CSSS - 058M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

L'infirmière praticienne spécialisée,
partenaire pour le maintien de votre santé!

COMMISSION PARLEMENTAIRE

MÉMOIRE SUR LA PREMIÈRE PARTIE DU PROJET DE LOI N^{O}20 : LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE.

IMPACTS PROJETÉS ET PISTES DE SOLUTION POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU PROJET DE LOI N^{O}20.

MARS 2015

INTRODUCTION

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent contribuer efficacement à augmenter la capacité d'accès à des services de première ligne et spécialisés offerte à la population du Québec. Pour ce faire, elles ont besoin de conditions systémiques favorables à la collaboration interprofessionnelle.

Le projet de loi n^{0}20 dans sa forme actuelle, avant même d'être adopté, a déjà une influence défavorable sur la capacité de contribuer des IPS en poste. Le déploiement efficient des 2000 IPS annoncé par le gouvernement libéral risque d'être gravement compromis par les effets collatéraux de cette loi.

Le présent mémoire vise à faire état d'impacts non souhaités pour l'organisation de l'accès aux soins de santé, ainsi qu'à proposer des pistes alternatives pour éviter ces écueils. Nous sommes convaincues que la santé d'une population ne repose pas seulement sur l'accès à un médecin de famille, mais plutôt sur l'accès à des équipes de soins constituées de professionnels comprenant, entre autres, des IPS bien formées en mesure d'exercer la pleine étendue de leur champ de pratique selon les normes canadiennes.

L'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)

L'AIPSQ est un organisme sans but lucratif, sans attache syndicale ou corporatiste. Elle s'est donné pour mission d'assurer le développement et l'uniformité du rôle de l'infirmière praticienne au Québec afin de répondre aux attentes de la population à leur égard et assurer une homogénéité de la pratique. L'adhésion à notre organisme est volontaire de la part des IPS.

L'AIPSQ, avec ses 324 membres, représente plus de 75 % des effectifs IPS (étudiantes, candidates et certifiées) toutes spécialités confondues au Québec.

Infirmières praticiennes spécialisées - Sommaire des effectifs
Selon l'inscription au tableau des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, au 1er novembre 2014

Spécialité	Infirmière praticienne	Candidate infirmière praticienne	En stage	En formation	Total
Cardiologie	29	3	1	5	**38**
Néphrologie	14	0	0	5	**19**
Néonatalogie	14	1	3	3	**21**
Première ligne	196	43	44	65	**348**
Total	**253**	**47**	**48**	**78**	**426**

Direction Affaires externes, OIIQ
Tableau des membres, 1er novembre 2014

1. Projet de loi n°20 : une barrière à la collaboration IPS-MD et à l'accès aux soins

Le projet de loi n°20 propose un modèle d'organisation de la première ligne basé sur la responsabilité individuelle de chaque médecin de famille de prendre en charge un quota minimal de clientèle sous peine de sanction salariale individuelle. Une telle façon d'aborder les choses pousse naturellement les gens à s'organiser en fonction de leurs propres intérêts. Les impacts se font ressentir davantage quand la nature et le partage du travail sont aussi interdépendants que pour les tandems infirmières praticiennes spécialisées et médecins déjà en place dans les équipes.

En première ligne, l'équipe formée d'une ou des IPS avec un ou des médecins partenaires prend en charge collectivement les besoins des patients en GMF, CLSC ou UMF. Des ententes formelles à cet effet sont prévues par règlement. On retrouve globalement deux modèles principaux de prise en charge de la clientèle : le modèle consultatif et le modèle de suivi conjoint[1].

Dans un modèle dit « **consultatif** », l'IPS prend en charge un panel de patients de la façon la plus autonome possible. Elle assure le suivi des patients et de leur famille dans la continuité en tant que fournisseur de soins de santé familiale, au même titre que le ferait un médecin de famille. Elle consulte son médecin partenaire lorsqu'elle ne peut répondre aux besoins de santé du patient, soit par réglementation liée à son champ de pratique ou soit parce que les besoins du patient nécessitent une expertise médicale plus poussée.

Dans un modèle de **suivi conjoint**, la clientèle est suivie conjointement par l'IPS et le médecin. Il s'agit véritablement d'un panel partagé. Ce type de modèle inclut, par exemple, des suivis alternés entre IPS et médecin pour des suivis de maladie chronique et de santé mentale plus complexes. Voici trois exemples brefs pour illustrer des fonctionnements d'équipes en place :

Dans un gros GMF-CRQ, une IPS prend en charge 600 nouveaux patients avec deux médecins partenaires dans un modèle consultatif. La collaboration prend la forme de rencontres hebdomadaires de 30 minutes pour discuter de certains cas plus complexes et régler tout ce qui devait l'être par le médecin : prescriptions hors du champ de pratique de l'IPS, demandes de consultation à des médecins spécialistes, formulaires, etc. Le médecin ne voit jamais les patients.

Dans un point de service CLSC en milieu rural, toute la clientèle d'un territoire est desservie par un tandem IPS-médecin et la clientèle peut prendre rendez-vous indépendamment avec l'un ou l'autre, peu importe les besoins : ils se parlent quotidiennement et connaissent bien l'ensemble de la clientèle. Ce partenariat de type suivi conjoint a permis de suivre des centaines de patients de plus.

[1] Référence : Projet IPSPL.info (2014). Fiche d'information sur le suivi de la clientèle : Plusieurs modèles, aucune recette toute faite. Montréal. (Octobre 2014). www.ipspl.info

Enfin, dans une UMF-GMF, le panel de l'IPS est constitué à la fois de nouvelle clientèle suivie de façon autonome, de clientèle temporairement suivie en l'absence prolongée de collègues médecins, de clientèle en suivi conjoint pour des raisons de complexité de maladie chronique et des problèmes de santé mentale. Elle collabore avec plus de 20 médecins partenaires et des résidents en médecine familiale. Ce partenariat a permis d'augmenter l'accès malgré plusieurs congés de maladie ou de maternité dans l'équipe et d'offrir à des résidents en formation l'expérience terrain de collaborer avec une IPS.

L'approche du projet de loi 20 incite à assigner de façon claire et non équivoque chaque patient à un médecin dans l'optique de lui attribuer un panel précis. À cet effet, des pondérations de calcul de panel sont prévues suite à l'adoption du projet de loi. Des exemples de calcul ont circulé, lesquels incluaient un pourcentage utilisé pour comptabiliser la clientèle partagée avec l'IPS. Cette situation a suscité beaucoup d'inquiétude dans les équipes. Les modèles varient d'un milieu à l'autre, en fonction de la lourdeur de la clientèle et de l'expertise de l'équipe. Ceci rend la pondération de la clientèle de l'IPS dans le panel de chaque médecin partenaire très complexe, voire même irréaliste et sujette à de multiples interprétations.

Bien que le projet de loi ne soit pas adopté et que les règlements demeurent inconnus, des partenariats auparavant très fonctionnels sont en cours de modification en réaction aux données qui ont circulé. Actuellement, la clientèle suivie par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) est inscrite à la RAMQ au nom d'un médecin de famille. Cette inscription ne permet aucunement d'identifier la clientèle suivie par une IPS dans un GMF, encore moins de départager la clientèle suivie de façon autonome par l'IPSPL de la clientèle suivie conjointement avec le médecin partenaire. En réponse à l'inquiétude générée par la possibilité que la clientèle suivie par l'IPS soit comptabilisée à un moindre ratio, la réaction d'une partie des médecins est présentement d'exclure l'IPS du suivi de ces patients afin de réintroduire ceux-ci dans son quota individuel. Ce réaménagement répond uniquement à des impératifs personnels du médecin artificiellement créés par le projet de loi n^{0}20.

L'autre problématique est le manque de temps envisagé pour la consultation IPS-médecin. Dans la majorité des milieux, chaque IPS a pris en charge de la nouvelle clientèle offrant ainsi un accès aux soins de première ligne à des centaines de patients supplémentaires. L'IPS responsable de son propre panel consulte au besoin le médecin partenaire ou lui réfère sa clientèle si la situation dépasse ses capacités d'intervenir. La clientèle, bien qu'inscrite au nom d'un médecin partenaire, est « réputée » être celle de l'IPS. Lorsque des consultations au médecin sont nécessaires, le temps dédié à cette consultation peut être perçu comme un surcroît de travail, en particulier pour le médecin de famille habitué à exercer ses activités uniquement auprès de sa clientèle « à lui ». Dans un tel modèle, le médecin qui devra augmenter son quota pour éviter la compression salariale risque d'être moins disponible et le délai d'accès au médecin partenaire pour la clientèle suivie par l'IPSPL est un effet potentiel envisageable et non souhaitable. Cet effet est également anticipé pour les partenariats en milieu spécialisé, ce dont nous ferons mention plus loin.

Il est important de rappeler que les médecins de famille partenaires reçoivent déjà des forfaits négociés par la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ) (lettre d'entente 229) pour compenser le temps de discussion nécessaire pour assurer les soins aux patients. Ces forfaits sont partagés entre médecins partenaires et ne sont pas nécessairement ajustés selon l'intensité véritable du niveau de collaboration. Ces forfaits partagés entre plusieurs médecins ne font pas le poids face à la menace de compression salariale de 30 % évoquée dans le projet de loi.

Dans d'autres milieux, la réponse à la menace de la loi n^{0}20 prend la forme de pressions indues sur l'IPS de la part des médecins pour prendre en charge un plus grand nombre de nouvelles clientèles. Rappelons que les médecins ne sont pas en lien hiérarchique avec les IPS qui sont des employées des établissements, salariées de l'état avec des contrats de travail balisés par des conventions collectives. Les gestionnaires du réseau ont peine à s'adapter aux exigences très différentes des responsabilités professionnelles des IPS. La charge de travail d'une IPS, comme celle d'un médecin, varie grandement d'une semaine à l'autre selon les besoins urgents, les résultats d'examens anormaux nécessitant une attention immédiate et l'aggravation imprévisible de l'état de santé nécessitant des actions de consultation, de concertation et des procédures de référence internes et externes. Pourtant, la grande majorité des IPS se retrouve coincée dans un carcan rigide d'horaire de travail, avec l'impossibilité de se faire reconnaitre les heures supplémentaires travaillées ni même de gérer un horaire variable pour pouvoir s'adapter aux besoins fluctuants de la clientèle sous sa responsabilité. Cet état de fait limite grandement la capacité d'augmenter le nombre de patients pris en charge par les IPS et mérite une attention particulière au sein des négociations actuellement en cours pour leur permettre d'exercer leurs responsabilités à pleine capacité.

En ce qui a trait à la médecine spécialisée, le projet de loi n^{0}20 impose des délais de réponse pour une consultation aux médecins spécialistes en provenance de la première ligne sous peine de pénalité. Nous craignons un déplacement rapide des services dans ces secteurs sans souci des conséquences sur le suivi de la clientèle hospitalisée sous la charge des IPS. Les conséquences anticipées incluent un retard dans la prescription du congé des patients et des délais d'accès à la consultation des spécialistes par l'IPS pour la clientèle plus complexe (ex. postchirurgie cardiaque). Les mesures en silo du projet de loi n^{0}20 nous font craindre que des spécialistes refusent l'octroi de nouveaux postes ou fassent pression pour abolir des postes d'IPS dans certains secteurs (ex. hémodialyse), car ils ne veulent plus ou pas faire de tournée hospitalière ou prendre de nouveaux cas à charge en ambulatoire. Contrairement à leurs homologues de médecine familiale, les médecins spécialistes ne reçoivent aucune compensation financière pour le temps de consultation avec les IPS pour des patients communs. La facturation est prévue pour le temps passé avec une infirmière. Considérant que les cas référés aux spécialistes par les IPS sont très complexes, les primes n'en valent pas la chandelle.

En résumé :

Il existe une très grande interdépendance du travail des IPS avec celui de leurs médecins partenaires. Les modèles de partenariat diffèrent en réponse aux besoins de la clientèle. Le projet de loi n^{0}20 intervient dans un système complexe : ses cibles individualistes transforment l'objectif de la collaboration centrée sur le patient vers la collaboration au service des médecins pour éviter les pénalités. Des partenariats auparavant très fonctionnels sont en cours de modification. Des médecins se retirent du partenariat de différentes façons : en refusant d'inscrire de la nouvelle clientèle avec l'IPS, alors que cette dernière a la capacité d'en accueillir un plus grand nombre, ou en décidant unilatéralement de changer des modèles qui seront comptabilisés de façon plus favorable.

Pour que le partenariat soit sain, le travail d'une professionnelle comme une IPS ne doit pas être influencé par le salaire personnel de ses collègues médecins, encore moins être aussi directement associé à une menace de compression salariale. Inévitablement, des modifications importantes telles que celles envisagées ici, particulièrement avec une approche aussi coercitive, comportent des risques élevés de réactions non favorables à la collaboration. Les partenariats IPS-md sont menacés et, par le fait même, la capacité d'accès aux services des IPS par la population, ainsi que la qualité de la prise en charge pouvant être offerte au sein de ces partenariats.

En centre hospitalier, un délai dans la prescription du congé des patients hospitalisés est déjà entrevu. De plus, dans des secteurs surspécialisés une entrave au déploiement du rôle nous semble évidente.

2. Le cadre réglementaire actuel et le projet de loi n^{o}20

Pour améliorer l'accès, il faut que chacun puisse contribuer au maximum de ses compétences. Les lignes directrices encadrant les modalités de pratique des activités médicales des IPS québécoises sont les plus contraignantes au Canada. Cette situation augmente inutilement les demandes de consultation obligatoires avec les médecins partenaires, ce qui a un impact négatif direct sur l'efficience du travail des IPS et sur celle de leurs médecins partenaires.

L'IPS québécoise est la mieux formée au Canada, avec 630 heures de formation théorique (moyenne canadienne 499 heures) et 950 heures d'enseignement clinique (moyenne canadienne 764,6 heures); cependant, elle est la moins autonome[2] dans sa pratique. Dans la plupart des provinces, les IPS diagnostiquent une maladie, un problème ou une condition; elles prescrivent des examens diagnostiques et des médicaments sans règlements complexes et restrictions significatives; elles effectuent des techniques invasives pour lesquelles elles ont été formées; elles réfèrent vers d'autres professionnels de la santé y compris les médecins spécialistes et elles admettent le patient à l'hôpital et donnent le congé. Dans le contexte où les attentes du MSSS quant au nombre de patients pris en charge par les IPS sont calquées

[2] Document sur la mobilisation canadienne des IP : Un défi d'harmonisation, OIIQ, 2014

sur les statistiques des provinces voisines, les IPS peuvent difficilement répondre à cette demande de volume avec le cadre de pratique actuel.

Des travaux sont en cours avec le Collège des médecins du Québec, mais ils piétinent depuis plus de cinq ans. Quoique de meilleures dispositions à faire avancer ce dossier soient palpables depuis les 18 derniers mois, nous sommes étonnées qu'aucune disposition à ce sujet ne soit mentionnée dans un projet de loi ayant pour objectif d'augmenter l'accès aux soins de santé pour la population.

3. L'effet potentiel du projet de loi n°20 sur la formation des IPS

Le travail des IPS consiste en une intégration de pratique infirmière avancée et de pratique médicale. Les médecins de famille enseignants, particulièrement les médecins en UMF, ont grandement contribué à la qualité de la formation des IPS québécoises. Ils possèdent une expertise de la médecine familiale jumelée à une expertise pédagogique unique. Le nombre d'IPS en pratique augmente, ce qui facilitera notre apport à la formation dans le futur. Cependant, comme la pratique des IPS est très proche de celle des médecins et se vit en partenariat étroit avec eux, il nous apparaît hautement souhaitable que les médecins enseignants puissent continuer à contribuer à cette formation. La valeur et le temps nécessaires pour bien assumer ces tâches essentielles doivent être reconnus aux médecins enseignants et aux IPS superviseures de stage. Les UMF et les centres hospitaliers universitaires demeurent des milieux clés pour former des IPS, pour assurer la qualité de la formation et pour favoriser l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle.

Pour atteindre le nombre souhaité de 2000 IPS d'ici 10 ans, l'offre de stages devra être bonifiée rapidement, entre autres en sollicitant également l'implication des médecins et des IPS travaillant hors UMF dans des GMF privés subventionnés, par exemple. Nous sommes inquiets du fait que la contrainte de quota de clientèle du projet de loi n°20 limite la disponibilité des médecins pour s'investir dans la supervision de stagiaires IPS. Dans le cas où ils accepteraient de le faire, la pression de débit influencera indéniablement le temps nécessaire à la qualité d'enseignement offerte. Sans un accompagnement adéquat, des stagiaires pourraient se retrouver en situation de difficulté, ce qui a le potentiel de porter atteinte non seulement à leur réussite, mais aussi à la sécurité des soins. Le stage constitue un moment charnière dans l'apprentissage de la pratique et l'intégration de ce nouveau rôle au niveau élevé de responsabilités professionnelles.

Les demandes envers les médecins spécialistes visent des secteurs d'activité comme l'urgence et les cliniques de nouveaux cas où les IPS en spécialités ne sont pas déployées actuellement. Par contre, le déplacement des services médicaux vers ces secteurs a un impact sur la disponibilité des médecins spécialistes qui collaborent avec les IPS et qui participent à la formation. Présentement, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et les autres ordres canadiens se sont constitués en société appelée « Conseil canadien des organismes de règlementation de la profession infirmière (CCORPI) » dans le cadre de l'Accord sur la mobilité de la main-d'œuvre (2009). Le CCORPI vise à assurer une certaine conformité canadienne, notamment, en termes de catégorie d'IPS. Le Québec avait fait exception en implantant et développant le rôle des IPS en soins aigus selon les spécialisations

reliées au modèle médical de cardiologie, néphrologie et néonatalogie. Les universités québécoises, avec de petites cohortes d'étudiantes, peinent à composer avec des demandes variées de formation correspondant à des besoins spécifiques selon les spécialités médicales. De ce fait, l'OIIQ et le CMQ travaillent avec les universités à la création d'un tronc commun de formation pour toutes les IPS en soins aigus. L'apprentissage des connaissances et des habiletés spécifiques à une spécialité se fera lors des stages cliniques et par préceptorat augmentant, ainsi, l'implication des enseignants. L'accès à une formation de qualité est toujours fragilisé quand les conditions nécessaires pour la soutenir ne sont pas déployées. Les médecins spécialistes considèreront-ils les primes d'enseignement assez rentables pour prendre le temps de participer à la formation des IPS ? La question mérite réflexion.

4. Des modèles de réussite de l'offre de service

Nous ne reprendrons pas en détail les excellentes alternatives proposées à cette commission par plusieurs groupes. Nous appuyons pleinement la transition vers l'accès adapté, l'informatisation, une meilleure coordination au sein de la première ligne entre les cliniques médicales et les établissements, ainsi qu'une meilleure coordination des services de première et deuxième ligne si elle inclut les IPS dans les trajectoires de services. La responsabilité de prise en charge collective de la part d'un groupe de professionnels a aussi été mentionnée à la commission à plusieurs reprises. Elle nous apparaît une solution évidente et nécessaire pour permettre de répondre aux besoins réels des patients et fait écho au discours du ministre évoqué au Congrès de l'OIIQ en novembre 2014 : utiliser la pleine compétence des infirmières dans un mode de fonctionnement qui privilégie l'intervention de la bonne personne au bon moment.

Une prise en charge collective existe déjà dans plusieurs milieux où c'est la complexité des besoins biopsychosociaux d'une personne qui guide l'intensité de la collaboration interprofessionnelle nécessaire à ses soins. La responsabilité partagée de la prise en charge au sein d'une équipe où évoluent des médecins, IPS, infirmières et d'autres professionnels permet des services mieux coordonnés aux personnes qui ont des problématiques de santé complexes. Ce modèle doit pouvoir s'adapter aux besoins des patients et non à des impératifs de rémunération personnelle des collègues médecins.

Des équipes se sont démarquées pour faciliter l'accès aux soins pour les personnes sans médecin de famille. Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun a réalisé un projet porteur pour faciliter l'accès à un médecin de famille grâce à une meilleure collaboration interprofessionnelle. Ce projet qui misait sur le triangle professionnel - infirmière clinicienne, infirmière praticienne spécialisée (IPS), médecin - a permis de donner des services à plus de 250 personnes en un an. La Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'équipe de Verdun ont élaboré un guide d'implantation d'un bilan de santé préventif basé sur ce modèle, lequel est déjà considéré comme une norme de pratique par l'OIIQ. De nouveaux modèles de cliniques émergent avec des ratios plus élevés d'infirmières et d'IPS par rapport aux médecins, permettant ainsi à chacun d'exercer ensemble un rôle central de première ligne auprès de la population. La coop SABSA à Québec et les cliniques de proximité dans Lanaudière en sont des exemples inspirants.

Dans une prise en charge d'équipe, le fournisseur principal de soins médicaux peut être un médecin ou une IPS selon les besoins des personnes. Les modalités d'inscription à la RAMQ doivent identifier le fournisseur principal de soins. En Ontario, ce virage est clairement fait : le guichet « Accès Soins », cousin de nos guichets d'accès à la clientèle sans médecin de famille, offre à la population de leur trouver un fournisseur de soins de santé familiale, soit un médecin de famille, soit une IPS. Idéalement, ces personnes travaillent en groupe et modulent leur apport mutuel aux soins en réponse aux besoins fluctuants de la clientèle. Par exemple, une personne âgée dans la communauté peut être suivie de façon relativement autonome par une IPS en collaboration avec les autres professionnels pendant une grande période. Si son état de santé se dégrade, la personne doit pouvoir bénéficier d'un suivi médical conjoint avec un médecin partenaire engagé dans ses soins de continuité.

Finalement, la question de mesure de résultats en termes d'assiduité individuelle ne fait aucun sens dans ce contexte. L'assiduité au groupe, non seulement au groupe de médecins mais à l'équipe dans son ensemble, est incontournable.

Conclusion

1) Le projet de loi n^{0}20 a un impact négatif direct sur l'offre de service, la formation et la capacité de déploiement des IPS.
2) L'accès de la population aux services des IPS est limité par les conséquences du projet de loi.
3) Nous privilégions une solution concertée et non coercitive.
4) La pierre angulaire d'une réforme en santé devrait reposer d'abord sur l'accessibilité à des soins efficients fournis par des professionnels qui se complètent et travaillent en interdisciplinarité.
5) Le mode d'inscription de la clientèle doit pouvoir reconnaître la contribution spécifique des IPS.
6) L'étendue de la pratique des IPS doit être optimisée pour rencontrer minimalement les normes canadiennes.

Nous souhaitons participer activement à la planification des changements en cours qui influencent aussi directement notre offre de service à la population, nos pratiques quotidiennes, notre formation et notre capacité de déploiement optimal au Québec. Au-delà des négociations avec les fédérations syndicales, nous croyons que le MSSS doit consulter des équipes performantes qui comprennent des IPS. Des initiatives intéressantes émergent dans le réseau en proposant de nouveaux modèles. Il faut s'en inspirer pour améliorer l'accès de façon durable et pérenne. Nous souhaitons également que le gouvernement actuel ait le courage politique de faciliter l'adoption de modalités de pratique pour les IPS qui se conforment à ce qui se passe ailleurs au Canada. Nous voulons offrir aux Québécois l'accès aux soins dont ils ont besoin, il faut nous permettre de le faire adéquatement.

Références :

DiCenso, A. & Matthews, S. (2007). Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario. Toronto, ON: Ministry of Health and Long Term Care.

OIIQ (2014). Document sur la mobilisation canadienne des IP : Un défi d'harmonisation

OIIQ (2013). Mémoire : optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise.

OIIQ et CMQ (2013). Lignes directrices : pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

OIIQ (2013). Guide pratique. Élaboration d'une entente de partenariat entre une IPSPL ou une CIPSL et un ou plusieurs médecins partenaires.

OIIQ et CMQ. (2006). L'infirmière praticienne spécialisée : Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée.

Projet IPSPL.info (2014). Fiche d'information sur le suivi de la clientèle : Plusieurs modèles, aucune recette toute faite. Montréal. (Octobre 2014). www.ipspl.info