

La collaboration médecin-infirmière : le début d'un temps nouveau !

Un nouveau cadre juridique peut-il améliorer *ipso facto* la collaboration interprofessionnelle? À mon avis, non ! Car la collaboration exige surtout de la confiance et de la bonne volonté. Par ailleurs, le cadre juridique qui permet un nouveau partage d'activités peut paver la voie à la collaboration et en faciliter la réalisation.

Lors d'un colloque de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) le 12 septembre dernier, une belle unanimité se dégageait des propos des médecins participants, soit l'importance de consolider et d'élargir la collaboration avec les infirmières. Le président du Collège des médecins du Québec (CMQ) a même insisté en déclarant qu'il s'agissait d'une priorité. Ce colloque de l'ACMDPQ portait sur la Loi 90.

Les perspectives d'application de la Loi 90 exprimées par le CMQ et l'ACMDPQ me sont apparues au diapason de celles de l'OIIQ. Le Guide d'application, publié par l'Ordre, a été présenté comme un des documents indispensables pour comprendre la portée de cette loi. De son côté, le CMQ a publié en septembre un numéro du bulletin *Le Collège* qui explique au corps médical les principaux changements apportés par la Loi.

Le Dr Yves Bolduc, président de l'ACMDPQ, a invité les médecins à régulariser le plus rapidement possible les pratiques actuelles en adoptant les

ordonnances collectives qui s'imposent, notamment celles permettant aux infirmières d'initier une mesure diagnostique ou thérapeutique à l'urgence. Il a présenté les étapes critiques pour gérer le changement, notamment la nomination d'un chargé de projet pour soutenir le directeur des services professionnels et la directrice des soins infirmiers.

Évidemment, comme pour toute nouveauté, il y a toujours des appréhensions; celles des médecins tournaient autour de l'application et de la portée de l'ordonnance collective et de la responsabilité professionnelle du médecin. Un des médecins participants a émis une remarque judicieuse, se demandant qui se chargera de la révision de ces ordonnances collectives et qui s'assurera de leur modification pour suivre les nouveaux protocoles thérapeutiques. En fait, les médecins s'interrogeaient sur la responsabilité du ou des prescripteur(s). C'est intéressant parce que les infirmières aussi s'interrogent sur cette nouveauté de l'ordonnance collective qui remplace l'ordonnance permanente. Des précisions viendront progressivement au cours des prochains

mois à l'issue d'échanges entre médecins, pharmaciens et infirmières. Toutefois, certains principes sont clairs. Le Guide d'application que nous avons publié les expose succinctement.

Rappelons que l'ordonnance collective est un outil plus souple que ne l'était l'ordonnance permanente parce que cette dernière était limitée au règlement d'actes médicaux délégués. Les ordonnances individuelles et collectives peuvent avoir pour objet d'administrer, d'ajuster ou d'effectuer les examens, les soins, les traitements médicaux et la médication. Elles peuvent s'appliquer tant en établissement public qu'en industrie, en clinique privée ou en GMF (groupes de médecine de famille).

À mon avis, il faut observer certaines précautions dans l'application d'ordonnances collectives. Il est clair que l'infirmière doit avoir la compétence requise et bien connaître le domaine clinique auquel s'applique l'ordonnance parce qu'elle engage sa responsabilité professionnelle. Par ailleurs, les infirmières expertes du domaine clinique concerné devraient échanger préalablement avec les médecins et s'entendre avec eux sur les



ordonnances pertinentes et applicables au suivi des patients dans un département clinique donné. L'introduction de nouvelles activités thérapeutiques qui s'appuient sur des techniques invasives exigera une grande prudence et un programme de formation continue pour les soutenir et, dans certains cas, cette formation pourra être obligatoire et réglementée par l'Ordre (par exemple, l'installation d'un cathéter veineux central par voie périphérique).

Je suis confiante que les leaders médicaux et infirmiers se rallieront pour donner une nouvelle base à la collaboration médecin-infirmière. Ce qui ne signifie pas pour autant que ce sera facile. À mon avis, il y a plusieurs obstacles sur le terrain, tels le manque de stabilité de l'équipe d'infirmières, l'insuffisance de la formation continue, les rationnements dus aux coupes budgétaires et le manque de soutien pour poursuivre des études supérieures en pratique avancée.

Actuellement, il est à la mode de parler d'interdisciplinarité. J'avoue que cela me rebute parfois et m'apparaît très « politiquement correct ». Il me semble qu'il y a confusion entre le partage « légal » des actes professionnels, la collaboration professionnelle et l'interdisciplinarité, laquelle vise à faire émerger des pratiques profes-

sionnelles intégrées issues du partage des savoirs de deux disciplines. Par ailleurs, la collaboration au quotidien entre deux professionnels exige des buts communs, le respect réciproque et des conditions facilitantes, telle la stabilité des infirmières. Comment collaborer avec des infirmières qu'on ne connaît pas ou peu? Le Dr Daniel Chartrand, de l'Association des anesthésistes du Québec, a raconté, lors du colloque de l'ACMDPQ, qu'il y a plusieurs décennies, il y avait dans l'hôpital trois intervenants pour un patient, dont le médecin et l'infirmière, et que dans les années 2000, on peut en calculer une vingtaine. En termes clairs, la prise en charge thérapeutique s'appuie sur la contribution d'une chaîne complexe d'intervenants professionnels et non professionnels. La collaboration s'impose d'évidence. La révision des lois professionnelles vise à favoriser cette collaboration.

Le Dr Alain Vadeboncoeur, coordonnateur à l'urgence de l'Institut de Cardiologie de Montréal, explique que l'enrichissement des activités cliniques de l'infirmière peut devenir un levier de valorisation et améliorer le fonctionnement de l'urgence. « À l'urgence de l'Institut, [...] les infirmières ont été récemment formées pour la réanimation avancée. Dès lors, elles ne dirigent pas la réanimation, mais elles y jouent un rôle beaucoup plus actif. Résultat? Elles s'y intéressent, cherchent à en savoir plus. D'exécutrices, elles se transforment en collaboratrices. »¹

La pratique avancée qu'exerceront les praticiennes en spécialité se situe dans un espace de collaboration inexploré jusqu'à maintenant au Québec. Certains médecins voient d'un mauvais œil ce qui leur apparaît comme un empiètement indu sur leur champ de compétence. D'autres, s'appuyant sur le haut niveau de formation de ces infirmières, espèrent améliorer l'accessibilité aux soins grâce à cette collaboration.

Il est clair qu'il n'y aura des praticiennes que dans les spécialités où les médecins le demandent et le justifient. Un aspect déterminant de cette collaboration résidera dans l'intégration de la praticienne dans le département clinique. Ainsi, tout en contribuant au développement de la pratique infirmière, les praticiennes seront affectées au département clinique. On ne devra pas dénaturer leur contribution essentiellement clinique en leur faisant assumer des fonctions administratives habituellement confiées aux cadres infirmiers. Toutefois, elles devront contribuer à l'enseignement et à la recherche.

Nous avons convenu avec le Collège des médecins du Québec de donner la priorité à la néonatalogie intensive, à la néphrologie et à la cardiologie. Les règlements autorisant cette pratique devraient être en vigueur au printemps 2004, un comité conjoint ayant commencé ses travaux depuis septembre. Comme quoi, cette collaboration étroite recherchée sur le terrain est d'ores et déjà commencée au niveau des ordres professionnels.

Personnellement, j'estime que nous sommes à l'aube d'une nouvelle époque de collaboration médecin-infirmière et je trouve cela rassurant pour le devenir des soins de santé au Québec. 📍

LA PRÉSIDENTE,

GYSLAINE DESROSIERS

1. *Le Collège*, vol. XLIII, n° 3, automne 2003, p. 14.