



**Mémoire de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
(AIPSQ)**

**présenté à
l'Office des professions du Québec**

Commentaires sur les trois projets de règlements suivants :

Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers

Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées

Règlement sur les classes de spécialités de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers

Mai 2017

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	3
En bref, les infirmières praticiennes spécialisées au Québec	4
Un décalage unique en Amérique du Nord.....	7
Commentaires généraux	
Revoir le champ de pratique des infirmières praticiennes spécialisées	9
• Poser des diagnostics	9
• Référence vers des médecins spécialistes.....	11
• Signature d'attestations	12
• Congé hospitalier	13
• Inscription des clientèles au nom de l'PS	14
• Titre d'emploi	14
• Un enjeu de valorisation de la profession	15
Sommaire des recommandations.....	16
Conclusion.....	17
Références	

AVANT-PROPOS

Le présent mémoire regroupe les commentaires et les recommandations de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) adressés à l'Office des professions du Québec à la suite de la publication dans la Gazette officielle, le 19 avril 2017, des trois projets de règlements suivants :

- Règlement modifiant le Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.
- Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées.
- Règlement modifiant le Règlement sur les classes de spécialités de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

Le document sera divisé en deux parties distinctes. La première regroupe les commentaires généraux et les recommandations de l'AIPSQ sur les règlements et le champ de pratique des IPS. La deuxième partie contient des recommandations plus spécifiques quant au libellé et aux articles des trois règlements visés.

À PROPOS DE L'AIPSQ

Créée en 2005, L'AIPSQ est un organisme sans but lucratif, sans attache syndicale ou corporative. Elle s'est donné pour mission d'assurer le développement et l'uniformité du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée au Québec afin de répondre aux attentes de la population à son égard et assurer une homogénéité de la pratique. L'adhésion à l'Association est volontaire de la part des IPS. Actuellement, l'AIPSQ représente plus de 420 infirmières praticiennes spécialisées à travers le Québec.

EN BREF, LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES AU QUÉBEC :

L'infirmière praticienne spécialisée est une infirmière autorisée qui, au terme d'une formation universitaire de niveau supérieur, se voit ajouter des activités médicales et bonifier les soins infirmiers vers une pratique avancée. Elle possède les compétences nécessaires pour évaluer l'état de santé du patient, prescrire et interpréter des examens diagnostiques et prescrire des traitements médicaux et des médicaments. Elles peuvent également exécuter de nouvelles techniques qui étaient réservées aux médecins en raison de leur caractère préjudiciable, auprès d'une grande variété de clientèles.

La pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) du Québec a débuté en 2006. Depuis, elles œuvrent au sein d'équipes interprofessionnelles en collaboration avec des médecins partenaires, des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Au service de la population, elles travaillent en partenariat avec le patient et sa famille.

En somme, l'IPS évalue et soutient la santé de la personne dans son ensemble et assure le suivi de patients de tous âges. Sa présence dans le système de santé québécois contribue à améliorer l'accessibilité aux soins, la prise en charge des patients et la qualité des soins dans une multitude de contextes.

En plus des activités spécifiques au domaine infirmier, l'IPS peut exercer cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins, soit :

- 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.

Selon les plus récentes données de l'OIIQ, soit le 15 mai 2017, on répertoriait 657 IPS au Québec dont 410 sont certifiées et 247 sont étudiantes ou en attente de procéder à leur examen de certification.

**Infirmières praticiennes spécialisées - Sommaire des effectifs
Selon l'inscription au Tableau des membres
de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**

Spécialité	Infirmière praticienne	Candidate infirmière praticienne	En stage	En formation	Total
Cardiologie	33	1	8	6	48
Néphrologie	16		1	2	19
Néonatalogie	22		2	0	24
Première ligne	339	36	74	117	566
Total	410	37	85	125	657

*OIIQ, Direction, Marketing et événements
Tableau des membres, 15 mai 2017*

Formation :

Avant d'entreprendre des études dans un programme d'IPS, il est nécessaire de détenir un baccalauréat en sciences infirmières et d'avoir pratiqué comme infirmière pendant au moins deux ans à temps complet, soit 3360 heures, dont 1600 auprès de la clientèle visée par la spécialité choisie.

Une infirmière clinicienne doit ensuite compléter une maîtrise en sciences infirmières et un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) totalisant 75 crédits post baccalauréat. Le programme intensif, d'une durée de deux ans incluant des sessions d'été, débute par une formation théorique d'une année et demie et se termine par un stage de 950 heures.

Contrairement aux autres provinces canadiennes où sa formation est générale, l'IPS du Québec évolue en spécialités dès le début de son parcours. Actuellement, il existe quatre spécialités, soit :

- Cardiologie
- Néonatalogie
- Néphrologie
- Soins de première ligne.

Par ailleurs, suite à l'adoption d'une nouvelle réglementation au cours de l'année 2017, la profession comptera d'autres spécialités, notamment en soins aux adultes, en pédiatrie et en santé mentale.

Il est important de noter que l'IPS a déjà une expérience clinique avant d'entreprendre sa formation en spécialité. Ce parcours permet à l'étudiante de se concentrer sur les notions de pratique infirmière avancée et le volet spécifique à la clientèle visée par sa spécialité. Cette base est un atout indéniable pour l'acquisition des compétences en pratique infirmière avancée et médicale au cours de sa formation de 2^e cycle.

Des rôles complémentaires :

Présentes depuis longtemps dans le système de santé québécois, les infirmières cliniciennes ont joué un rôle précurseur à celui des IPS.

La formation de 1^{er} cycle permet à l'infirmière clinicienne, après l'obtention d'une attestation de formation, de prescrire différents produits et examens de laboratoire. Elle peut également ajuster et renouveler certains traitements, par le biais d'ordonnances collectives.

L'IPS possède une formation en pratique avancée lui permettant d'exercer davantage de responsabilités, notamment la prise en charge en toute autonomie de diverses clientèles dans une approche globale. Elle a également le droit de prescrire sans recourir aux ordonnances collectives.

Ainsi, ces deux classes d'infirmières exercent en complémentarité et contribuent significativement à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé. Cela serait d'autant plus vrai si le champ de pratique des IPS était élargi à la hauteur de leurs compétences. Actuellement, l'écart au niveau de l'offre de soins et du droit de prescrire entre l'infirmière clinicienne et l'infirmière praticienne se rétrécit en raison des restrictions imposées aux IPS.

UN DÉCALAGE UNIQUE EN AMÉRIQUE DU NORD :

Lorsque la législation leur permet d'exercer une pratique à la hauteur de leur compétence, le travail des IPS améliore clairement l'accessibilité aux soins, la prise en charge des patients et la qualité des soins de santé

Différentes études réalisées au Canada et à travers le monde ont démontré l'impact positif que leur présence pouvait avoir sur un système de santé. L'expérience ontarienne est particulièrement révélatrice à cet égard selon une étude de la Nurse Practitioners' Association of Ontario (NPAO).¹

Or, pour arriver à de tels résultats, l'Ontario permet aux IPS d'exercer plus d'activités médicales et leur concède une plus grande autonomie que les IPS du Québec. Cette asymétrie dans les privilèges de pratique octroyés aux infirmières praticiennes se constate également avec les IPS des autres provinces canadiennes et est contraire à l'esprit qui anime l'accord de commerce intérieur au Canada. De fait, comme le résume le tableau suivant, les IPS du Québec sont les seules au Canada à ne pas être autorisées à :

- 1) poser un diagnostic ;
- 2) communiquer un diagnostic ;
- 3) initier un traitement pour une maladie chronique.

TABLEAU 1 - ACTIVITÉS MÉDICALES AUTORISÉES AUX IPS, SELON LES PROVINCES CANADIENNES²										
	N.B.	N.É.	Ont.	Alb.	C.B.	Sask.	Man.	T.N.	Î.P.E.	Qc
Poser le diagnostic	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
Communiquer le diagnostic	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
Amorcer un traitement pour une maladie chronique	√	√	√	√	√	√	√	√	√	

Paradoxalement, les IPS du Québec reçoivent la formation académique la plus poussée au Canada. En effet, celle-ci comporte davantage d'heures de formation sur les plans théorique et clinique (stage), tel qu'illustré dans les deux tableaux suivants :

TABLEAU 2 - NOMBRE COMPARATIF D'HEURES D'ENSEIGNEMENT

¹ Adapté à partir de : *A Pan-Canadian Environmental Scan of the Scope of Practice of Nurse Practitioners*, publiée en

² Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association. (2005). *The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada*. AIIC-CNA : Auteur. Extrait le 30 mai 2017 de l'adresse <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H115-34-2006E.pdf>

THÉORIQUE DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION AU CANADA³	
Province	Enseignement théorique (heures)
Québec (toutes les universités)	630
Alberta (<i>University of Alberta</i>)	429
Nouveau-Brunswick (<i>University of New-Brunswick</i>)	468
Colombie-Britannique (<i>University of British Columbia</i>)	492
Ontario	234
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	273

TABLEAU 3 - NOMBRE COMPARATIF D'HEURES D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION AU CANADA⁴	
Province	Enseignement clinique (heures)
Québec (toutes les universités)	910 à 980
Manitoba (<i>University of Manitoba</i>)	800
Colombie-Britannique (<i>University of British Columbia</i>)	794
Ontario (<i>University of Toronto</i>)	730
Alberta (<i>University of Calgary</i>)	720
Nouvelle-Écosse (<i>University of Dalhousie</i>)	700
Nouveau-Brunswick (<i>University of New-Brunswick</i>)	700
Nouveau-Brunswick (<i>University of Moncton</i>)	700
Terre-Neuve (<i>University of Newfoundland</i>)	596
Alberta (<i>University of Alberta</i>)	400 à 600
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	416

Ainsi, le contexte exprimé précédemment incite l'AIPSQ à intervenir et formuler les présentes recommandations qui visent à favoriser une utilisation optimale des compétences des infirmières praticiennes en ayant en perspective de rendre de meilleurs services à la population. De plus, il est impératif de maintenir une relation de collaboration la plus constructive possible avec les médecins partenaires.

³ Durand, S. & Maillé, M. (2013). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, p. 24. OIIQ : Auteur. Extrait le 29 mai 2017 de l'adresse <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>

⁴ Durand, S. & Maillé, M. (2013). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, p. 24. OIIQ : Auteur. Extrait le 29 mai 2017 de l'adresse <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>

REVOIR LE CHAMP DE PRATIQUE DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES :

Poser des diagnostics :

L'impossibilité pour les IPS du Québec de poser des diagnostics ou, à tout le moins, d'amorcer le traitement pour des maladies chroniques courantes constitue un frein de taille à leur entière contribution à l'amélioration de l'accès à notre système de santé.

En effet des lignes directrices existent pour des problèmes de santé tels que le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, l'asthme, la MPOC, l'hypothyroïdie, l'ostéoporose, la dépression, le TDAH, l'anxiété, etc. De plus, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) émet des guides qui regroupent divers outils destinés aux cliniciens afin de les soutenir et de les orienter dans leur pratique clinique. Les IPS connaissent bien ces documents et les utilisent couramment. Elles ont les compétences et le jugement clinique requis pour identifier les situations particulières dont la complexité exige des modalités de traitement en dehors de ces guides de pratique. Dans ce cas, la référence ou la concertation avec leur médecin partenaire est indiquée et faite d'emblée pour assurer un traitement optimal.

Malheureusement, plutôt que de consulter leurs médecins partenaires sur les sujets dépassant les limites de leur expertise, les IPS du Québec se trouvent contraintes de s'y référer pour des tâches qui font partie intégrante de leur formation et de leurs compétences.

La situation entraîne d'importants désagréments pour les patients qui doivent constamment attendre que l'IPS ait pu discuter avec le médecin ou obtenir un deuxième rendez-vous avec ce dernier avant d'amorcer un traitement pour lequel l'IPS est pourtant qualifiée. Cela allonge les délais d'attente pour les patients, qui risquent entretemps de voir leur état de santé se détériorer, et se veut une cause supplémentaire d'absentéisme au travail ou à l'école.

Ces multiples consultations ont non seulement une répercussion au plan de l'utilisation efficiente des ressources médicales et IPS mais également sur le plan financier. En effet, le gouvernement du Québec se trouve à payer deux fois, d'abord pour le rendez-vous avec l'IPS, ensuite pour le rendez-vous avec le médecin ou pour le temps de consultation entre l'IPS et le médecin. En somme, le médecin fait cette consultation pour confirmer ce qui est déjà connu, ce qui l'empêche de voir d'autres patients dans le besoin, et nuit à l'accessibilité des Québécoises et des Québécois aux soins de santé.

Pour l'IPS, ces situations provoquent quotidiennement un alourdissement et une complication considérable de son travail : interventions supplémentaires, accumulation des dossiers à traiter avec les médecins partenaires, nécessité de relire les dossiers afin de résumer l'information menant à une décision lorsque la rencontre statutaire est hebdomadaire. Conséquemment, le temps consacré à ces tâches à valeur non ajoutée pour la clientèle diminue la disponibilité de l'IPS pour voir plus de patients. Il s'agit aussi d'un temps rémunéré en plus du rendez-vous initial.

Le nouveau projet de règlement contraint l'IPS à suivre des patients stables et déjà diagnostiqués dont le plan de traitement donne les résultats attendus. Ce rôle est déjà très bien assumé par des infirmières cliniciennes sans formation d'IPS. Le rôle de l'IPS est maximisé lorsqu'elle peut utiliser ses compétences en pratique infirmière avancée, soit renforcer « l'empowerment » du patient, le coacher et l'amener à modifier ses habitudes de vie, tout en évaluant sa condition pour amorcer, ajuster, modifier ou renouveler son traitement. Elle a donc une très grande valeur ajoutée pour assurer le suivi d'une clientèle instable dont le traitement ne donne pas les résultats attendus.

Elle est amplement qualifiée pour assurer la prise en charge d'une clientèle présentant des problèmes de santé, à partir de son évaluation et tout au long du suivi. En mobilisant l'ensemble de ses compétences et de ses connaissances infirmières et médicales, elle se distingue sur le plan professionnel et ceci constitue une valeur ajoutée pour la population.

Il est important de mentionner que la démarche clinique de l'IPS à l'égard des problèmes de santé chroniques non diagnostiqués ne diffère pas de celle du médecin. Elle consiste à rassembler les éléments pertinents aux motifs de la consultation, à faire l'examen physique ciblé et pertinent selon l'histoire recueillie, ainsi qu'à prescrire les examens diagnostiques appropriés, incluant les dépistages indiqués en fonction des facteurs de risque reconnus, et d'analyser les résultats en tenant compte du contexte global de l'état de santé du patient.

L'IPS utilise également les mêmes références scientifiques que les médecins afin de satisfaire aux normes de bonne pratique. **En somme : À l'instar des IPS canadiennes, l'IPS doit pouvoir diagnostiquer les maladies chroniques courantes !**

Recommandation no 1 :

Que les IPS du Québec soient autorisées à poser des diagnostics pour les maladies chroniques courantes, à communiquer ces diagnostics aux patients et à amorcer et établir le plan de traitement associé.

Solution alternative :

Une solution alternative consiste à permettre à l'IPS d'amorcer le traitement pour les maladies chroniques courantes et d'en aviser le médecin partenaire dans un délai raisonnable. Le cas échéant, il faudra aussi s'assurer que l'IPS demeure responsable d'ajuster ou de modifier le plan de traitement.

L'IPS connaît son patient et ses besoins et elle est la personne la plus appropriée pour cibler les meilleures options de traitement et les proposer au patient en vue d'une décision partagée.

Ainsi, afin de maximiser l'impact de la présence des IPS dans le réseau de la santé québécois, l'AIPSQ recommande les changements suivants au Règlement entourant leur pratique :

1.1 Recommandation alternative :

Que les IPS du Québec soient autorisées à amorcer le traitement pour les maladies chroniques courantes dans la mesure où elles en avisent leur médecin partenaire dans un délai raisonnable.

Références vers des médecins spécialistes :

À l'heure actuelle, les IPS doivent obtenir l'autorisation d'un médecin partenaire avant de référer un patient à un médecin spécialiste. Encore une fois, cela génère des consultations répétitives et des délais d'attente non essentiels dans la gestion du dossier du patient, autant pour les médecins que pour les patients, en plus de nuire à la continuité des soins.

Les IPS sont les mieux placées pour référer, au besoin, les patients dont elles ont la charge puisque ce sont elles qui connaissent le mieux leur condition de santé. Or, compte tenu du cadre réglementaire actuel, l'IPS demande l'autorisation, remplit le formulaire, échange avec le médecin partenaire pour obtenir son approbation, mais réfère ensuite aux médecins spécialistes au nom du médecin partenaire. Par conséquent, c'est ce dernier qui reçoit les rapports des spécialistes. Ce faisant, l'IPS perd la trace de certains dossiers de ses patients ce qui, encore une fois, représente un risque de préjudices aux patients.

Qui plus est, même lorsque les IPS réfèrent elles-mêmes leurs patients en leur nom propre sans préciser le nom d'un médecin de famille référant, après autorisation d'un omnipraticien, les médecins spécialistes écartent généralement leurs références car elles ne proviennent pas du médecin. Ceci ajoute à nouveau un risque de préjudice, puisque le professionnel traitant, en l'occurrence l'IPS, ne reçoit pas les recommandations du spécialiste quant à la prise en charge à effectuer suite à son avis.

Au final, ce traitement différencié nuit grandement au plein exercice des compétences des IPS et retarde la prise en charge de leur clientèle.

L'AIPSQ recommande que l'IPS du Québec puisse référer à un spécialiste car :

- Elle est qualifiée pour établir le diagnostic et reconnaître les situations cliniques nécessitant une référence en médecine spécialisée ;
- Elle a accès au Centre de répartition des demandes de services (CRDS) qui utilise des trajectoires, des modalités de référence et des prérequis explicites pour les raisons courantes de référence à chaque spécialité.
- Elle a accès à Réseau santé Québec où se trouvent des trajectoires et des bilans requis pour les spécialistes qu'on ne pourrait retrouver au CRDS.

Pour remédier à la situation, l'AIPSQ propose que les changements suivants soient apportés au Règlement encadrant la pratique des IPS :

Recommandation no 2 :

Que les IPS soient autorisées à référer directement des patients à des médecins spécialistes.

Recommandation no 3 :

Que des modalités de référence « IPS - médecins spécialistes » soient établies, afin de mettre fin à la différence de traitement dont font l'objet les patients référés par des IPS.

Signature d'attestations :

Dans le cadre de leur pratique, les IPS du Québec sont appelées à remplir plusieurs formulaires attestant de la condition de leurs patients, notamment pour la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), pour la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) incluant les retraits préventifs pour les grossesses ou les accidents de travail, des résumés de dossiers pour les assureurs privés ou encore des certificats médicaux pour les employeurs. Le reste du Canada a encore un fois une longueur d'avance sur le Québec et creuse davantage l'écart sur la valorisation du rôle de l'IPS en ajoutant les IPS à la liste des professionnels de la santé pouvant attester de l'admissibilité d'un patient au crédit d'impôt pour personnes handicapées

Ce sont généralement les IPS qui, connaissant bien l'état de santé et la condition de leurs patients, sont les plus aptes à remplir ces formulaires. Or, le cadre réglementaire exige que ces attestations soient approuvées et signées par un médecin partenaire pour être valides, même si l'évaluation et le travail sont accomplis en majorité, voire en totalité, par l'IPS.

Bref, encore une fois, cette situation se traduit par une perte d'efficacité et de temps pour les patients, les IPS et les médecins, et par des dépenses inutiles pour le gouvernement du Québec. L'AIPSQ estime que le problème pourrait être facilement corrigé, au bénéfice de tous.

Recommandation no 4 :

Que les IPS soient autorisées à remplir, signer et délivrer elles-mêmes les attestations pour les patients qui sont à leur charge.

Que les liens appropriés soient créés avec les divers organismes visés afin que les formulaires signés par l'IPS soient autorisés.

Congé hospitalier :

Le cadre réglementaire en vigueur empêche les IPS d'accorder le congé médical à un patient en centre hospitalier. La procédure requiert absolument la signature d'un médecin partenaire.

Or, les IPS ont les connaissances, les habiletés et le jugement clinique pour exercer une telle activité. Qui plus est, elles participent déjà activement au processus de planification de congé des patients. Elles leur administrent des soins tout au long de leur hospitalisation, elles complètent les étapes préalables au congé en préparant un résumé de leur dossier et les ordonnances médicales de départ, en plus de coordonner les suivis nécessaires avec les médecins omnipraticiens ou les IPSPL.

Les restrictions actuelles ont pour effet de retarder le congé hospitalier de certains patients, donc d'en priver d'autres en provenance de l'urgence qui ne peuvent accéder à un lit dont ils auraient grandement besoin. Elles entraînent également une double facturation et nuisent à la continuité des soins.

Plusieurs autres pays, notamment les États-Unis, l'Angleterre, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les provinces canadiennes, à commencer par l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont permis aux IPS de donner le congé hospitalier à leurs patients. Il est temps que le Québec emboîte le pas.

- L'IPS en soins tertiaires a une vision globale et complète du séjour hospitalier en plus d'avoir les connaissances et les compétences pour assurer un suivi sécuritaire dans le cadre d'un continuum de soins, planifier et signer le congé médical lorsque celui-ci a été discuté et jugé propice et favorable.
- Les études démontrent que l'IPS qui octroie le congé hospitalier réduit la durée d'hospitalisation et améliore l'accessibilité aux soins et les services offerts à la population.

Recommandation no 5 :

Que l'IPS en soins aux adultes, dont l'IPS en cardiologie ou en néphrologie, l'IPS en néonatalogie, l'IPS en soins pédiatriques et l'IPS en santé mentale, secteur hospitalier, puissent octroyer le congé hospitalier

Inscription de la clientèle au nom de l'infirmière praticienne spécialisée et accessibilité :

Le cadre réglementaire actuel ne permet pas aux IPSPL d'inscrire un patient à leur nom. Pourtant, il est connu que l'IPSPL assume entièrement la prise en charge de sa clientèle dans la majorité des cas. Bon nombre de patients sans médecin de famille sont suivis par des IPSPL.

Malgré tout, on calcule actuellement les inscriptions des patients uniquement en lien avec des médecins. Des patients sont donc catégorisés sans médecin de famille, même si une prise en charge est effectuée par une IPSPL.

Or, s'il y a 2000 médecins de famille au Québec et 339 IPSPL, nous avons accès à 2339 intervenants pour assurer la prise en charge des patients en première ligne.

Un tel changement permettrait de reconnaître que l'IPSPL offre une voie d'accès à la première ligne et contribue à une augmentation significative de l'accessibilité. Il en résulterait également des données plus justes nous aidant à évaluer la contribution réelle des IPSPL à l'offre de service en première ligne et à la prise en charge de la clientèle vulnérable. Nous aurions aussi un portrait plus précis du nombre de personnes présentes dans le « caseload ».

Recommandation no 6 :

Que les IPS en soins de première ligne soient autorisées à enregistrer à leur nom toute la clientèle dont elles assurent le suivi afin que tous les Québécois aient un médecin ou une IPSPL de famille.

Titres d'emploi :

Le projet de règlement sur les classes de spécialités de l'OIIQ prévoit le remplacement de certains titres d'emploi par celui d'infirmière praticienne « *spécialisée en soins aux adultes* ».

Selon une logique de droit acquis, l'AIPSQ propose que les IPS spécialisées en néphrologie et en cardiologie formées avant l'adoption du nouveau Règlement conservent leur titre d'emploi actuel. Celles-ci ont fait des études particulières afin de se spécialiser dans un champ de pratique particulier. Nous estimons que cela doit continuer d'être reconnu.

Quant aux IPS formées à la suite de l'adoption du Règlement, elles suivront une formation différente qui correspondra au nouveau titre d'emploi.

Recommandation no 7 :

Que selon un principe de droit acquis, les IPS spécialisées en néphrologie et en cardiologie formées AVANT l'adoption du nouveau Règlement conservent leur titre d'emploi, plutôt que de le voir changer pour celui d'IPS en soins aux adultes *avec l'option de pouvoir agrandir leur champ d'expertise tout comme l'IPS en soins aux adultes.*

Un enjeu de valorisation de la profession :

Cette autonomie restreinte et, plus largement, les conditions d'exercice des IPS au Québec sont devenues des facteurs qui nuisent à la valorisation de la profession, de même qu'à la rétention des diplômées et à l'attraction de nouvelles candidates. De plus en plus d'infirmières remettent en question la plus-value associée à l'exigeante formation d'IPS.

Ainsi, si le gouvernement du Québec souhaite atteindre son objectif de former 2000 nouvelles IPS au cours des 10 prochaines années, l'AIPSQ estime qu'il devra faire de la promotion de la profession une priorité de tous les instants.

L'élargissement du champ de pratique des IPS et l'adoption des recommandations contenues dans ce mémoire seront un premier pas dans cette direction. Cela dit, une attention toute particulière devra également être portée aux conditions générales de travail des IPS.

À cet effet, l'AIPSQ recommande qu'une campagne nationale de valorisation de la profession d'IPS soit mise sur pied par le gouvernement du Québec.

Recommandation no 8 :

Qu'une campagne nationale de valorisation de la profession d'IPS soit mise sur pied par le gouvernement du Québec.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS :

Règlement sur la pratique des IPS :

1. Que les IPS du Québec soient autorisées à poser des diagnostics pour les maladies chroniques courantes, à communiquer ces diagnostics aux patients et à amorcer et établir le plan de traitement associé.
 - 1.1. Que les IPS du Québec soient autorisées à amorcer le traitement pour les maladies chroniques courantes dans la mesure où elles en avisent leur médecin partenaire dans un délai raisonnable.
2. Que les IPS soient autorisées à référer directement des patients à des médecins spécialistes.
3. Que des modalités de référence « IPS - médecins spécialistes » soient établies, afin d'éliminer la différence de traitement dont font l'objet les patients référés par des IPS.
4. Que les IPS soient autorisées à remplir, signer et délivrer elles-mêmes les attestations pour les patients qui sont à leur charge et que les liens appropriés soient créés avec les divers organismes visés afin que les formulaires signés par l'IPS soient autorisés.
5. Que l'IPS en soins aux adultes, dont l'IPS en cardiologie ou en néphrologie, l'IPS en néonatalogie, l'IPS en soins pédiatriques et l'IPS en santé mentale, secteur hospitalier, puissent octroyer le congé hospitalier.
6. Que les IPS en soins de première ligne soient autorisées à enregistrer à leur nom toute la clientèle dont elles assurent le suivi afin que tous les Québécois aient un médecin ou une IPSPL de famille.
7. Que selon un principe de droit acquis, les IPS spécialisées en néphrologie et en cardiologie formées AVANT l'adoption du nouveau Règlement conservent leur titre d'emploi, plutôt que de le voir changer pour celui d'IPS en soins aux adultes avec l'option de pouvoir agrandir leur champ d'expertise tout comme l'IPS en soins aux adultes.
8. Qu'une campagne nationale de valorisation de la profession d'IPS soit mise sur pied par le gouvernement du Québec.

CONCLUSION

Les IPS, de par leur formation et leurs compétences, s'avèrent une solution privilégiée pour améliorer l'accessibilité aux soins, la prise en charge des patients et la qualité des soins de santé au Québec. Pour ce faire, elles doivent cependant disposer d'une autonomie professionnelle à la hauteur de leurs compétences.

À cet égard, le Québec accuse un décalage unique en Amérique du Nord. En effet, même si elles jouissent de la formation la plus poussée au Canada, tant sur les plans théorique que clinique, les IPS québécoises sont les seules au pays à ne pouvoir poser de diagnostic, initier le traitement pour les maladies chroniques courantes, établir le plan de traitement, offrir le congé hospitalier à leurs patients, référer en spécialité et remplir les attestations de leurs patients.

Pour l'AIPSQ, le renouvellement des Règlements entourant la pratique des IPS est une occasion à saisir pour combler ce retard et, ainsi, maximiser l'impact positif de la présence des IPS au niveau du système de santé québécois. Retarder cette action suppose d'attendre encore de nombreuses années avant de rétablir l'équilibre entre le Québec et le reste du Canada et des États-Unis.

Les recommandations incluses dans ce mémoire permettraient des avancées considérables pour les patients, les IPS, les médecins et les contribuables du Québec. Elles permettraient, entre autres, de :

- Réduire les délais d'attente pour les patients ;
- Éliminer des consultations médicales inutiles ;
- Libérer les médecins et leur permettre de traiter d'autres patients, améliorant par le fait même l'accessibilité aux soins de santé ;
- Valoriser la formation et la profession d'IPS ;
- Éviter des dépenses inutiles ;
- Améliorer la qualité et la continuité des soins.

Au final, la relation entre les IPS et les médecins partenaires doit en être une de collaboration aux bénéfices des patients. Dans cet esprit, les interventions des médecins partenaires associés aux IPS doivent être réservées aux soins dépassant véritablement le champ de compétence des IPS.

Une collaboration empreinte de respect entre les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées et les autres intervenants s'installe définitivement en puisant dans les forces respectives de chacun, pour le bien de la population!

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association. (2005). *The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada*. AIIC-CNA :
- Dillon, D., DNP, RN, AC. (2017). *Full Practice Authority for Nurse Practitioners*. Nurs Admin Q, Vol. 41, No. 1, pp. 86–93.
- Durand, S. & Maillé, M. (2013). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, p. 24. OIIQ
- Kilpatrick, K. a*, Lavoie-Tremblay, M. b, Ritchie, Judith A. b, et al. (2012). *How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study*. International Journal of Nursing Studies 49, pp. 850–862.
- Kuo, Y., Loresto, F. L., Rounds, L. R., & al.. (2013). *The states with the least restrictive regulations experienced the largest increase in patients seen by nurse practitioners*. Health Affairs, 32(7), pp. 1236-1243.
- Martin-Misener et al. (2015). *Nurse practitioner caseload in primary health care: Scoping review*. International Journal of Nursing Studies 62, pp. 170–182
- National Association of Neonatal Nurses (NNAN) (2014)- *Education Standards and Curriculum Guidelines for Neonatal Nurse Practitioner Programs*.
- Nurse Practitioners' Association of Ontario. (2015). *A Pan-Canadian Environmental Scan of the Scope of Practice of Nurse Practitioners* .
- Oliver, G., Pennington, L., Revelle, S. et al. (2014). *Impact of nurse practitioners on health outcomes of Medicare and Medicaid Patients*. Nursing Outlook, 62, pp. 440-447.
- P Venning, P., Durie, A., Roland, M. et al. (2000). *Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care*. BMJ. 320, pp. 1048–1053.
- INSPQ, 14 mai 2012. *Le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO)* < <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/le-traitement-de-la-dependance-aux-opioides-tdo> >. www.inspq.qc.ca. [En ligne]
- B. Lowery, E. Scott & Swanson (2015). *Nurse practitioner perceptions of the impact of physician oversight on quality and safety of nurse practitioner practice* < https://news-center.aapa.org/wp-content/uploads/sites/2/2017/02/Lowery_et_al-2016-Journal_of_the_American_Association_of_Nurse_Practitioners_2_6_17.pdf >. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. pp.436-445. [En ligne]