d'exercice des activités médicales par l'IPS, les responsabilités professionnelles individuelles, les processus de communication, de prise de décisions et de gestion de la clientèle entre partenaires et les mécanismes de continuité de soins auprès de la clientèle. C'est un document évolutif que les partenaires peuvent modifier au fur et à mesure que la nature de leur collaboration progresse, notamment le modèle de suivi de la clientèle (conjoint ou consultatif).

En vertu du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, les médecins signataires de l'entente doivent exercer une surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales de l'IPS. Plusieurs moyens, qui varient au fil du temps, sont proposés : rencontres régulières, discussions de cas, révision de dossiers, évaluation des activités médicales, notamment la prescription de médicaments, d'analyses et d'examen diagnostiques.

Le modèle d'entente de partenariat présenté par l'OIIQ et le CMQ (2018) guide les partenaires dans la rédaction du document. Il est recommandé que la DSI participe aux discussions en entourant l'élaboration. La DSP et d'autres directeurs peuvent aussi être sollicités.

**La gestionnaire des IPS qui participe à cette étape du processus de partenariat y voit une occasion de s'assurer que le rôle exercé par l'IPS au sein de l'équipe médicale est conforme aux attentes.**

## Détermination des effectifs IPS et plan d'action

En 2017, compte tenu des besoins populationnels et de la trajectoire de soins des patients, toutes les DSI ont été appelées à effectuer un *exercice national d'estimation des besoins en IPS* (MSSS, 2017b). La contribution d'IPS et des principaux partenaires internes, tels que la DSP, la direction des services multidisciplinaires (DSM), les directions-clientèles et les instances professionnelles des établissements, ont alors été mises à profit. Les résultats de l'analyse des données ont permis de déterminer la répartition des 2000 postes IPS d'ici 2025 par établissement et par spécialité, laquelle a été dévoilée à l'automne 2018 (MSSS, 2018a).

Un premier plan d'action, alors soumis à la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI), prévoit les activités en lien avec le déploiement attendu et l'intégration des IPS au sein de l'établissement. En juin dernier, un *Guide de soutien pour l'implantation de la pratique d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)* (MSSS, 2019a) a été publié pour orienter les organisations. Il propose un plan d'implantation standardisé d'activités à intégrer au plan d'action actuel, qui devra être ajusté en conséquence, le cas échéant.

**Fortes d'une vision à long terme de l'intégration des IPS au sein de l'établissement, la DSI et la gestionnaire doivent poursuivre la planification rigoureuse des activités de déploiement des postes IPS octroyés, en assurer le suivi et y apporter les correctifs requis en temps opportun.**

## Balises ministérielles

Au MSSS (2019a,b,c,d), l'équipe de la DNSSI, en collaboration avec les différents partenaires, a élaboré et mis à jour des documents dans le but de faciliter le déploiement optimal des IPS. Ces documents constituent en quelque sorte un *Coffre à outils IPS*. Ils touchent notamment le rôle de l'IPS, leur intégration en milieu clinique et l'implantation de cette pratique infirmière avancée au sein des établissements.

Au plan organisationnel, les établissements sont aussi guidés dans la coordination de toutes les étapes visant l'intégration des IPS, incluant le cadre financier qui soutient le programme (MSSS, 2018b), et ce dès l'initiation du processus d'embauche.

Avec l'appui du MSSS, notamment de la DNSSI, les DSI reçoivent l'information pertinente et les directives en lien avec les activités de déploiement des postes IPS. La possibilité de partager les enjeux et de trouver des pistes de solution demeure un atout précieux pour la gestion d'un dossier d'une telle envergure.

## Rôle et responsabilités particulières de la gestionnaire des IPS

En conformité avec la mission, la vision stratégique et les valeurs de l'établissement, la gestionnaire des IPS participe avec ses collègues à l'offre de services de la direction des soins infirmiers dont elle est membre.

Au-delà des responsabilités dévolues à tout gestionnaire hiérarchique en matière de planification, d'organisation, de direction, de contrôle et de développement des ressources et activités sous sa gouverne, la cadre « porteuse du dossier IPS » est aux premières loges de l'implantation d'une pratique infirmière avancée en émergence au Québec.

Convaincue de la valeur ajoutée de l'IPS à l'offre de services à la population, la gestionnaire doit d'abord posséder une vision claire de ce rôle dans chacune des spécialités IPS. Elle met en valeur l'autonomie professionnelle des IPS, la pleine étendue de leur champ d'exercice, incluant la pratique infirmière avancée, et la reconnaissance de leur expertise auprès de la clientèle, des autres professionnels et des directions de l'organisation.

L'arrivée des IPS en milieu clinique bouleverse souvent les façons de faire, notamment pour les médecins partenaires. En effet, une nouvelle dynamique de travail s'installe au sein des équipes cliniques et administratives, commandant des adaptations (Chouinard, 2014). La confusion entourant ce nouveau rôle peut engendrer des résistances sur le plan de la collaboration attendue entre les intervenants. Le chevauchement des pratiques, communément appelées les « zones grises », a été signalé par Côté et al. (2018) comme une source de difficulté avec les médecins partenaires lorsque le rôle de l'IPSPL (infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne) est méconnu. Il en est de même avec les infirmières qui accueillent une IPSPL dans leur équipe lorsque les frontières professionnelles n'ont pas été clarifiées en amont (Chouinard, 2014). Dans le même contexte, on peut s'attendre à constater des problèmes similaires lors de l'intégration d'IPS des autres spécialités.

Tel que l'indiquent Contandriopoulos et al. (2015), trois sphères d'activités sont susceptibles de consolider les équipes qui intègrent des IPSPL : le soutien clinique de l'IPSPL, le consensus autour d'un modèle de pratique entériné par l'équipe et la mise en œuvre de conditions valorisant une pratique interdisciplinaire performante.

En ce sens, le MSSS (2019a) insiste sur l'importance de s'approprier le rôle d'IPS : « La promotion du rôle des IPS constitue indéniablement la pierre angulaire de la réussite de l'intégration de ces professionnels au sein des équipes de soins et des organisations de santé » (p. 24).

Préoccupée par la satisfaction personnelle et professionnelle des membres de l'équipe, la gestionnaire doit viser à ce que leur environnement de travail contribue à leur mieux-être et au développement de leurs compétences. Les défis sont nombreux à ce chapitre, mais l'objectif doit demeurer le même. L'ancrage dans les milieux cliniques est essentiel.

L'adhésion de la gouvernance médicale et organisationnelle, jumelée à une compréhension commune du rôle de l'IPS, devient donc une condition sine qua non au succès du déploiement de ces professionnelles au sein des équipes.

Afin de dégager les principales responsabilités propres à la gestionnaire des IPS, les différentes étapes de la trajectoire universitaire-clinique de l'IPS en milieu de pratique, schématisée à la figure 1, clarifient les enjeux.

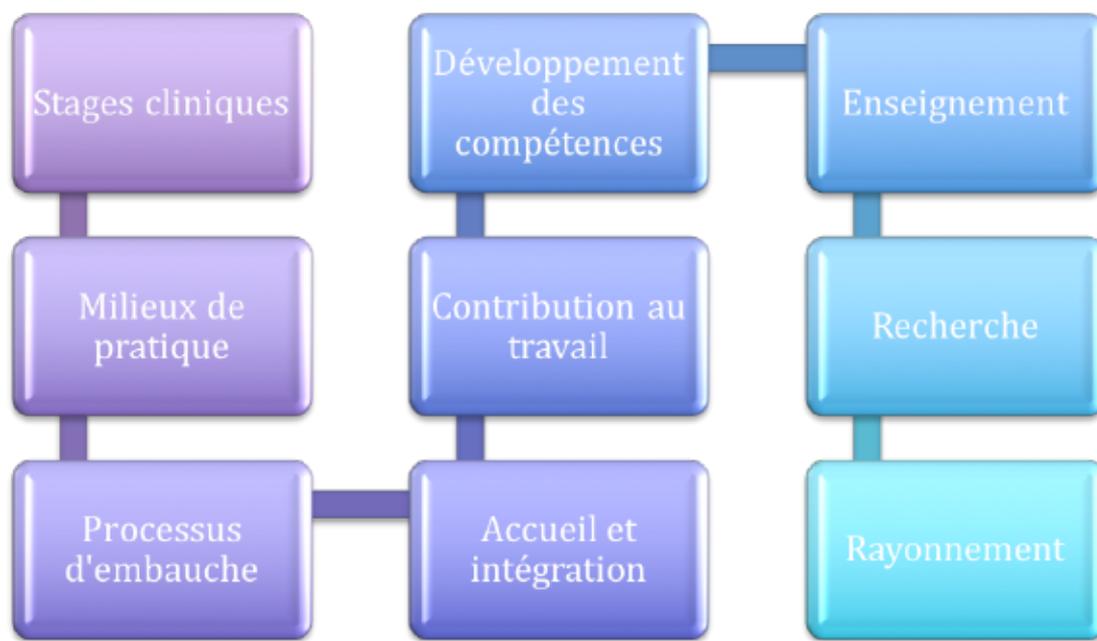


Figure 1 : Trajectoire universitaire-clinique de l'IPS en milieu de pratique

Mandatée par son organisation, la gestionnaire doit d'abord veiller à la **mise sur pied de milieux de stages cliniques**. De concert avec l'université affiliée et la direction de l'enseignement de l'établissement, il importe non seulement de fixer une capacité d'accueil d'étudiantes à cet égard, mais aussi de créer un environnement propice aux apprentissages visés.

Le recrutement de milieux cliniques, de préceptrices IPS et de médecins superviseurs demeure actuellement un enjeu, en raison notamment du manque de ressources humaines disponibles pour la supervision de stagiaires et de lieux physiques pour les accueillir, tant dans le réseau public que privé. Une fois les conditions réunies, la gestionnaire collabore au processus de reconnaissance du milieu clinique pour la formation des IPS auprès de l'OIIQ et du CMQ, et apporte son soutien aux préceptrices IPS responsables du stage pour l'accueil, l'intégration et le suivi des stagiaires. À ce chapitre, elle peut aussi compter sur l'apport de ses collègues conseillères cadres en soins infirmiers des différents secteurs concernés. Elle est aussi membre des comités universitaires ayant pour mandat d'échanger sur les activités d'apprentissage des étudiantes, incluant le volet des stages cliniques, et collabore assidûment avec la coordonnatrice des stages IPS de l'université.

Le déploiement attendu des nombreux postes IPS octroyés exige évidemment la création de milieux de pratique dans chacune des spécialités. À cet

égard, plusieurs démarches doivent être faites auprès des partenaires internes et externes, tant au sein de l'établissement que dans les ressources privées du territoire. Toutes les tribunes permettant de présenter le rôle de l'IPS et tous les projets susceptibles de faire valoir l'offre de services de l'IPS, incluant de nouveaux secteurs de pratique ou des collaborations interprofessionnelles, méritent d'être envisagés. Une devise : *Être disponible, visible et profiter de toutes les occasions de faire connaître la plus-value du rôle de l'IPS auprès de la population, du personnel et des acteurs clés de l'établissement et de la communauté!* Les IPS de l'équipe demeurent certainement les meilleures ambassadrices pour épauler la gestionnaire dans ces activités de recrutement. La contribution des collègues du service des communications devient aussi indispensable à l'établissement de stratégies efficaces pour promouvoir le rôle de l'IPS. Dès 2009, le MSSS (2009) a produit un document regroupant les étapes d'un tel plan de communication, qui demeure pertinent à ce jour.

De la même façon, l'**embauche** des IPS est intimement liée aux milieux de pratique ainsi créés. Le contexte actuel favorise les IPS, notamment les étudiantes, car leur nombre est inférieur au nombre de postes octroyés à chaque établissement. Les organisations doivent donc faire preuve de créativité dans leurs activités de recrutement afin d'attirer les candidates répondant aux besoins de la population et aux profils de compétences recherchés. En collaboration avec

la direction des ressources humaines et les directions-clientèles concernées, un processus de sélection rigoureux est établi pour l'octroi de ces postes à compétences spécifiques.

Une fois le processus d'embauche terminé, la gestionnaire planifie l'**accueil** et l'**intégration** des employées recrutées. La durée de cette période d'intégration peut atteindre jusqu'à 18 mois pour asseoir les bases d'une saine collaboration interprofessionnelle (Côté et al., 2018). Pendant cette période, la candidate IPS pourra s'approprier son rôle au quotidien, établir des attentes réalistes et organiser son travail en conséquence. En effet, un écart entre les attentes des IPS novices dans l'exercice de leur profession et la réalité du travail est souvent source de préoccupation (Côté et al., 2018).

Les IPS requièrent donc un accompagnement étroit en début de pratique, qui s'assouplit avec le temps. Puisque le soutien offert est déterminant pour une intégration réussie, il convient de planifier des activités de jumelage et de supervision par les médecins partenaires, de mentorat avec des IPS chevronnées et de suivi régulier avec la gestionnaire. Tel qu'on l'a énoncé précédemment, des rencontres préparatoires avec les équipes de soins sont aussi essentielles, notamment lorsqu'il s'agit de nouveaux milieux de pratique.

Le MSSS (2019c) propose d'ailleurs aux organisations *Un modèle cadre pour l'intégration des IPS en milieu clinique*, afin de les guider dans cette étape cruciale de la trajectoire professionnelle de la nouvelle IPS. La mise sur pied d'un programme d'intégration structuré est plus que souhaitable.

La gestionnaire profitera ensuite des périodes de probation, d'essai ou d'appréciation continue de la contribution des employées pour suivre l'**évolution de la prestation de travail**. En plus de l'autoévaluation de l'employée, le partenariat prévoit de recueillir l'opinion des médecins concernés. Il sera alors plus simple d'assurer une vigilance quant à la qualité des services offerts, au respect des cadres normatif et réglementaire en vigueur, à l'étendue du champ d'exercice occupé par l'IPS, au suivi de la clientèle et au partenariat médical.

Comme tout professionnel, l'IPS doit assurer le **développement de ses compétences**. La norme professionnelle infirmière en formation continue s'applique aussi à l'IPS (OIIQ, 2011). Puisque l'IPS est une infirmière en pratique avancée habilitée à exercer des activités médicales, la gestionnaire doit reconnaître ses nombreux besoins de

perfectionnement. Dans le cadre financier alloué, elle favorise la mise à jour des connaissances et le rehaussement des pratiques. Elle encourage aussi le transfert des connaissances aux autres membres de l'équipe par la mise en œuvre d'activités répondant à leurs attentes : partage des contenus de formation, questionnements cliniques et discussions de cas, mentorat, club de lecture, adhésion à des communautés de pratique et réseautage, accès à un fichier électronique commun, etc. En plus de viser l'enrichissement des connaissances, les expertises individuelles sont valorisées, les liens intraprofessionnels sont consolidés, l'isolement ressenti par certaines est amoindri, un sentiment d'appartenance au groupe est renforcé et la fidélisation à l'établissement est favorisée.

À titre de leaders cliniques en pratique infirmière avancée, les IPS sont également sollicitées pour apporter du soutien à leurs collègues infirmières et participent à l'**enseignement** universitaire, notamment la supervision de stagiaires IPS. La participation à des projets de **recherche**, incluant la publication d'articles scientifiques, est encouragée.

Enfin, les activités de **rayonnement** à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale, auxquelles participent la gestionnaire et les IPS, constituent une excellente façon de faire valoir la portée du rôle de l'IPS et d'assurer la reconnaissance des membres de l'équipe qui se démarquent.

Conformément avec le mandat qui lui est confié et consciente des divers enjeux inhérents à l'implantation de la pratique des IPS dans l'organisation, la gestionnaire vouée au développement du rôle de l'IPS doit donc tirer plusieurs ficelles à la fois. De concert avec la DSI, elle collabore de façon soutenue avec les différentes ressources internes et externes de l'établissement. Comme les IPS, elle devient gardienne du rôle et agente de changement dans son milieu et valorise une approche globale et populationnelle des soins et services, axée sur le travail d'équipe interdisciplinaire, dans l'intérêt de tous (Côté et al., 2018). Il est certainement avantageux de mieux comprendre les facteurs qui freinent ou favorisent l'utilisation optimale du rôle des IPS. Il s'agit d'une des conclusions apportées par Contandriopoulos *et al.* (2015) après avoir étudié les activités de déploiement des premières IPSPL dans les organisations de santé. Quant au MSSS (2019a), il résume bien les défis, les attentes et les moyens de parvenir aux objectifs : « Ultimement, le déploiement optimal des IPS contribuera au bien-être de la population

du Québec et à l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux » (p. 8).

À l'ère de la gestion de proximité, force est de constater que l'approche dite « transversale » et la présence des IPS en première, deuxième et troisième lignes deviennent aussi des enjeux non négligeables. Une gestion appropriée du temps et des priorités, l'utilisation d'outils de communication variés et un soutien administratif diligent figurent parmi les moyens les plus utiles à l'atteinte des objectifs.

Enfin, la possibilité de contribuer à l'implantation de cette pratique infirmière avancée au Québec est unique et offre l'avantage de participer à un projet mobilisateur au sein de l'organisation. Convaincue que la population québécoise bénéficiera des services de l'IPS, la gestionnaire ne peut que se réjouir d'être associée à un tel défi!



### Carole Dagenais

Carole Dagenais a entrepris sa pratique professionnelle comme infirmière clinicienne dans un centre hospitalier universitaire mère-enfant puis en santé communautaire, et plus précisément en santé scolaire et en soins à domicile. Elle a ensuite travaillé plusieurs années dans le secteur de l'hébergement en qualité de chef d'unités puis de conseillère-cadre en soins infirmiers (CCSI). Elle a poursuivi son mandat de CCSI au perfectionnement professionnel infirmier d'un Centre de santé et de services sociaux (missions CLSC et CHSLD). De 2015 à 2019, elle a occupé successivement le poste de chef de programme au développement du rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL), puis de chef de service au développement du rôle d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Elle a pris sa retraite en juin 2019.



### Isabelle Besner-Leduc

Isabelle Besner-Leduc a commencé sa carrière d'infirmière clinicienne en milieu hospitalier en 2014, où elle a également occupé plusieurs fonctions comme assistante infirmière-chef et conseillère en soins infirmiers. Après une maîtrise en sciences infirmières, option administration des services infirmiers, et une expérience d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, elle a obtenu un poste intérimaire de chef de service à la Direction de l'enseignement universitaire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, où elle est désormais chef de service au développement du rôle de l'IPS depuis l'été 2019.

### RÉFÉRENCES

Chouinard, V. (2014). *Le soutien au développement de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne au Québec*. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.

*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8, r. 9.

*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, chapitre M-9, r. 9.

Contandriopoulos, D., D'Amour, D., Dubois, C.A., Kilpatrick, K., Brault, I., Lajeunesse, J., ... Jean, E. (2015). *Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec*. Repéré à <http://ipspl.info/wordpress/2015/01/rapport-de-recherche-ipspl>.

Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H. et Binette, S. (2018). *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Enjeux de collaboration interprofessionnelle, d'intégration et de sens du travail*. Rapport final. RIPOST (Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail). Québec : Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval. CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2009). *Plan communication. Implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Direction des soins infirmiers. Direction générale du personnel réseau et ministériel.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017a). *2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé.* Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1288](http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1288)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017b). *Exercice d'estimation des besoins en IPS Soins de première ligne, Soins pédiatriques, Soins de l'adulte, Santé mentale, Néonatalogie, par les établissements de santé et services sociaux du Québec. Direction nationale des soins et services infirmiers.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2018a). *Modèle de répartition des IPS.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2018b). *Cadre de soutien financier pour le programme d'infirmière praticienne spécialisée.* Modalités d'application. Direction nationale des soins et services infirmiers. Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2019a). *Guide de soutien pour l'implantation de la pratique d'infirmière praticienne spécialisée (IPS).* Direction nationale des soins et services infirmiers. Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2019b). *Document d'information pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS).* Direction nationale des soins et services infirmiers. Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire. En collaboration avec l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2019c). *Modèle cadre pour l'intégration des IPS en milieu clinique.* Direction nationale des soins et services infirmiers.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2019d). *Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS). (Présentation Power Point).* Direction nationale des soins et services infirmiers.

*Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII),* RLRQ, chapitre I-8.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS),* RLRQ, chapitre S-4.2.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec - Norme professionnelle.* Repéré à [www.oiiq.org/documents/20147/1306047/27ONS-Norme-professionnelle-WEB.pdf](http://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/27ONS-Norme-professionnelle-WEB.pdf).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2018). *Modèle d'entente de partenariat.* Repéré à [www.oiiq.org/w/ips-entente-partenariat-modele](http://www.oiiq.org/w/ips-entente-partenariat-modele).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2019 a). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Lignes directrices.* Repéré à [www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-de-premiere-ligne](http://www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-de-premiere-ligne).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2019b). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes. Lignes directrices.* Repéré à [www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-aux-adultes](http://www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-aux-adultes).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2019c). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques. Lignes directrices.* Repéré à [www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-pediatriques](http://www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-pediatriques).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2019d). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Lignes directrices.* Repéré à [www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-sante-mentale](http://www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-sante-mentale).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ) (2019e). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins en néonatalogie. Lignes directrices.* Repéré à [www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-en-neonatalogie](http://www.oiiq.org/pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee-en-soins-en-neonatalogie).

*Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée.* RLRQ, chapitre I-8, r. 8.

*Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de délivrance d'un certificat de spécialiste d'infirmière praticienne spécialisée,* RLRQ, chapitre I-8, r. 15.2.

*Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec,* RLRQ, chapitre I-8, r. 19.1.

*Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées.*  
RLRQ, chapitre M-9, r. 23.1.

*Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements  
d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et  
aux certificats de spécialistes des ordres professionnels,*  
RLRQ, chapitre C-26, r. 2.

# Perspectives d'avenir : vers un plein déploiement des infirmières praticiennes spécialisées

Laliberté, C., Dagenais, C., Kilpatrick, K., Parisien, I., Heppell, S., Fortin, C., Renière, M., Thibeault, R.

En 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux, alors sous la gouverne de monsieur Gaétan Barrette, annonçait un investissement dans le réseau de la santé afin d'atteindre un objectif de 2 000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec pour 2024-2025, objectif que maintient la ministre de la Santé et des Services sociaux actuelle, madame Danielle McCann.

À cet effet, un *Guide de soutien pour l'implantation de la pratique d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)* (MSSS, 2019) a été rédigé pour orienter les organisations vers ce but commun. Plusieurs étapes incontournables dans la planification des activités d'implantation sont détaillées, y compris le suivi d'indicateurs du déploiement des IPS, classés selon les trois catégories proposées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2016) :

1. Les **processus** permettent de comprendre les façons de faire des personnes impliquées, d'évaluer le rythme d'avancement du projet et l'utilisation des ressources ainsi que d'évaluer la manière dont le projet est mené en partenariat.
2. Les **résultats** permettent d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs du projet.
3. Les **effets collatéraux** permettent de suivre les répercussions du déploiement des IPS tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation.

Le choix et le suivi d'indicateurs permettront aux directrices des soins infirmiers (DSI), qui sont porteuses du dossier des IPS, de mesurer régulièrement la pertinence des activités de ce projet d'envergure et d'apporter les ajustements requis en cours d'évolution. La direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) des organisations pourrait aussi être mise à profit. Les points de vue de la clientèle et de leurs proches figurent parmi les indicateurs importants à prendre en compte pour évaluer la satisfaction envers les services offerts par les

IPS. En outre, cette démarche vise à proposer un suivi au plan de déploiement des IPS, idéalement standardisé pour l'ensemble de la province. Il s'avère important de saluer cette initiative qui mettra en valeur la portée de l'offre de services des IPS tant pour la population québécoise, pour les IPS elles-mêmes que pour leurs partenaires des diverses disciplines du réseau.

Par cette démarche, les intervenants se mobilisent vers un but commun, qui rejoint à la fois les milieux ministériel et universitaire. On constate d'ailleurs une avancée effrénée depuis quelques années. Qu'il s'agisse de l'octroi de bourses d'études, de la création et du déploiement des postes d'IPS, du développement du rôle ou du soutien du gouvernement ou d'autres instances, tout est mis en place pour que le Québec puisse enfin profiter de l'apport optimal des IPS conjointement avec les autres professionnels de la santé. Le rôle de l'IPS n'aurait pu être mieux soutenu pour faciliter son déploiement et en faire profiter la population du Québec!

Aujourd'hui, 552 IPS (OIIQ, 2019) sont à l'œuvre dans le réseau de la santé québécois : IPS en cardiologie et en néphrologie (soins aux adultes), en soins de première ligne et en néonatalogie. Après seulement 14 ans, elles ont su retenir l'attention. Fortes de la rigueur de leur formation, ces leaders dans l'âme et ces pionnières s'investissent pour faire connaître et reconnaître leur rôle. Intégrées au réseau de la santé, elles sont en mesure de percevoir les défis et de proposer des solutions. Elles ont tissé des liens de collaboration interprofessionnels et intraprofessionnels avec les membres des équipes multidisciplinaires au sein desquelles elles évoluent et démontrent chaque jour leur pertinence. Avec leurs partenaires de travail et en collaboration avec leurs gestionnaires, elles ont participé à l'élaboration de solutions novatrices pour un système de santé plus performant, mettant en valeur la contribution des forces de chaque membre de l'équipe. L'infirmière, l'IPS, le médecin, la travailleuse sociale ou tout autre membre de l'équipe acquièrent une vision commune, pour que

chacun occupe pleinement son champ d'exercice et apporte un vent nouveau. Ainsi sont nés des projets porteurs tels que SABSA ou Archimède, qui proposent un accès différent au système de santé pour la clientèle en première ligne. Ces milieux de travail favorisent le plein déploiement de l'autonomie et de la rigueur de chacun des professionnels de l'équipe multidisciplinaire. C'est là une partie de la solution au problème d'accès aux services de santé, un modèle de soins pour demain! De plus, des études menées au Québec auprès des résidents en centre d'hébergement et de soins de longue durée ont permis de constater que lorsque les professionnels travaillent en collaboration dans des champs de pratique autonomes, les résidents obtiennent de meilleurs résultats de soins, ce qui entraîne des économies substantielles pour la population.

Cette année, des collègues de nouvelles spécialités sont venues enrichir de leur présence et de leurs connaissances de nouveaux secteurs de soins. En milieu hospitalier, les IPS en soins aux adultes peuvent dorénavant joindre les équipes des différents domaines de soins (oncologie, médecine interne, pneumologie, etc.), et les premières IPS en soins pédiatriques intègrent les milieux de services spécialisés en pédiatrie. Enfin, les nouvelles IPS en santé mentale offrent désormais des services en première, deuxième et troisième lignes.

On peut certainement présumer que la présence des IPS au sein des cinq différentes classes de spécialités permettra une meilleure prise en charge clinique de la clientèle tout au long de la trajectoire de soins, notamment la clientèle marginalisée et âgée. C'est aussi l'assurance d'une collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle optimale qui favorise une amélioration de la qualité et de la sécurité des services offerts (Kilpatrick, 2013; Kilpatrick, Jabbour, Tchouaket, Acorn, Donald et Hains, 2019).

Cette accessibilité est néanmoins conditionnelle au désir et à l'implication de l'ensemble des professionnels du réseau de la santé, incluant les ordres professionnels et le gouvernement du Québec. Après une évaluation des défis vécus par la population québécoise pour accéder à des soins de qualité dans les meilleurs délais, tous se sont mobilisés pour accorder aux IPS du Québec la pleine étendue de leur champ de pratique. Ainsi, en 2020, les IPS pourront enfin poser des diagnostics. Certains qualifieront cet événement d'historique pour la province du Québec, qui accusait un retard marqué par rapport aux autres provinces canadiennes. En ce moment unique, un rattrapage certain se fera sentir. Et c'est la population québécoise qui en profitera enfin!

En conclusion, compte tenu du vieillissement accéléré de la population québécoise et de la nécessité de revoir l'organisation du système de santé et des services, la place occupée par les IPS dans les différents secteurs d'activités vient certainement enrichir l'offre de services auprès de la clientèle âgée. Tel que souligné dans les articles précédents, il importe de rappeler la valeur ajoutée des IPS auprès des personnes âgées vivant à domicile, en CHSLD ou en milieu hospitalier, incluant celles atteintes de maladies chroniques, ainsi qu'auprès de la population adulte ayant un profil gériatrique.

## RÉFÉRENCES

Institut national de santé publique du Québec (2016). Quels sont les indicateurs de suivi pertinents au projet? Dans Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). *Guide de soutien pour l'implantation de la pratique d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)*. Direction nationale des soins services infirmiers. Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire.

Kilpatrick, K. (2013). How do nurse practitioners in acute care affect perceptions of team effectiveness? *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2636-2647. doi: 10.1111/jocn.12198

Kilpatrick, K., Jabbour, M., Tchouaket, E., Acorn, M., Donald, F., et Hains, S. (2019). Implementing primary healthcare nurse practitioners in long term care teams: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1306-1315. doi.org/10.1111/jan.13962

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). *Guide de soutien pour l'implantation de la pratique d'infirmière praticienne spécialisée (IPS)*. Direction nationale des soins services infirmiers. Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2019). *Dépôt du projet de loi n° 43: les IPS pourront diagnostiquer certaines maladies selon leur spécialité Une avancée historique pour l'accès aux soins*. Communiqué de presse du 9 octobre 2019. Repéré à <https://www.oiiq.org/depot-du-projet-de-loi-no-43-les-ips-pourront-diagnostiquer-certaines-maladies-selon-leur-specialite?inheritRedirect=true>



# La page **Sciences infirmières** par **Pearson ERPI**

sur Facebook et Instagram

Votre référence  
pour des nouvelles  
du milieu, des événements  
et des concours.

Suivez-nous aujourd'hui  
pour ne rien manquer !

 **Sciences infirmières**  
par Pearson ERPI

 scinf\_pearsonerpi

 **Pearson**  
ERPI



# Une journée de formation sous l'égide de l'état du réseau de la santé

Francine Lincourt Éthier, M. Sc. inf.



Le 11 avril dernier, le Comité scientifique de Montréal de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) a organisé la journée de formation du printemps dernier sous le thème : *Un réseau en souffrance... et si nous avons déjà des solutions!* Plus de 250 personnes ont participé, soit sur place, à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, soit en visioconférence avec la participation de 15 CISSS et CIUSSS sur l'ensemble du territoire québécois.

Le Comité, animé par le désir de voir les intervenants du terrain s'approprier leur pouvoir d'améliorer la qualité des soins et de vie au travail, a osé aborder ce sujet à la fois délicat et primordial à sonder auprès d'eux. La journée de formation a débuté avec la conférence de monsieur Francis Etheridge, Ph. D. avec un titre un peu provocateur et plein d'espoir : *De cercles vicieux à cercle vertueux : comment mettre l'épaule à la roue?* Vous pourrez lire son article en lien avec le contenu de sa présentation.

Par la suite, la professeure Kelley Kilpatrick, inf. Ph. D., a abordé différents aspects du travail d'équipe dans sa conférence intitulée *Pas toujours facile de travailler en équipe! Par où on commence?* Une courte synthèse de cette conférence vous est présentée. Enfin, un résumé des propos des membres du panel, composé de représentants de différents titres d'emploi, de milieux de soins et de régions du Québec, vous est communiqué.

Les résultats du sondage de satisfaction des participants nous rendent très fières et nous convainquent de continuer à parler de ce qui vous préoccupe. En effet, les résultats d'appréciation générale des participants à cette journée de formation s'avèrent plus que positifs : 99% disaient avoir bien compris et intégré la majorité du contenu de la formation et un peu plus de 85% auront l'occasion d'utiliser ces nouvelles connaissances et habiletés dans le cadre de leur travail. Plus de 97% des personnes ont exprimé leur volonté de participer à d'autres formations de l'AQIIG. En outre, l'angle choisi pour aborder la souffrance dans le réseau a été apprécié et la présentation de multiples pistes de solutions ayant fait leur preuve s'est avérée utile à outiller les intervenants, et ce, quel que soit le milieu de pratique.

Dans les pages qui suivent, vous retrouverez l'essentiel des propos et solutions réalistes et efficaces présentés par les conférenciers à la lumière de leurs recherches sur l'organisation du travail et le travail en équipe. Par la suite, certaines pistes d'amélioration des processus organisationnels du réseau de la santé sont présentées à la lumière des commentaires émis par les panélistes suite aux présentations des conférenciers.

# De cercles vicieux à cercles vertueux dans un système de santé en souffrance: comment mettre l'épaule à la roue d'un point de vue organisationnel

Francis Etheridge, Ph. D.

Selon les écrits scientifiques, les organisations d'hébergement et de soins de longue durée (OHSLD) d'ici et d'ailleurs auraient généralement réussi à améliorer la qualité des soins et des services. Néanmoins, les améliorations réalisées seraient insuffisantes pour assurer la qualité de vie de leurs résidents et la qualité de vie professionnelle des personnes qui y travaillent. Les ressources que les OHSLD investissent dans des efforts d'amélioration semblent moins contribuer à les propulser vers l'avant qu'à les maintenir dans des cercles vicieux. À divers égards, autant leurs résidents, les proches aidants, leur personnel soignant que leurs gestionnaires souffrent de cette inertie. Le présent article vise à exposer les dynamiques qui contribuent aux difficultés d'amélioration des OHSLD et à proposer des pistes pour produire des améliorations significatives et pérennes.

## Mots-clés

CHSLD, améliorations, développement organisationnel, gestion, gouvernance

## Introduction

Le recours au concept de « cercle vicieux » pour décrire des situations ou des interactions dont les dynamiques accentuent ou entraînent des effets néfastes pour leurs acteurs est répandu. Pensons aux effets délétères d'un manque de conditionnement physique sur notre disposition à faire du sport ou aux effets de la pauvreté sur notre capacité à produire de la richesse. Le concept inverse de « cercle vertueux » est beaucoup moins utilisé, mais demeure une réalité commune. *L'expression les riches s'enrichissent et les pauvres s'appauvrissent* incarne cette coexistence de spirales ascendantes et descendantes. Ces spirales ne paraissent toutefois pas comme des entités dichotomiques, mais plutôt comme les extrémités d'un continuum permettant aux acteurs d'une situation donnée d'inverser, plus ou moins progressivement, les effets de leurs

actions. Autrement dit, aucun cercle vicieux ou vertueux ne serait absolu. Aucune entité « née pour un petit pain » ou « née dans la ouate » ne pourrait transformer son apparente destinée ni la voir se transformer.

Dans ce texte, nous proposons une analogie entre le concept de cercle vicieux et le contexte des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que des recommandations pour soutenir l'entrée de ces « parents pauvres » du système de santé et de services sociaux du Québec dans des cercles d'améliorations vertueuses.

## État de la situation

De nombreux écrits scientifiques et publics (Bravo et al., 2014; Koren, 2010; Commission de la santé et des services sociaux du Québec, 2016) caractérisent les organisations d'hébergement et de soins de longue durée (OHSLD<sup>1</sup>), à l'instar d'une majorité de leurs équivalents dans le monde, comme des organisations ayant plusieurs lacunes et beaucoup de difficultés à remplir leur mission. Ils décrivent les OHSLD comme des organisations qui ne réussissent à incarner ni des milieux de vie favorables au bien-être de leurs résidents ni des milieux de travail favorables au bien-être de leurs employés. Les OHSLD d'ici et d'ailleurs font ainsi l'objet de nombreux appels à l'amélioration sous différentes formes : élaboration de protocoles et de recommandations cliniques, formation de la main-d'œuvre, éducation publique, systèmes d'assurance de la qualité, augmentation des ressources humaines, réformes visant un changement de culture, etc. Néanmoins, plusieurs écrits exposent les effets mitigés de ces grandes initiatives sur l'amélioration de la capacité des OHSLD à répondre aux besoins de leurs résidents et de leurs employés (Aubry, Couturier et Gilbert, 2013; Burack, Reinhardt et Weiner, 2012; Desveaux, Halko, Marani, Feldman et Ivers, 2019; Ndjepel, 2014). Les contributions complémentaires de ces grandes impulsions à l'amélioration auraient réussi à accroître la qualité

moyenne des soins et services reçus en OHSLD, mais n'auraient toujours pas permis de faire d'une majorité d'OHSLD des endroits où il fait bon vivre ou travailler (Levenson, 2009). Il serait toutefois injuste de décrire les OHSLD comme des organisations incapables d'amélioration ou prises dans des cercles vicieux purs. Les OHSLD progressent, mais de façon beaucoup plus lente et indirecte qu'on le souhaiterait. Nous pourrions comparer leur trajectoire d'amélioration à celle d'une balle de tennis coupée plutôt que brossée, c'est-à-dire qui avance beaucoup plus lentement qu'elle le pourrait, puisqu'elle tourne sur elle-même en sens inverse de sa course. En d'autres termes, les OHSLD seraient des organisations qui ont beaucoup de difficulté à transformer l'énergie qu'elles consacrent à leur amélioration en des gains significatifs et soutenus pour leurs acteurs. Plusieurs problèmes associés aux premières formes d'OHSLD, voir Sbordone et Sterman (1983), persistent encore aujourd'hui comme l'épuisement professionnel, le roulement élevé de personnel, l'accent placé sur la santé physique au détriment de la santé psychosociale ou les systèmes de gestion top-down. Pourquoi autant d'organisations aux fonctions similaires, à des milliers de kilomètres ou des dizaines d'années d'écart, semblent-elles aussi comparables?

## Pourquoi des cercles vicieux?

Les difficultés d'amélioration des OHSLD sont fréquemment attribuées à une multiplicité de caractéristiques de l'institution qu'elles représentent et sur lesquelles chaque organisation ne possède que très peu de pouvoir. Le manque de financement, la complexité croissante des besoins de la clientèle, le manque de main-d'œuvre et la désuétude des infrastructures en font partie (Bravo et al., 2014; Koren, 2010). De ces constats découlent des appels à une augmentation du financement des OHSLD. Dans une autre perspective, des problèmes de gestion sont responsables de plusieurs maux. Les relations entre les gestionnaires et le personnel sont décrites comme déficientes, en raison d'un manque de consultation, d'autonomisation et de reconnaissance du personnel soignant par leurs supérieurs hiérarchiques (Kelly et McSweeney, 2009; Kinjerski et Skrypnek, 2008). Il en découle une perception des gestionnaires des OHSLD comme sous-formés, notamment à la gestion du changement (Shanley, 2007), et comme responsables des difficultés d'amélioration de ces établissements.

Bien que nos expériences de recherche, de gestion et de consultation aient permis de constater la récurrence de ces caractéristiques au sein des CHSLD, ils nous ont aussi permis d'analyser a) qu'ils sont fortement promus et soutenus par des modalités de gouvernance institutionnelle; b) que leur adoption comme explication première aux difficultés d'amélioration des CHSLD nuit à la potentialisation des ressources actuelles. Des travaux doctoraux (Etheridge, 2018) qui décrivent les caractéristiques des stratégies de gestion du changement favorables à des améliorations significatives et pérennes ainsi que les déterminants du recours communs à des stratégies possédant les caractéristiques inverses, soutiennent ces affirmations. En effet, des stratégies de gestion du changement composées d'interventions soutenues et complémentaires, de nature directive, participative et de soutien, seraient bénéfiques (Etheridge, Couturier, Denis, Tremblay et Tannenbaum, 2014), mais des stratégies ponctuelles, de nature uniquement communicationnelle ou pédagogique, sont fréquemment privilégiées (Desveaux et al., 2019). Pourtant, ces stratégies de gestion du changement ponctuelles, incarnées par l'offre de formations ou la diffusion de documents écrits, seraient insuffisantes pour surmonter les forces d'inertie inhérentes à la vie organisationnelle (p. ex., dispositions individuelles variables à l'innovation, tensions interpersonnelles, relations hiérarchiques conflictuelles, habitudes et routines, croyances dominantes, répartition du pouvoir, etc.). Ces connaissances de gestion du changement, qui rappellent que la communication d'une bonne idée est insuffisante pour assurer son actualisation (Denis, Hebert, Langley, Lozeau et Trottier, 2002), sont pourtant relativement élémentaires. Est-ce que le manque de formation en gestion du changement des gestionnaires d'OHSLD explique la situation? Est-ce que d'autres forces encouragent le recours à des stratégies de gestion du changement reconnues comme généralement insuffisantes?

Selon une étude de cas portant sur les stratégies et démarches utilisées par les CHSLD pour démarrer et planifier leurs initiatives d'amélioration, le manque de connaissance en gestion semblerait moins en cause que les interactions entre les CHSLD et leur environnement externe (Etheridge, 2018). En effet, cette étude expose des écarts importants entre le discours adopté par les gestionnaires pour décrire les moyens qu'utilisent ou que devraient utiliser leurs organisations pour s'améliorer et les moyens communément utilisés en ce sens. Les écarts entre les pratiques managériales et le discours managérial, qui expose des connaissances de gestion et de gestion du

changement conformes aux meilleures pratiques, démontrent que le manque de formation en gestion n'est pas seul en jeu.

Un système de gouvernance de l'amélioration qui récompense le lancement d'initiatives d'amélioration et le recours à des stratégies de diffusion d'information seraient notamment en cause. En effet, ce système est marqué par deux principaux modes de contrôle de la qualité, soit le processus d'agrément et les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie du MSSS. Les OHSLD seraient ainsi conditionnés à investir une part importante de leurs faibles ressources de développement organisationnel dans la réalisation de stratégies de gestion du changement favorables à la production de gains perceptibles par ces modes d'évaluation. Autrement dit, les acteurs responsables de guider les efforts d'amélioration des CHSLD investissent dans la rédaction et la diffusion de cadres de référence, de politiques et de plans d'action qui leur donneront la possibilité d'être formellement reconnus comme des organisations exemplaires. En plus de la multiplicité des prescriptions de qualité, voire d'améliorations imposées par l'agrément et les visites ministérielles, les CHSLD doivent fréquemment répondre à des impulsions ponctuelles d'amélioration découlant de pressions populaires ou médiatiques (p. ex., Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, offre d'un deuxième bain, amélioration des soins buccodentaires, etc.). Les décideurs des CHSLD sont ainsi contraints de morceler le peu de ressources à leur disposition et d'adopter des stratégies de gestion du changement de faible intensité.

Cette poursuite intempestive d'amélioration, issue de l'environnement externe des CHSLD, détourne également l'attention des environnements internes. Ainsi, les priorités d'amélioration des principaux acteurs de ces organisations sont souvent méconnues ou sous-investies, tout comme les travaux visant à augmenter la capacité d'apprentissage des CHSLD. Bref, la pression à performer à court terme, ou du moins à démontrer une performance rapidement, nuit à la capacité réelle des CHSLD de performer à long terme. Reprenant une typologie du changement propre à la théorie de l'apprentissage organisationnel (Argyris et Schön, 1978), de nombreux problèmes récurrents minent les ressources à la disposition des CHSLD. Sur le plan des pratiques contribuant à la perte de temps, pensons aux plaintes répétées des infirmières à l'égard de la quantité de « paperasse » à remplir ou des préposés aux bénéficiaires à l'égard du manque de linge. Sur le plan des croyances nuisibles à l'amélioration,

pensons à l'ambiguïté perpétuelle associée à l'application de l'Approche milieu de vie. Sur le plan des modalités d'apprentissage, pensons au très faible encadrement de chaque membre du personnel soignant (p. ex., évaluation de rendement tous les deux ans) ou aux appels constants pour accroître le « leadership » des infirmières, sans tenir compte des conditions organisationnelles qui le fragilisent.

En somme, nos travaux des dernières années soutiennent que l'ampleur et le rythme d'amélioration des CHSLD sont freinés par une gouvernance inadaptée à leurs capacités. D'après Banerjee et Armstrong (2015), la surtension à l'amélioration issue de leur environnement externe les contraindrait à être plus centrés sur les règlements que centrés sur les résidents. Les interactions asymétriques entretenues par les CHSLD avec leurs environnements externes et internes les maintiennent dans un rôle d'organisations sous-performantes, qui doivent tout apprendre à la fois. Bien que de nombreuses initiatives de changement entreprises en CHSLD réussissent à produire des améliorations substantielles et soutenues dans certains contextes, la majorité des démarches d'amélioration entreprises en CHSLD donnerait des résultats éphémères ou inférieurs aux attentes. Le cumul de ces succès relatifs laisserait des traces, voire des débris, qui renforcent la résistance au changement.

## Comment mettre l'épaule à la roue?

À la lumière de ce portrait, nous proposons quelques recommandations pour freiner la dynamique vicieuse dans laquelle sont confinés les CHSLD et ainsi engendrer une dynamique vertueuse, voire d'amélioration exponentielle. Ces recommandations reposent sur l'importance, pour les CHSLD, de rééquilibrer le degré d'attention qu'ils accordent à leurs environnements externes et internes ainsi que d'investir dans la mise en œuvre de systèmes de gestion adaptés à leurs missions et spécificités.

Dans le cadre institutionnel, il semble nécessaire d'adhérer à une gouvernance plus adaptée aux caractéristiques et défis propres aux CHSLD. Dans un premier temps, nous recommandons que, dans ses prescriptions et ses orientations, le gouvernement fasse preuve d'**une meilleure reconnaissance et considération du caractère distinctif des CHSLD**. Les milieux de vie que représentent les CHSLD, qui se singularisent notamment par des relations de longue durée,

la participation active de proches aidants et le rôle prépondérant des préposés aux bénéficiaires, profiteraient de règles de conduite adaptées à leurs missions. Par exemple, les systèmes de gestion de la performance dont le vecteur principal est l'accroissement de l'accessibilité aux services semblent moins adaptés aux défis des CHSLD qu'à ceux des milieux de soins aigus. Il serait beaucoup plus logique d'exiger la mise en œuvre de systèmes de gestion misant sur la co-construction et le suivi d'indicateurs de qualité en collaboration avec les résidents, les proches et le personnel soignant. La création d'un titre d'emploi distinct et d'une formation spécifique pour les « préposés aux bénéficiaires » œuvrant en CHSLD serait un autre exemple majeur de sensibilité aux particularités des CHSLD. À notre avis, l'expertise spécifique requise pour effectuer le travail relationnel complexe exigé en CHSLD mérite une reconnaissance officielle.

Dans un second temps, nous recommandons de transformer les modalités d'évaluation et de contrôle de la qualité utilisées lors des processus d'agrément et les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie. **Des modalités d'évaluation valorisant et récompensant principalement la qualité réelle au profit de la qualité écrite** s'imposent pour que les CHSLD investissent davantage dans des améliorations de surface plutôt que dans des améliorations de fond. Des modalités d'évaluation non planifiées, axées sur l'observation de pratiques efficaces et de résultats concrets, mais aussi adaptées aux capacités de chaque organisation, permettraient d'optimiser les ressources consacrées à l'amélioration en CHSLD. De l'avis général, il est vertueux de ne pas différencier les attentes à l'égard des CHSLD puisque tous leurs résidents méritent l'excellence, mais cette croyance nous semble les empêcher de consacrer leurs ressources à un nombre réaliste de priorités d'amélioration locales.

Sur le plan organisationnel, c'est-à-dire dans les CHSLD mêmes, nos recommandations concernent la mise en œuvre d'une approche de gestion plus axée par la valorisation de leur potentiel interne qu'externe. Dans un premier temps, **nous recommandons la mise en œuvre d'un système de communication et de gestion assurant des liaisons soutenues avec tous les acteurs de l'organisation et encourageant leur créativité**<sup>2</sup> (p. ex., clientèle, employés de tous les quarts de travail, gestionnaires de tous les services). De telles structures favoriseront l'apprentissage et le développement des organisations en potentialisant les ressources de leurs acteurs et en nourrissant leur engagement.

De façon complémentaire, **nous recommandons que les dirigeants des CHSLD soient attentifs à saisir chaque possibilité que leur octroient leurs marges de manœuvre décisionnelles pour investir dans le développement à moyen et long terme de leurs organisations.** Pour ce faire, il faut procéder à un délestage conscient des investissements dans la performance à court terme. Les ressources conservées pourront être investies dans la résolution des problèmes nuisant au fonctionnement de l'organisation. Parmi les exemples notables de ces problèmes, soulignons le manque de soutien au rôle d'assistant du supérieur immédiat ou de chef d'équipe des infirmières, le manque d'encadrement de la contribution individuelle et le manque de soutien à l'autonomisation ou à la collaboration avec les résidents et les proches aidants.

En somme, nous soutenons que pour parvenir à une amélioration substantielle et durable de la capacité des CHSLD à répondre aux besoins de leur clientèle, il faut poser un regard lucide et humble sur les effets viciés du système orientant leur évolution. Nous espérons que le contenu du présent article contribuera à cet exercice et à l'élaboration d'une gouvernance institutionnelle et de systèmes organisationnels privilégiant la potentialisation des ressources internes des CHSLD.

## NOTES

1. Le terme organisation d'hébergement et de soins de longue durée (OHSLD) sera privilégié dans ce texte lors de référence à des connaissances ou des constats qui dépassent l'incarnation québécoise des OHSLD que sont les CHSLD.

2. Un exemple d'une telle structure est ressorti d'une présentation intitulée « Libérer le potentiel des PAB en CHSLD » lors du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD tenu les 17 et 18 novembre 2016, qui peut être consulté dans le site suivant : [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld).



## Francis Etheridge

Francis Etheridge, Ph. D., a consacré les 15 dernières années de sa vie universitaire et professionnelle à étudier les organisations d'hébergement et de soins de longue durée (OHSLD) ainsi qu'à contribuer activement à leur amélioration. Il a notamment complété un doctorat en gérontologie à l'Université de Sherbrooke sur les fondements managériaux des difficultés d'amélioration des OHSLD. Son expertise se fonde sur ses expériences de recherche, mais aussi sur les connaissances acquises dans ses rôles de gestionnaire, de consultant et de proche aidant. Il œuvre aujourd'hui comme consultant en développement organisationnel et en gestion du changement par l'entremise de sa compagnie, Humanique Conseil.

## RÉFÉRENCES

Argyris, C. et Schön, D. (1978). *Organisational learning: a theory of action perspective*. Reading: Addison-Wesley.

Aubry, F., Couturier, Y. et Gilbert, F. (2013). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 52-61.

Banerjee, A. et Armstrong, P. (2015). Centring care: Explaining regulatory tensions in residential care for older persons. *Stud Political Econ*, 95, 7-28.

Bravo, G., Dubois, M.-F., Demers, L., Dubuc, N., Blanchette, B., Painter, K., ... Corbin, C. (2014). Does regulating private long-term care facilities lead to better care? *Int J Qual Health C*, 26(3), 330-6.

Burack, O.R., Reinhardt, J.P. et Weiner, A.S. (2012). Person-centered care and elder choice: A look at implementation and sustainability. *Clin Gerontologist*, 35(5), 390-403.

Commission de la santé et des services sociaux du Québec (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Observations, conclusions et recommandations.

Denis, J.L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D. et Trottier, L.H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev*, 27(3), 60-73.

Desveaux, L., Halko, R., Marani, H., Feldman, S. et Ivers, N.M. (2019). Importance of team functioning as a target of quality improvement initiatives in nursing homes: A qualitative process evaluation. *J Contin Educ Health Prof*, 39(1), 21-8.

Etheridge, F. (2018). *Étude des fondements managériaux des difficultés d'amélioration des centres d'hébergement et de soins de longue durée*. (Ph. D.), Université de Sherbrooke. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/12160>.

Etheridge, F., Couturier, Y., Denis, J.L., Tremblay, L. et Tannenbaum, C. (2014). Explaining the success or failure of quality improvement initiatives in long-term care organizations from a dynamic perspective. *J Appl Gerontol*, 33(6), 672-89.

Kelly, M. et McSweeney, E. (2009). Re-visioning respite: a culture change initiative in a long-term care setting in Eire. *Qual Ageing Older Adults*, 10(3), 4-11.

Kinjerski, V. et Skrypnek, B.J. (2008). The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *J Gerontol Nurs*, 34(10), 17-25.

Koren, M.J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-7.

Levenson, S.A. (2009). The basis for improving and reforming long-term care. Part 3: Essential Elements for Quality Care. *J Am Med Dir Assoc*, 10, 597-606.

Ndjepel, J. (2014). Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé. *Service social*, 60(2), 89-100.

Sbordone, R. J. et Sterman, L.T. (1983). The psychologist as a consultant in a nursing home: Effect on staff morale and turnover. *Prof Psychol Res Prac*, 14(2), 240-50.

Shanley, C. (2007). Managing change through management development: an industry case study. *J Manag Dev*, 26(10), 962.

# Pas toujours facile de travailler en équipe! Par où on commence?

**Kelley Kilpatrick, inf., Ph. D.**

La conférence de madame Kelley Kilpatrick sur le travail d'équipe présentait un constat quant aux modes de travail des équipes de soins et décrivait les facteurs ayant le plus d'influence sur leur fonctionnement. Les résultats de projets de recherche menés avec des usagers, des proches et des intervenants du Québec et d'ailleurs dans le monde ont aussi alimenté une réflexion sur les gestes que chacun peut poser pour soutenir le fonctionnement de son équipe de travail.

Selon les résultats présentés par la conférencière, les patients, les familles et les professionnels de la santé priorisent les mêmes façons de faire au sein des équipes. En résumé, ils estiment que des équipes efficaces se préoccupent de la communication, de l'implication dans la prise de décision, de la coordination des soins, de la cohésion, de la participation à la démarche de résolution de problèmes et de l'inclusion des patients et des familles dans l'équipe.

De plus, il ressort que des rôles imprécis et le manque de confiance entre les membres influencent grandement le fonctionnement de l'équipe et la capacité d'accepter de nouveaux membres. En effet, à l'arrivée d'un nouveau venu, il faut de trois à six mois pour que les membres déjà en place s'adaptent et lui créent un espace tant physique que psychologique. Ils ont besoin de cette période pour se remettre de la perte d'une fonction valorisée, pour se sentir en confiance, ressentir le respect et bâtir l'écoute active et une relation donnant-donnant avec le nouveau membre.

Enfin, le chef d'équipe peut contribuer énormément à promouvoir une vision du bon fonctionnement de l'équipe. Des interventions de 60 à 90 minutes peuvent aider à clarifier les rôles et à favoriser la confiance et le respect entre les membres.



**Kelley Kilpatrick**

Kelley Kilpatrick, inf., Ph. D., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières Ingram et titulaire de la Chaire de recherche Susan E. French en sciences infirmières et pratiques innovatrices de l'Université McGill. Elle est également chercheuse au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal-Hôpital Maisonneuve-Rosemont et au *Canadian Centre for Advanced Practice Nursing Research de l'Université McMaster*.

# Un panel déterminé et inspirant!

## Membres du comité scientifique de Montréal

Des intervenants issus de divers milieux de travail et une proche aidante ont réagi aux propos des conférenciers et se sont exprimés sur leurs réalités. Ses panélistes, qui représentaient une grande partie du territoire québécois, de Gatineau jusqu'à Sherbrooke, étaient mesdames Josée Bergeron, gestionnaire en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), Clodyle Bleau Lavigne, infirmière clinicienne à l'urgence, Tammy Julien, préposée aux bénéficiaires en CHSLD, Hélène Légaré, proche aidante, ainsi que monsieur Pierre Bouchard, infirmier auxiliaire en soins à domicile.

Les panélistes ont souligné que l'importance accordée à deux aspects de l'organisation du travail (la communication et le travail d'équipe) était bel et bien sous-estimée. Il serait impérieux de les améliorer pour favoriser la rétention et l'attraction du personnel et ainsi assurer la qualité des soins et services offerts à la clientèle. Les panélistes ont témoigné de leur satisfaction quant aux stratégies d'amélioration proposées par les conférenciers, dont certaines ont déjà fait leur preuve en milieu de travail.

Des panélistes ont évoqué des projets qui ont réussi à créer de réelles améliorations dans leur milieu. Parmi le lot d'exemples, soulignons la reconnaissance accrue du travail des préposés aux bénéficiaires, l'ajout d'une personne affectée aux prélèvements à domicile afin que l'intervenant principal soit présent plus longtemps auprès de la

personne visitée et souvent esseulée, et la mise en place de cliniques d'hiver pour le traitement de la grippe, ce qui contribue à limiter l'affluence aux urgences.

La nécessité d'apporter certaines améliorations faisait également partie des recommandations des panélistes. Entre autres, ils ont proposé les mesures suivantes : prévoir et respecter des délais réalistes lors de changement ou d'ajout de consignes, développer plus largement le concept de micromilieus adaptés en CHSLD, revoir les processus décisionnels (algorithmes) avant le transfert du milieu d'hébergement à l'urgence, en tenant compte du fait qu'un séjour à l'urgence peut perturber la personne en raison de ses vulnérabilités et, enfin, instaurer un mécanisme de soutien aux proches aidants offert le soir, la nuit et la fin de semaine.

En guise de conclusion, les panélistes ont convenu qu'il se fait de belles interventions auprès des personnes en perte d'autonomie physique et cognitive, et ce, grâce aux divers intervenants de tous les milieux et de l'ensemble du territoire québécois. Conscients qu'il existe certaines solutions bien en place, les panélistes se sont dits optimistes et engagés à continuer d'améliorer la qualité des soins et services et l'organisation du travail. Ils ont invité les participants à la journée de formation à faire de même dans leur milieu respectif.



De gauche à droite : Clodyle Bleau Lavigne, Tammy Julien, Hélène Légaré, Pierre Bouchard et Josée Bergeron

# GROUPE SANTÉ **SEDNA**

**Nous prenons soin des  
personnes fragilisées par  
l'âge, la perte d'autonomie,  
la maladie ou le handicap**



**SANTÉ VALEO**



LEADER DES SOINS DE  
LONGUE DURÉE AU QUÉBEC

HÉBERGEMENT ET SERVICES  
DE SANTÉ PRIVÉS

HÔPITAL DE POINTE DANS LE  
DOMAINE DE LA RÉADAPTATION

## **NOS PROFESSIONNELS**

**Les acteurs incontournables  
de la qualité des services et  
de la sécurité de nos clients**

**groupesedna.ca**

# Soutenir les conjoints de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à début précoce... c'est possible!

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) assiste et soutient la professeure Véronique Dubé, titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal, dans son projet de recherche-action intitulé « Apprendre pour cheminer ensemble ». Cette recherche est subventionnée par le ministère de la Famille dans le cadre du programme de subvention Québec ami des aînés (QADA).

Ce projet vise à soutenir et à former les conjoints de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dont le diagnostic survient avant l'âge de 65 ans. Dans le cadre de cette recherche, une intervention psychoéducatrice échelonnée sur une période de sept semaines est mise à l'essai et évaluée. Les proches aidants sont accompagnés tout au long de l'intervention par une professionnelle de la santé et participent à des séances thématiques hebdomadaires en face à face ou par Internet, à leur choix. À chaque séance de 60 à 90 minutes, les participants sont amenés à prendre connaissance d'information diverse et à réaliser des exercices pour améliorer leurs situations quotidiennes. La professionnelle-accompagnatrice offre une rétroaction aux proches aidants afin de les aider à cheminer dans leur rôle et d'acquérir de nouvelles stratégies pour prendre soin d'eux et pour soutenir leur conjoint.

L'AQIIG est heureuse de collaborer à cette recherche importante. Dans la récente stratégie nationale du Canada sur la démence, la clientèle des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à début précoce ou d'une maladie apparentée a été retenue parmi les groupes les plus à risque. Une revue exhaustive des publications a démontré qu'il existe peu de ressources pour cette clientèle. En effet, la stratégie nationale inclut ce groupe parmi ceux qui se heurtent à divers obstacles pour obtenir des soins équitables : « Les personnes atteintes de démence précoce manquent souvent de mesures de soutien et de services adaptés à leur âge...<sup>1</sup> » L'atteinte d'une meilleure qualité de vie pour ces personnes occupe une place importante dans la stratégie. Les résultats préliminaires de la recherche laissent présager que l'intervention « Apprendre pour cheminer ensemble » offerte

aux conjoints aidants soutiendra la qualité de vie des proches aidants de personnes atteintes de la forme précoce de la maladie d'Alzheimer.

Vous connaissez des aidants qui pourraient profiter de l'intervention « Apprendre pour cheminer ensemble »? N'hésitez pas à les diriger vers **madame Renée Coulombe**, coordonnatrice du projet, au **514-340-3540, poste 4107**, ou à écrire à [renee.coulombe@criugm.qc.ca](mailto:renee.coulombe@criugm.qc.ca).

## NOTE

1. Agence de la santé publique du Canada. (2019). Une stratégie sur la démence pour le Canada. Ensemble, nous y aspirons.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie agit à titre de vecteur ou d'organisme du milieu afin d'être le lien entre un organisme subventionnaire et un projet de recherche. Par le passé, l'AQIIG a ainsi contribué à des projets pilotes tels les projets Ententes sur le soutien aux proches aidants (ESPA) et MeSSAGES (une formation en ligne pour soutenir les proches aidants de personnes âgées), en collaboration avec la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille de l'Université de Montréal.

Depuis plus de deux ans, l'AQIIG agit à ce titre auprès du ministère de la Famille et du projet de recherche Apprendre pour cheminer ensemble, sous la direction de madame Véronique Dubé, Ph. D., titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers.

L'Association se veut ainsi un facilitateur dans la réalisation de projets de recherche pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières gérontogériatriques. Si vous souhaitez obtenir un soutien dans le cadre d'une recherche dans ce domaine, il est possible de nous écrire, à [infoaqiig@org.ca](mailto:infoaqiig@org.ca)

# Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,  
Montréal (Québec) H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092

[www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)

[info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

[revue@aqiig.org](mailto:revue@aqiig.org)

## Membres du Conseil d'administration 2019

**Huguette Bleau, présidente**

[presidente@aqiig.org](mailto:presidente@aqiig.org)

**Ginette Labbé, vice-présidente**

**Karen Joan Sharp, trésorière**

**Sylvie Vallée, secrétaire**

**Marjolaine Landry, administratrice**

**Elena Maftei, administratrice**

**Nancy Ouellette, administratrice**

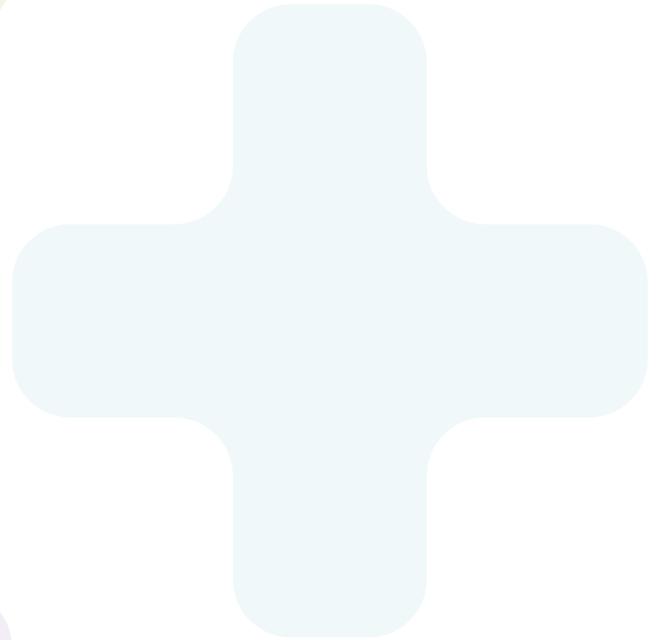
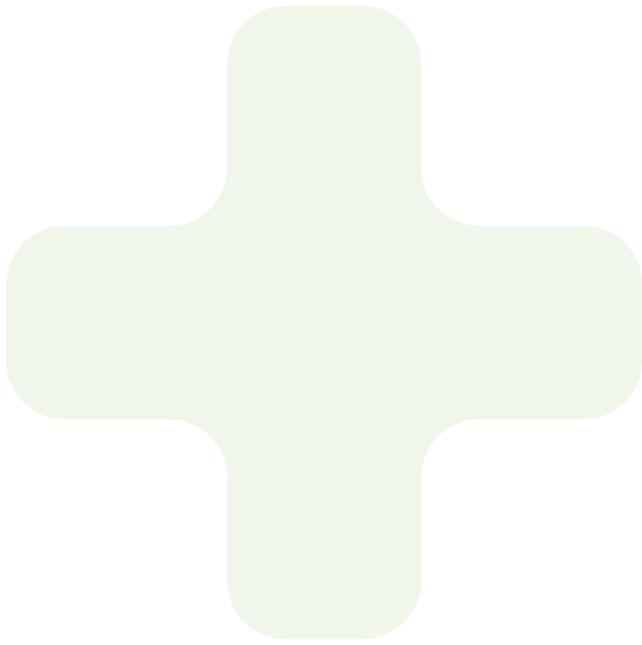
### À la recherche d'auteurs pour la revue *La Gérontoise*

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître...  
Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...  
Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous joindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche d'articles qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances

Courriel de la revue *La Gérontoise* : [revue@aqiig.org](mailto:revue@aqiig.org)



AQiiG 

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériologie