



PERSPECTIVE

Le rôle de l’infirmière praticienne spécialisée à l’urgence

En 2017, le gouvernement du Québec s’est engagé à améliorer l’accès aux soins et aux services de santé à l’ensemble de la population. Pour ce faire, il a déclaré qu’il allait créer 2 000 postes d’infirmières praticiennes spécialisées (IPS) d’ici 2024-2025 [1]. Des changements importants ont eu lieu dans les programmes universitaires d’IPS en 2017 afin de revoir les différentes classes de spécialités. De plus en plus d’IPS sont formées dans les universités et rejoignent graduellement les milieux cliniques. D’ailleurs, plusieurs changements dans les programmes universitaires ont eu lieu au même moment afin d’augmenter cette offre de services. C’est pourquoi la présence des IPS dans les urgences sera de plus en plus fréquente dans les années à venir.

par Nathalie Amiot, Jessie Carrier et Claudie Roussy

QU’EST-CE QU’UNE IPS?

Tout d’abord, une IPS est une infirmière certifiée avec une expérience clinique dans son domaine de soins. Elle possède une formation de deuxième cycle universitaire en pratique infirmière avancée et médicale lui permettant d’évaluer l’état de santé d’une personne de façon globale et approfondie, d’émettre des impressions diagnostiques et d’effectuer les cinq activités médicales suivantes [2] :

- prescrire des examens diagnostiques;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- prescrire des médicaments et d’autres substances;
- prescrire des traitements médicaux;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Toutes les IPS pratiquent en collaboration avec un ou des médecins partenaires, et ce, dans le but de favoriser l’accès aux soins et l’expérience de santé de la personne. Leurs responsabilités sont à la fois distinctes et partagées avec celles des médecins (**voir Tableau 1**).

SITUATION DANS LES URGENCES

Avec plus de 3,4 millions de visites annuellement à travers la province du Québec, le service des urgences est un des endroits les plus achalandés du système de santé québécois [3]. De ces visites, un peu plus de 60 % sont des priorités 4 ou 5 sur l’échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) et cela peut augmenter à 80 % dans les hôpitaux ruraux qui ne possèdent pas de lits d’hospitalisation [3]. D’ailleurs, jusqu’à 17 % des patients quittent avant d’avoir vu un médecin, ce qui accentue la mortalité et la morbidité des patients [3]. Dans la plupart des cas, cette clientèle aurait pu être évaluée par d’autres services de santé primaire [3]. À cet égard, un projet pilote de réorientation clinique a été effectué au CIUSSS du Nord-de-l’île-de-Montréal et a permis de démontrer que la réorientation est efficace pour diminuer le temps d’attente des patients, ainsi que le nombre de patients quittant avant prise en charge médicale [4]. Par contre, jusqu’à 30 % des patients refusaient la réorientation, et ce, pour de multiples raisons, dont le déplacement que cela engendrait, l’attente et les coûts associés soit au stationnement et aux possibles frais à la clinique [4].

Tableau 1. Responsabilités de l'IPS et du médecin.

	Infirmière praticienne spécialisée	Médecin
Rôle	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une évaluation avancée de l'état de santé; Émettre des hypothèses et des impressions cliniques; Identifier des interventions thérapeutiques appropriées. 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une évaluation médicale; Déterminer le diagnostic et les diagnostics différentiels; Émettre le plan de traitement médical.
Responsabilités spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> L'IPS doit discuter avec le médecin lorsque la situation clinique le nécessite, soit lorsque : <ul style="list-style-type: none"> les soins dont le patient requiert dépassent ses compétences ou son domaine de soins; l'état de santé du patient s'est détérioré et que le suivi devient difficile à assurer; le patient ne répond pas au traitement habituel. 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance générale des activités médicales de l'IPS; Le médecin doit être disponible pour intervenir lorsque l'IPS en fait la demande.

Source : [2]

De même, le temps d'attente dans les urgences du Québec est un problème connu depuis de nombreuses années. Alors que le temps d'attente médian avant de voir un médecin à l'urgence au Canada se situe à 3,2 heures, il augmente à 4,6 heures au Québec faisant de la province la dernière au classement [5]. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces délais, dont le manque d'accès aux soins de première ligne, l'absence de plateau technique dans certains milieux de première ligne, la difficulté d'augmenter le nombre d'urgentologues en cas d'achalandage important ainsi que l'accès parfois limité aux médecins spécialistes [3]. Afin d'améliorer les délais de prise en charge, une des suggestions du commissaire de la santé et du bien-être est d'augmenter l'accès aux services en passant notamment par l'expertise infirmière, dont celle des IPS [3].

CHANGEMENTS DE CLASSES DE SPÉCIALITÉ DES IPS

Depuis la réforme de 2017, deux nouvelles classes d'IPS ont vu le jour, soit les IPS en santé mentale (IPSSM) et les IPS en soins pédiatriques (IPSSP). Les IPS qui travaillaient en deuxième et troisième ligne étaient auparavant affectées uniquement à la néonatalogie, la cardiologie et la néphrologie. Le programme de la néonatalogie est resté identique, tandis que ceux de la cardiologie et de la néphrologie ont été modifiés afin d'élargir le champ de pratique de ces IPS. Actuellement, ces nouvelles IPS sont maintenant certifiées en soins aux adultes (IPSSA). Tout comme les soins pédiatriques, les IPS en soins aux adultes travaillent dans différents domaines de soins tels que la pneumologie, les neurosciences, la cardiologie, la néphrologie, l'hémo-oncologie, la médecine interne voire même dans certains domaines chirurgicaux. Du côté du programme visant à former des IPS en première ligne (IPSPL), une formation aux

ainés a été ajoutée au cursus.

Selon les lignes directrices [6-10], toutes les IPS peuvent pratiquer à certains niveaux à l'urgence, mais ce milieu ne peut pas être leur unique lieu de pratique [6]. La contribution potentielle des IPS à l'urgence varie d'une classe de spécialité à l'autre selon leurs lignes directrices [6-10] (**Tableau 2**). Par exemple, les IPS en soins de première ligne (IPSPL) peuvent pratiquer dans le secteur ambulatoire de l'urgence. Par leur formation, elles sont en mesure de prendre en charge de façon autonome des problèmes de santé courants tels que des otites, des cystites, des fractures, des saignements vaginaux du premier trimestre, des lacérations, des symptômes d'allure grippaux, etc. Elles peuvent également procéder à des techniques diagnostiques invasives telles que des

examens gynécologiques et effectuer des traitements médicaux invasifs comme un drainage d'abcès ou des points de suture [7]. Elles peuvent également avoir des cliniques de relance où elles peuvent revoir des patients nécessitant un suivi rapproché suite à la prescription d'antibiotiques, par exemple.

Les IPS en soins aux adultes, en soins pédiatriques, en santé mentale et en néonatalogie peuvent répondre aux demandes de consultation au même titre que les spécialistes, et ce, tout en respectant leur domaine d'expertise. Par exemple, une IPS qui travaille en pneumologie peut seulement réaliser une consultation qui concerne la pneumologie. L'IPS peut également évaluer un patient correspondant à son domaine de soins qui se trouve dans une unité connexe à l'urgence comme les unités d'hospitalisation brève et les unités de débordement de l'urgence. Elle peut également effectuer des techniques diagnostiques et des traitements médicaux invasifs selon son domaine de soins et si cela concorde avec la pratique de son médecin partenaire. Voici donc quelques exemples :

- Une IPS qui pratique en cardiologie ou en cardiologie pédiatrique peut procéder à une cardioversion électrique;
- Une IPS en pneumologie ou en pneumologie pédiatrique peut installer un drain thoracique ou faire un gaz artériel;
- Une IPS en néonatalogie peut installer une ligne artérielle ou encore procéder à l'intubation du nourrisson.

Les exemples mentionnés ci-haut ne sont pas spécifiques ni réservés aux domaines de soins, ils sont seulement utilisés à titre d'exemple. D'ailleurs, il est important de mentionner que ►

Tableau 2. Contribution des IPS à l'urgence

Classe de spécialité	Contribution potentielle	Lignes directrices
IPSPL	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge autonome des patients se présentant avec des problèmes de santé courants (comme à l'aire ambulatoire). 	<ul style="list-style-type: none"> Obligation d'avoir un médecin sur place.
IPSSA IPSSP	<ul style="list-style-type: none"> Répondre aux consultations dans leur domaine de pratique à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation brève (UHB); Accueil clinique dans leur domaine de pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> Un diagnostic provisoire doit avoir été établi par un médecin sur la demande de consultation; Les modalités de collaboration avec un médecin partenaire quant à la précision du diagnostic final devront être respectées.
IPSNN	<ul style="list-style-type: none"> Répondre aux consultations dans leur domaine de pratique. 	
IPSSM	<ul style="list-style-type: none"> Répondre aux consultations dans leur domaine de pratique. Accueil clinique. 	

Source : [7], [8], [9], [10] et [11]

l'IPS peut procéder à un geste invasif seulement lorsque les trois conditions suivantes sont répondues : 1) geste requis par l'état de santé de la personne, 2) l'IPS possède les formations et les compétences nécessaires pour procéder à l'intervention et 3) l'IPS est en mesure de prendre en charge les complications potentielles [7-10].

Malgré le fait que le milieu de l'urgence ne peut être le seul lieu de pratique des IPS au Québec, il a été démontré dans plusieurs pays (p. ex., États-Unis) et dans d'autres provinces au Canada, que leur présence à l'urgence comporte de nombreux avantages autant pour les patients que pour l'équipe de soins. Bien que la législation soit plus souple à l'égard des IPS dans d'autres milieux, plusieurs études [12-15] ont démontré que l'IPS permet de libérer les urgentologues afin de gérer les cas nécessitant des soins complexes, d'améliorer le délai de prise en charge, de diminuer le temps de séjour des patients, ainsi que de réduire le nombre de patients quittant avant prise en charge médicale, ce qui a pour effet d'améliorer la satisfaction globale des patients. Enfin, par sa formation en pratique infirmière avancée, l'IPS est également amenée à travailler en interdisciplinarité et à être un modèle de rôle pour les infirmières d'urgence en termes d'évaluation, d'enseignement à la clientèle et d'utilisation des données probantes par le transfert de ses connaissances.

CONCLUSION

Le rôle des IPS a considérablement évolué dans les dernières années et continuera certainement dans cette voie surtout avec l'adoption du projet de loi 43 « Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé ». Le projet de loi, adopté par le Gouvernement du Québec le 18 mars 2020, entrera

en vigueur prochainement par décret. Ce projet de loi vise l'autonomie des IPS et leur permettra notamment de poser un diagnostic, ce qui n'est pas le cas actuellement [16, 17]. Suite à ce projet de loi, des modifications aux lignes directrices et aux règlements sur les IPS sont à prévoir. Les IPS ont une valeur ajoutée aux équipes de soins, dont celles de l'urgence. Lorsque la loi entrera en vigueur, cela permettra d'optimiser la pratique et le rôle des IPS en reconnaissant et en valorisant leur expertise et leurs compétences de façon à améliorer l'accès aux soins et aux services de santé en première, deuxième et troisième ligne. ■

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.



Les auteures

Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)



Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CISSS de la Montérégie-Est



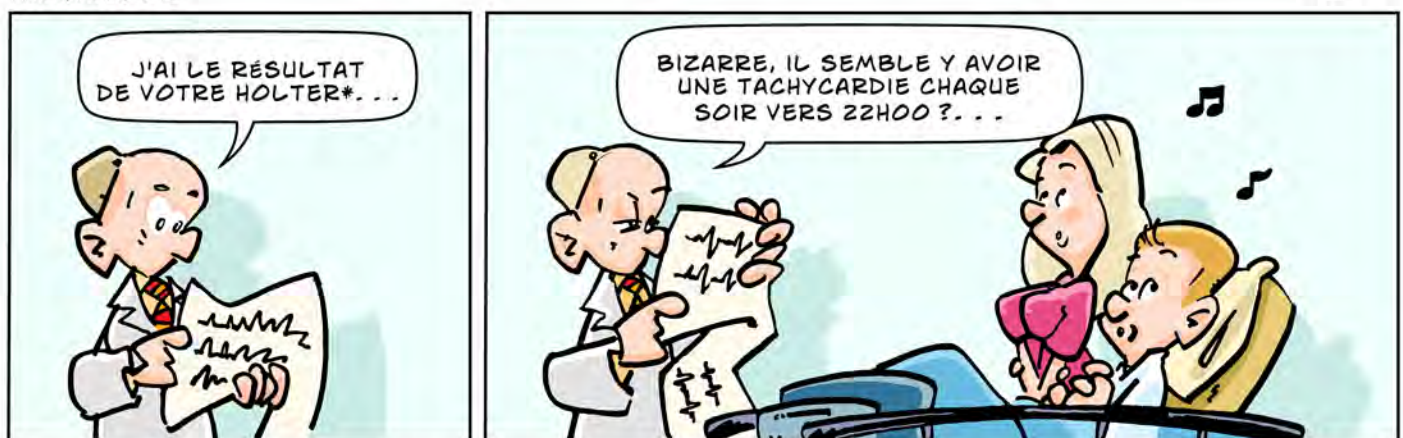
Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Institut de Cardiologie de Montréal

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Formation de 2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025. Gouvernement du Québec, Québec (Qc); 2017. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Fiche_technique_IPS.pdf
2. [Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Infirmière praticienne spécialisée. 2019. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips>
3. Gouvernement du Québec. Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec. 2016. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
4. Messier, A. La réorientation des P4-P5: un projet qui fait ses preuves à Montréal !. Congrès 2017 des services de première ligne. 2017. <https://studylibfr.com/doc/1875898/3-s-la-r%C3%A9orientation-des-p4-p5---un-projet-pilote-qui-fai...>
5. Canadian Institute for Health Information. NACRS Emergency department visits and length of stay by province/territory, 2018–2019. Ottawa (ON); (2019). <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports>
6. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Encadrement de la pratique des IPS. 2019. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/encadrement-de-la-pratique-des-ips>
7. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSP-web.pdf/e6877f7b-ab24-e4f1-3003-3dc6d738a410>
8. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2507-lignes-directrices-IPSA-web.pdf/5b71e9d0-932d-3102-f3c0-ad3b65f95ac6>
9. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2509-lignes-directrices-IPSSP-web.pdf/1005ba14-4941-495c-7216-ab304909f5ac>
10. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2508-lignes-directrices-IPSN-web.pdf/34413617-e037-6098-0168-882dd8339f09>
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : Lignes directrices. (2019). <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2506-lignes-directrices-IPSSM-web.pdf/3e133fd-d9fa-dd1a-8b3e-ea1387cad37a>
12. Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. CJEM. 2007; 9(4), 286-295. DOI 10.1017/s1481803500015189
13. Ducharme J, Alder RJ, Pelletier C, Murray D, Tepper J. The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. CJEM. 2009; 11(5), 455-461. DOI: 10.1017/s1481803500011659
14. Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, Policchio C. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. CJEM. 2009; 11(3), 207-214.
15. Wilson A, Shifafa F. An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. Int J Nurs Pract. 2008 ; 14(2), 149-156. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2008.00678.x
16. Assemblée nationale du Québec. Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2019. <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-43-42-1.html>
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. IPS : adoption du projet de loi no 43.2020. https://www.oiiq.org/ips-adoption-du-projet-de-loi-no-43?fbclid=IwAR19YCODG-GXPDUAIU7RHRVeu4-P_OptXEdkx3PEDB8Ys8WMECoVtQ-iU#:~:text=Montr%C3%A9al%2C%20le%2018%20mars%202020,services%20de%20sant%C3%A9%2C%20dont%20

TACHYCARDIE



*HOLTER : ENREGISTREMENT SUR 24H DU RYTHME CARDIAQUE



Saviez-vous que derrière le pseudonyme de Stat se trouvent deux professionnels de la santé?

Yves Lessard (à droite) est infirmier clinicien au CISSS de Chaudières-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis et François Paquet (à gauche) est médecin spécialiste en médecine d'urgence également au CISSS de Chaudières-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis.

À la recherche d'une expérience
enrichissante ?

VIVEZ L'EXPÉRIENCE DU RÔLE ÉLARGI !

Incertain(e) ?

- Assistez à notre prochaine séance d'information
- Visitez notre site web
- Envoyez votre CV



Pour en savoir plus
www.solutionsnursing.ca

RÉPONSES DU VRAI OU FAUX : les soins d'urgence et l'oncologie

1. **La prise de la température axillaire et de la température rectale est une pratique adéquate chez un URTCC - Réponse : Faux.**

La température axillaire est peu fiable pour détecter une fièvre chez un URTCC [4]. Quant à la prise de la température rectale, bien que fiable, elle peut créer des saignements ou des lésions et ainsi permettre l'entrée de microorganismes chez l'URTCC [5]. Par conséquent, celle-ci devrait être évitée. La prise de la température orale est à privilégier [4].

2. **Il est nécessaire qu'un URTCC présente une fièvre, soit une température buccale $\geq 38,3$ °C ou une température à 38,0 °C, pendant une heure afin de suspecter une infection - Réponse : Faux.**

Chez les URTCC, certains signes et symptômes (p. ex., une douleur périnéale ou abdominale) peuvent être liés à une infection active [4]. De plus, certains URTCC peuvent recevoir des corticostéroïdes ce qui peut donc masquer un état fébrile [4].

3. **La chimiothérapie est considérée comme un médicament dangereux puisqu'elle entraîne des risques pour les usagers qui la reçoivent - Réponse : Faux.**

La chimiothérapie est considérée comme un médicament dangereux puisqu'elle comporte certes des risques, mais plutôt pour les travailleurs qui peuvent potentiellement entrer en contact avec celle-ci (p. ex., contact direct et indirect avec les déchets et les liquides biologiques de l'utilisateur qui en reçoit). En effet, la chimiothérapie peut être cancérogène et tératogène (c'est-à-dire provoquer des malformations fœtales). Elle peut également provoquer des mutations génétiques, induire l'infertilité, les fausses couches, la mort fœtale ou provoquer une nécrose des tissus exposés [3, 6].

4. **Suite au retrait des équipements de protection individuels (ÉPI), vous devez procéder à l'hygiène de vos mains avec une solution hydroalcoolique - Réponse : Faux.**

Les solutions hydroalcooliques ne permettent pas de détruire les résidus de molécules de chimiothérapie. Il est nécessaire de procéder à l'hygiène des mains exclusivement avec de l'eau et du savon, et ce, après le retrait de l'ÉPI [3, 7].

5. **Le mot « CYTOTOXIQUE » indique que le médicament est toxique pour les cellules et qu'il est seulement utilisé pour traiter un cancer - Réponse : Faux.**

Effectivement, le mot « cytotoxique » indique que le médicament est toxique pour les cellules. Toutefois, les médicaments cytotoxiques ne sont pas spécifiques au traitement du cancer puisque plusieurs médicaments utilisés en oncologie (p. ex., le méthotrexate) sont également utilisés dans le traitement d'autres maladies tel que la polyarthrite rhumatoïde [8].

6. **Un URTCC mentionne qu'il a reçu son dernier traitement de chimiothérapie il y a 48 heures. Le port d'ÉPI est donc requis pour les soins pouvant entraîner un contact avec les liquides biologiques - Réponse : Vrai.**

Comme certaines chimiothérapies peuvent subsister jusqu'à sept jours dans l'urine ou les selles [3], il convient de porter l'ÉPI selon la durée établie dans les politiques de votre établissement.

7. **Le changement de la literie d'un URTCC ayant reçu de la chimiothérapie il y a 48 heures peut être effectué en portant seulement des gants - Réponse : Faux.**

Il est possible que la literie soit contaminée par des excréments contenant des traces de chimiothérapie [3]. Ainsi, la manipulation de cette literie nécessite le port de gants et d'une blouse de protection résistants à la chimiothérapie [3].

8. **Vous devez administrer un comprimé de chimiothérapie à un URTCC. Comme c'est un comprimé, le port d'ÉPI n'est pas requis - Réponse : Faux.**

Le port de gants résistants à la chimiothérapie est nécessaire dès que le comprimé est hors de son sachet [3].

9. **Un URTCC recevant de la chimiothérapie en continu présente de la douleur, un érythème, un œdème et une accumulation de liquide au site d'insertion de son cathéter intraveineux périphérique de type Picc Line. Votre première intervention sera de cesser immédiatement l'administration de l'agent antinéoplasique - Réponse : Vrai.**

La présence de ces signes et symptômes est liée à une extravasation, ce qui signifie que l'administration de la