



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

**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
Partie 1 – 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
Partie 2 – Commentaires spécifiques	
• Règlement sur les normes d’équivalence.....	18
• Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées.....	22
• Règlement sur les classes de spécialités.....	39
Conclusion .....	41
Annexe.....	i

## Bibliographie

## **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**

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

*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<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> 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).<sup>1</sup>

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.

<b>TABLEAU 1 - ACTIVITÉS MÉDICALES AUTORISÉES AUX IPS, SELON LES PROVINCES CANADIENNES<sup>2</sup></b>										
	<b>N.B.</b>	<b>N.É.</b>	<b>Ont.</b>	<b>Alb.</b>	<b>C.B.</b>	<b>Sask.</b>	<b>Man.</b>	<b>T.N.</b>	<b>Î.P.E.</b>	<b>Qc</b>
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 :

<sup>1</sup> Adapté à partir de : *A Pan-Canadian Environmental Scan of the Scope of Practice of Nurse Practitioners*, publiée en 2015 par la Nurse Practitioners' Association of Ontario : Auteur. Extrait le 30 mai 2017 de l'adresse [http://npao.org/pdf/A\\_Pan-Canadian\\_Environmental\\_Scan\\_of\\_NPs\\_2015.pdf](http://npao.org/pdf/A_Pan-Canadian_Environmental_Scan_of_NPs_2015.pdf)

<sup>2</sup> 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>



<b>TABLEAU 2 - NOMBRE COMPARATIF D'HEURES D'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION AU CANADA<sup>3</sup></b>	
<b>Province</b>	<b>Enseignement théorique (heures)</b>
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

<b>TABLEAU 3 - NOMBRE COMPARATIF D'HEURES D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION AU CANADA<sup>4</sup></b>	
<b>Province</b>	<b>Enseignement clinique (heures)</b>
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'AIIPSQ 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.

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> 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.

## **2<sup>IÈME</sup> PARTIE**

### **PROJETS DE RÈGLEMENTS**

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

### **RÉFLEXION ET COMMENTAIRES DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES ET RECOMMANDATIONS DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DU QUÉBEC (AIPSQ)**

**MAI 2017**

**RÈGLEMENT MODIFIANT LE RÈGLEMENT SUR LES NORMES  
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOME OU DE LA FORMATION AUX FINS DE LA  
DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DE L'ORDRE DES  
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC POUR L'EXERCICE DES  
ACTIVITÉS VISÉES À L'ARTICLE 36.1 DE LA LOI SUR  
LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS**

N° 9 - Libellé visé :

*9. « L'Annexe I de ce règlement est remplacée par la suivante :*

- 1. Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie : [...]*
- 2. Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes : [...]*
- 3. Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques : [...]*
- 4. Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne :*

*1° Préalable au programme de formation :*

*3,360 heures de pratique clinique en soins infirmiers dont un an auprès de la clientèle visée par la spécialité;*

*2° Programme de formation universitaire de deuxième cycle comprenant :*

*a) au moins 510 heures de cours théoriques réparties comme suit :*

*Volet sciences infirmières : au moins 225 heures comprenant :*

- i. 45 heures en méthode de recherche scientifique;*
- ii. 45 heures sur les aspects éthiques et les aspects légaux;*
- iii. 45 heures sur les fondements théoriques en sciences infirmières;*
- iv. 45 heures sur le rôle de l'infirmière en pratique avancée;*
- v. 45 heures sur les interventions auprès de la famille;*

*Volet particulier à la clientèle visée par la spécialité : au moins 285 heures comprenant :*

- i. 60 heures en physiopathologie avancée;*
- ii. 45 heures en pharmacologie avancée;*
- iii. 60 heures en évaluation clinique avancée;*

*b) au moins 950 heures de stage auprès de la clientèle visée par la spécialité.*

*5. Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : [...]* »

### Commentaires :

- Le préalable requis est de **3 360 heures de pratique clinique en soins infirmiers, dont un an auprès de la clientèle visée par la spécialité**. L'exigence d'une année auprès de la clientèle visée par la spécialité laisse place à la subjectivité et demande à être précisée en termes d'heures, et ce, à des fins d'équité entre les candidats.
- Il serait bénéfique d'ajouter une période fenêtre à l'intérieur de laquelle le nombre d'heures préalables a été accompli.

### Proposition :

- L'AIPSQ recommande que le préalable au programme de formation soit de **3 360 heures de pratique clinique en soins infirmiers dont 1 600 heures auprès de la clientèle visée par la spécialité, au cours des cinq dernières années**.

### Commentaires :

- **Le volet sciences infirmières** ne mentionne plus explicitement la présence des cours d'éducation à la santé et de collaboration interprofessionnelle. Or, ce sont des domaines prioritaires de la pratique de l'IPS toutes spécialités confondues.
- **Le volet particulier à la clientèle visée par la spécialité** présente une baisse significative du nombre d'heures de formation (120 heures) pour les IPS en néonatalogie, en soins aux adultes dont les IPS en cardiologie et en néphrologie, et en soins de première ligne (total de 285 heures de formation). Il est aussi mentionné que les IPS en soins pédiatriques auront un total de 285 heures de formation. Or, les IPS en santé mentale bénéficieront de 450 heures soit 165 heures de plus que les autres spécialités.

### Propositions :

- L'AIPSQ recommande de maintenir un standard élevé de formation pour les IPS du Québec. Ainsi, elle recommande que le nombre d'heures de formation du volet particulier à la clientèle visée par la spécialité demeure à 405 heures minimalement pour toutes les spécialités.
- L'AIPSQ recommande que, s'il est décidé que les IPS en santé mentale auront une formation de 450 heures, un même standard soit établi pour les IPS de toutes les spécialités.
- L'AIPSQ recommande d'uniformiser les programmes de formation entre les universités.

## Comparatif des exigences dans le parcours de formation de l'IPS

Cours théoriques	Règlement précédent (2013)	Projet de règlement (2017)
<b>Volet Sciences infirmières</b>		
Méthodes de recherche scientifique (résultats probants)	45	45
Fondements théoriques en sciences infirmières	45	45
Rôle de l'infirmière en pratique avancée	--	45
Interventions auprès de la famille	--	45
<b>Éducation à la santé</b>	135	--
Aspects éthiques et aspects légaux		45
<b>Collaboration interprofessionnelle</b>		--
Total Volet Sciences Infirmières (min. d'heures)	<b>225</b>	<b>225 (minimum)</b>
<b>Volet particulier à la clientèle visée par la spécialité</b>		
Pharmacologie avancée	135	45 (minimum)
Physiopathologie avancée	270	60 (minimum)
Évaluation clinique avancée		60 (minimum)
Total Volet « spécialité » (min d'heures)	<b>405</b>	<b>285 (minimum)</b>
<b>Stage</b>		
Stage	950	950
Total	<b>1580</b>	<b>1320</b>

### Commentaires généraux :

Considérant l'ajout de la classe d'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale :

- Considérant que toutes les IPS assurent un suivi global de leur clientèle dans toutes les sphères de leur vie soit bio-psycho-sociales et ne doivent pas se limiter à l'aspect physique de la santé de leurs patients.
- Considérant qu'une grande partie de leur clientèle vit différents troubles émotifs associés à son état de santé (trouble d'adaptation, dépression, anxiété, etc.).
- Considérant qu'elles doivent dépister tout problème de santé mentale associé, assurer le suivi et référer vers les ressources appropriées (travailleur social, psychologue, ressources communautaires ou spécialisées, etc.).
- Considérant que toutes les IPS du Québec ont ressenti un besoin essentiel d'obtenir un niveau de formation supplémentaire permettant d'assurer la continuité des services auprès de leur clientèle ayant un problème de santé mentale.
- Considérant que les IPS de toutes les spécialités doivent avoir les connaissances essentielles pour assurer le suivi et ajuster le traitement des patients dont elles assurent le suivi.

**Proposition :**

- L'AIPSQ recommande que le règlement précise le niveau de formation requis en santé mentale pour les IPS de toutes les spécialités considérant qu'elles assurent déjà ce suivi. À cette fin, tenir compte des problèmes de santé mentale qui peuvent être fréquemment suivis dans un contexte de première ligne ou de soins aigus, comparativement aux problèmes plus sévères qui nécessitent un suivi par une IPS en santé mentale.

**Libellé visé :**

*9. « L'Annexe I de ce règlement est remplacée par la suivante : [...] »*

*4. Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne :  
1<sup>o</sup> Préalable au programme de formation*

**Commentaire :**

- Dans la Loi médicale (chapitre M-9, a. 19, 1<sup>er</sup> al., par. b), Section 1 du Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, sous-section 7, il est précisé que l'IPSPS sera autorisée à exercer auprès d'une clientèle en centre d'hébergement ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. Considérant les particularités liées à ces clientèles, les exigences de formation doivent être spécifiées.

**Proposition :**

- L'AIPSQ recommande de spécifier les exigences de formation des IPSPS en lien avec la clientèle en centre d'hébergement ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et qu'elles soient ajoutées dans le présent règlement afin d'uniformiser les programmes de formation universitaire.

## RÈGLEMENT SUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

### SECTION I ACTIVITÉS AUTORISÉES ET CLIENTÈLE VISÉE

Libellé visé :

*3. « L'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie est autorisée à exercer une activité prévue à l'article 2, en néonatalogie, dans un centre hospitalier où sont dispensés des soins de deuxième ou de troisième ligne. »*

#### Commentaires :

- Les IPS en néonatalogie (IPSNN) ont la capacité d'assurer le suivi des bébés nés avant 37 semaines ainsi que ceux qui transitent par l'unité néonatale. Dans le but de bonifier l'offre de service et d'assurer la continuité des soins offerts aux enfants et aux familles, elles peuvent assurer le suivi des enfants jusqu'à l'âge de deux ans. Or, ces services sont considérés comme étant des services de première ligne, ainsi exclus du présent projet de règlement.
- Ce rôle est omniprésent **chez** les IPSNN aux États-Unis. Dans un document de principe de la National Association of Neonatal Nurses (NNAN) publié en 2014 - *Education Standards and Curriculum Guidelines for Neonatal Nurse Practitioner Programs*,<sup>5</sup> il est mentionné que les IPSNN assurent les soins de santé des bébés nés avant 37 semaines, les bébés nés à terme qui transitent par l'unité néonatale ainsi que les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.
- Dans le libellé, on ne retrouve aucune mention des inclusions de la deuxième et troisième ligne. Or, il est important pour le travail quotidien des IPSNN en troisième ligne d'inclure précisément les soins de niveau 4 (ECMO néonatal).

---

<sup>5</sup> National Association of Neonatal Nurses (NNAN) (2014)- *Education Standards and Curriculum Guidelines for Neonatal Nurse Practitioner Programs*.

[http://nann.org/uploads/About/PositionPDFS/1.4.8\\_Education%20Standards%20and%20Curriculum%20Guidelines%20for%20Neonatal%20Nurse%20Practitioner%20Programs.pdf](http://nann.org/uploads/About/PositionPDFS/1.4.8_Education%20Standards%20and%20Curriculum%20Guidelines%20for%20Neonatal%20Nurse%20Practitioner%20Programs.pdf)

### Propositions :

- L'AIPSQ recommande que l'IPSNN soit autorisée à exercer une activité prévue à l'article 2 dans les cliniques de suivi néonatal et les cliniques d'allaitement, soit des services de première ligne.
- L'AIPSQ recommande d'inclure dans le libellé que les soins de niveau 4 (ECMO néonatal) soient inclus dans les services de troisième ligne.

### Libellé visé :

*6. « L'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale est autorisée à exercer une activité prévue à l'article 2, dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, auprès d'une clientèle de tout âge. »*

### Commentaires :

- Il est essentiel de bonifier l'offre de services en santé mentale et de former des personnes-ressources compétentes à qui référer les patients le cas échéant.
- La venue de l'IPS en santé mentale est bien accueillie par l'ensemble des IPS du Québec et elles y voient une alliée d'intérêt.
- Notez que l'ajout de cette nouvelle classe d'IPS pourrait créer une confusion et un chevauchement au niveau des champs de pratique des IPS oeuvrant actuellement au sein du système de santé québécois. Il faut s'assurer que l'IPS qui assure le suivi du patient puisse maintenir son offre de service sans fragmenter les sphères de la santé physique et mentale.

### Proposition :

- L'AIPSQ souhaite voir se préciser la définition de l'IPS en santé mentale afin d'éviter une restriction en silo de la prise en charge et du suivi des personnes ayant des troubles mentaux. Il est souhaité que l'IPS en santé mentale soit une alliée pour l'ensemble des IPS dans une approche collaborative et de support. Ainsi, le règlement doit prévoir des dispositions claires, mais non restrictives, pour l'ensemble des IPS qui exercent déjà une pratique globale auprès de leur clientèle.



**Libellé visé :**

*7. « L’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est autorisée à exercer une activité prévue à l’article 2, auprès d’une clientèle de tout âge, ambulatoire ou hébergée dans un centre d’hébergement ou dans un centre de protection de l’enfance et de la jeunesse, qui présente l’une des conditions suivantes :*

- 1° elle présente un problème de santé courant;*
- 2° elle présente une maladie chronique stable;*
- 3° elle nécessite le suivi d’une grossesse normale ou à faible risque;*
- 4° elle nécessite des soins de fin de vie.*

*Le suivi de grossesse prévu au paragraphe 3° s’effectue selon les modalités établies avec le médecin partenaire et décrites dans l’entente de partenariat. »*

**Commentaire :**

- Les IPSPL exercent actuellement dans les centres de détention et aux soins à domicile.

**Proposition :**

- L’AIPSQ recommande d’ajouter les centres de détention ainsi que les soins à domicile (SAD) au libellé 7.

**Commentaires :**

- Il est prévu que l’IPSPL puisse exercer auprès d’une clientèle en centre d’hébergement. Or, cette clientèle est reconnue comme présentant de multiples pathologies concomitantes.
- Dans ce même libellé, il est précisé que l’IPSPL pourra exercer auprès de divers types de clientèles : « *qui présente l’une des conditions suivantes : 1° elle présente un problème de santé courant ; 2° elle présente une maladie chronique stable;* », or, ceci exclut grandement la clientèle plus complexe à laquelle l’IPSPL sera confrontée en centre d’hébergement.

**Propositions :**

- L’AIPSQ recommande de mentionner que l’IPSPL peut traiter des problèmes complexes de santé et offrir des soins qui s’adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel de vie.
- Le terme « stable » devrait être retiré, car il pourrait restreindre les activités des IPS autant en 1<sup>ère</sup> ligne qu’en centre d’hébergement ou en centre hospitalier.

Libellé visé :

*8. « Aux fins du présent règlement, on entend par « problème de santé courant » un problème de santé qui présente les caractéristiques suivantes :*

- 1° une incidence élevée dans la communauté ;*
- 2° des symptômes et des signes cliniques affectant habituellement un seul système;*
- 3° une absence de détérioration de l'état général de la personne;*
- 4° une évolution habituellement rapide et favorable. »*

Commentaires :

- Dans le deuxième énoncé de la définition, il est mentionné que les symptômes et signes cliniques affectent habituellement un seul système.
- Or, plusieurs problèmes de santé courants incluent rapidement des symptômes et signes cliniques de deux systèmes distincts, sans pour autant augmenter la gravité du problème de santé, ceci pourrait donc limiter grandement les IPS dans le traitement des problèmes de santé courants.
- Par exemple, dans une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS), les patients présentent habituellement des symptômes ainsi que des signes cliniques dans les systèmes ORL et pulmonaire. Ainsi, deux systèmes sont impliqués dans ce problème de santé courant sans pour autant que ce problème de santé soit considéré grave et que l'IPS ne soit pas en mesure de l'évaluer, tel qu'il est prévu à l'article 7 de ce présent projet de règlement.
- L'IPS qui exerce en centre d'hébergement assurera le suivi de personnes dont les signes et symptômes affecteront plus d'un système, qui peut se détériorer et dont l'évolution ne sera pas favorable.

Proposition :

L'AIPSQ recommande que les énoncés deux, trois et quatre de cette présente définition soient retirés ou modifiés pour éviter des confusions et limitations éventuelles.

Libellé visé :

*9. « Aux fins du présent règlement, on entend par « **maladie chronique stable** » une **maladie qui a fait l'objet d'un diagnostic établi par un médecin et d'un plan de traitement médical donnant les résultats attendus.** »*

### Commentaires :

- L'IPS possède, par sa formation (maîtrise et diplôme d'études supérieures spécialisées) et son expérience, les connaissances et la compétence nécessaires afin d'assurer une pratique sécuritaire. Elle peut ainsi assumer l'entière responsabilité du diagnostic de maladie chronique et du plan de traitement requis.
- 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 et interpréter les examens diagnostiques appropriés. Le règlement actuel encadrant la pratique de l'IPS l'oblige à consulter le médecin partenaire pour établir le diagnostic de maladie chronique et pour en initier le traitement. Nous savons que cette limitation au rôle de l'IPS entraîne une répétition supplémentaire d'actions par le médecin, en plus de créer des délais d'accès aux soins pour les patients.
- Le diagnostic de bon nombre de maladies chroniques (dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète, ostéoporose, etc.) est établi en fonction de valeurs normatives. La prise en charge est encadrée par des guides de pratique, lesquels sont soutenus par des experts dans chaque domaine. L'IPS a la compétence requise pour reconnaître les présentations typiques des maladies chroniques courantes et celle de discerner les présentations atypiques ou les situations complexes, par exemple en raison de multiples comorbidités.
- Les compétences et le jugement clinique requis pour établir le diagnostic d'une maladie chronique et initier le bon traitement sont les mêmes que ceux exigés en contexte de problèmes de santé courants. Ces derniers sont souvent complexes et, contrairement aux maladies chroniques, ne sont pas établis en fonction de valeurs normatives.
- Or, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) (2014), l'IPS peut constater le problème de santé courant ainsi que prescrire les examens diagnostiques et le plan thérapeutique nécessaires à la situation. Par conséquent, l'IPS devrait avoir le droit, en contexte de maladies chroniques, d'établir le diagnostic et le plan de traitement approprié.
- L'IPS possède les habiletés de communication requises pour informer le patient sur sa maladie, valider sa compréhension, ses valeurs et ses priorités, en vue d'une décision de traitement partagée qui favorise l'atteinte des cibles de traitement ainsi que l'engagement du patient dans ses décisions de santé.
- L'IPS est régie par un code de déontologie qui assure, entre autres, qu'elle agit selon les limites de ses habiletés et connaissances. De plus, le libellé 15 positionne les raisons pour lesquelles l'IPS demande obligatoirement l'intervention du médecin partenaire.

### Proposition :

- **« L'AIPSQ recommande le libellé suivant : L'IPS est en mesure, de par ses connaissances et sa compétence, d'émettre un diagnostic pour l'ensemble des problèmes de santé courants et des maladies chroniques au sein de la population, et ce, dans les limites de sa pratique. »**

Libellé visé :

*9. « Aux fins du présent règlement, on entend par « maladie chronique stable » une maladie qui a fait l'objet d'un diagnostic établi par un médecin et d'un plan de traitement médical donnant les résultats attendus. »*

Commentaires :

- Dans ce libellé, les termes «*donnant les résultats attendus*» peuvent être interprétés de diverses manières, ils devraient être précisés.
- Les membres de l'AIPSQ ont été avisés que « Diagnostic établi par un médecin » signifie que le diagnostic peut avoir été établi par un médecin dans un autre site que celui où travaille l'IPS, ou antérieurement à la prise en charge. Il n'a pas à être fait de nouveau par le MD partenaire, puisque le diagnostic a déjà été posé.
- L'IPS travaille en collaboration étroite avec les médecins et les infirmières cliniciennes du milieu où elle travaille et met ses connaissances à jour sur une base régulière.

Propositions :

- L'AIPSQ recommande que le contenu du règlement permette à l'IPS, une fois le diagnostic établi (dans le cas où elle ne peut établir le diagnostic), de modifier la dose ou le type de molécule, soit parce ce que les cibles des objectifs thérapeutiques ne sont pas atteintes ou en présence d'effets indésirables avec la médication initialement prescrite. Les demandes d'intervention du médecin partenaire devront être prévues pour les cas où l'état du patient se détériore malgré les traitements habituels et que l'IPS n'est plus en mesure d'intervenir.
- Il est important de préciser dans le nouveau règlement que l'IPS pourra déterminer la prescription initiale, l'ajuster et la cesser ainsi que faire une ordonnance verbale, écrite ou une transmission par télécopieur.
- De plus, il faudra adapter la terminologie actuelle en fonction de l'ensemble des nouvelles technologies en prévision de tout changement qui pourrait affecter le règlement actuel.

Libellé visé :

*12. « Aux fins des articles 3 à 6, on entend par... 2° soins de deuxième ligne ... soins qui visent des **problèmes complexes de santé**. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement... Ils s'adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel de vie en raison d'une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale. »*

### Commentaires :

- L'IPSPL pourra aussi exercer en centre d'hébergement.
- L'IPSPL a un caseload complet à sa charge incluant une clientèle qui présente des problèmes complexes de santé.

### Proposition :

- **L'AIPSQ recommande de mentionner que l'IPSPL peut traiter des problèmes complexes de santé et offrir des soins qui s'adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel de vie ou préciser qu'elle offre des soins de deuxième ligne.**

## RÈGLEMENT SUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

### SECTION II CONDITIONS ET MODALITÉS D'EXERCICE

Libellé visé :

*13. « L'infirmière praticienne spécialisée exerce les activités prévues au présent règlement en partenariat avec un médecin qui exerce dans les domaines visés par la pratique de l'infirmière et ce partenariat doit être constaté par une entente écrite. Le médecin partenaire peut exercer dans des lieux physiques distincts de celui de l'infirmière, mais il doit avoir établi des trajectoires de soins qui assurent la continuité des soins.*

*Une infirmière peut établir un partenariat avec plus d'un médecin pour couvrir l'ensemble des activités qu'elle exerce. À l'exclusion de la spécialité en soins de première ligne, le partenariat peut aussi être établi avec le département ou le service clinique d'un centre hospitalier. »*

#### Commentaires :

- Certains milieux cliniques de première ligne présentent un mouvement constant du corps médical. Les ententes de partenariat établies doivent être révisées régulièrement.
- L'IPSPL déployée au sein d'un centre d'hébergement pourrait bénéficier d'un partenariat avec le département ou le service clinique.

#### Propositions :

- L'AIPSQ recommande que l'IPSPL puisse établir un partenariat avec un département ou un service clinique selon le milieu et donc de retirer l'exclusion.
- L'AIPSQ recommande que les IPS en soins aux adultes, en néonatalogie, en santé mentale et en soins pédiatriques puissent établir un partenariat avec un ou plusieurs médecins, avec un département spécifique ou un service clinique, selon la situation afin de faciliter les processus de collaboration.

Libellé visé :

*14. « L'entente de partenariat doit au minimum prévoir les éléments suivants :*

- 1° le nom des médecins partenaires qui collaborent à l'entente;*
- 2° le type de clientèle desservie par l'infirmière ou celui exclu;*
- 3° les services ou les soins qui sont offerts par l'infirmière ou exclus;*
- 4° la procédure à suivre pour les demandes d'intervention du médecin;*
- 5° la procédure à suivre pour les demandes de consultation médicale;*
- 6° les moyens de communication entre l'infirmière et le médecin;*
- 7° les mécanismes de surveillance prévus à la section IV;*
- 8° les modalités applicables à la révision ou à la modification de l'entente;*
- 9° la durée de l'entente et la procédure de résiliation ou de renouvellement;*
- 10° les règles relatives à la conservation ou au transfert des dossiers lorsque l'entente de partenariat prend fin. »*

Commentaires :

- ***1° le nom des médecins partenaires qui collaborent à l'entente***
  - Cet énoncé n'est pas adapté aux IPS qui établiront des ententes de partenariat avec des départements ou services cliniques. Ainsi formulé, cet énoncé contraint les parties à procéder à une révision systématique lors de mouvement du corps médical.
- ***2° le type de clientèle desservie par l'infirmière ou exclue :***
  - L'IPS est formée pour offrir des services auprès d'une clientèle diversifiée selon sa spécialité et doit pouvoir exercer selon son niveau de formation pour éviter de perdre ses acquis.
  - L'expérience actuelle des IPS du Québec démontre que certains partenaires restreignent la clientèle de l'IPS pour répondre à leurs besoins. Ainsi, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les immigrants, les réfugiés, les toxicomanes, les personnes âgées, les personnes avec des problèmes de santé complexes, etc., ne trouvent pas d'intervenants pour prendre soin d'elles.
- ***3° les services ou les soins qui sont offerts par l'infirmière ou exclus :***
  - Aucun intervenant ne devrait restreindre le champ d'activité de l'IPS dans l'entente de partenariat ou tout autre document. Les soins et les services offerts par l'IPS devraient être déterminés par les besoins de la communauté dans laquelle elle exerce.

### Propositions :

- 1° L'AIPSQ recommande que, dans le cas où l'entente est établie avec un département ou un service clinique, seul le nom du chef de département ou du service apparaisse afin d'éviter les modifications répétitives associées aux arrivées et départs des médecins.
- 2° L'AIPSQ recommande d'indiquer *le type de clientèle desservie par l'infirmière **et de retirer « ou exclue ».***
- 3° L'AIPSQ recommande d'indiquer *les services ou les soins qui sont offerts par l'infirmière **et de retirer « ou exclus ».***

### Libellé visé :

15. *« L'infirmière praticienne spécialisée demande obligatoirement l'intervention du médecin partenaire dans les cas suivants :*

*1° lorsque les soins requis pour le patient dépassent ses compétences, son domaine d'intervention **ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité;** » [...]*

*3° les résultats escomptés de la thérapie ne sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte et le patient ne répond pas au traitement habituel. [...]*

### Commentaires :

- *1° lorsque les soins requis pour le patient dépassent ses compétences, son domaine d'intervention **ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité;***
  - Les IPS du Québec demandent l'intervention du ou des médecin(s) partenaire(s) lorsque les soins requis dépassent leurs compétences.
  - Les IPS possèdent des compétences transversales. Elles pourront signer une entente avec plusieurs médecins ou départements.
  - Elles connaissent leurs limites et ont développé une expertise et un jugement clinique.
- *3° les résultats escomptés de la thérapie ne sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte et le patient ne répond pas au traitement habituel*
  - Il est proposé d'ajouter « et elle n'est pas en mesure d'en assurer la gestion ». Par exemple, la cible de l'HbA1c peut ne pas être atteinte en 3 à 6 mois, mais l'IPS peut continuer d'ajuster la médication même si le patient n'a pas encore répondu au traitement habituel.



### Propositions :

- 1° L'AIPSQ recommande le libellé suivant : *lorsque les soins requis pour le patient dépassent ses compétences ou son domaine d'intervention, et demande de retirer la section « ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité ».*
- 3° L'AIPSQ recommande le libellé suivant : les résultats escomptés de la thérapie ne sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte et le patient ne répond pas au traitement habituel. **L'IPS n'est pas en mesure d'en assurer la gestion.**
- L'AIPSQ recommande que l'IPS puisse initier, ajuster et renouveler le traitement.

### Libellé visé :

*15. « L'infirmière praticienne spécialisée demande obligatoirement l'intervention du médecin partenaire dans les cas suivants :*

*[...]*

*Dans sa demande d'intervention adressée au médecin partenaire, l'infirmière doit énoncer le motif de la demande et l'urgence de celle-ci et préciser le type d'intervention souhaitée. À la suite de l'intervention du médecin partenaire, elle peut poursuivre l'exercice de ses activités dans les limites du plan de traitement médical déterminé par ce médecin. »*

### Commentaires :

- L'IPS du Québec assure le suivi de sa clientèle en consultant son médecin partenaire et maintient le suivi de la personne en tout temps.
- Le plan de traitement devrait se faire en collaboration et de manière consensuelle entre l'IPS et le médecin partenaire étant donné que l'IPS connaît bien l'état de santé de son patient dans le cas où elle requiert son opinion.
- L'IPS a les capacités d'amorcer, ajuster et renouveler le traitement.

### Propositions :

- L'AIPSQ recommande *que l'IPS puisse établir et amorcer le plan de traitement, l'ajuster et le renouveler de manière autonome.*
- Dans le cas où le médecin partenaire est consulté, *elle peut poursuivre l'exercice de ses activités dans les limites du plan de traitement médical déterminé conjointement avec ce médecin et le patient.*

**Libellé visé :**

*16. « L'infirmière praticienne spécialisée prescrit les examens diagnostiques qu'elle détermine dans le cadre de sa spécialité. Avant de prescrire un examen diagnostique, l'infirmière doit s'assurer qu'un résultat récent de cet examen pour le patient n'est pas autrement disponible. »*

**Commentaires :**

- Avant de prescrire un examen diagnostique, l'IPS vérifie d'emblée la recherche d'un résultat antérieur.
- L'état de santé de la personne peut se détériorer et il peut y avoir évolution de ses symptômes.
- L'IPS est formée pour développer un jugement clinique de haut niveau et être critique en rapport avec ses interventions.
- Le terme « récent » laisse place à une interprétation trop large. Cette définition devrait inclure la notion de « difficulté d'accès à certains résultats », ce qui entraîne des délais aux traitements et peut porter préjudice aux patients. Aussi, une précision sur la nécessité de répéter certains tests malgré leur caractère récent devrait être apportée afin que les IPS puissent demander des examens supplémentaires lorsque cela est justifié et requis pour assurer la qualité et la sécurité des soins destinés à leurs patients.
- La disponibilité d'un résultat récent pour un même examen ne doit pas être une contre-indication absolue puisqu'il peut être pertinent de le répéter.

**Proposition :**

- L'AIPSQ recommande le libellé suivant : *L'infirmière praticienne spécialisée prescrit les examens diagnostiques qu'elle détermine dans le cadre de sa spécialité.*

## RÈGLEMENT SUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

### SECTION III COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

Libellé visé :

*23. « Ce comité est formé de onze membres nommés, selon le cas, par le conseil d'administration du Collège des médecins du Québec ou par celui de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il se compose comme suit :*

- 1° un représentant pour chacun des deux ordres;*
- 2° un médecin partenaire en soins aigus;*
- 3° un médecin partenaire en soins de première ligne;*
- 4° une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne;*
- 5° une infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie;*
- 6° une infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes;*
- 7° une infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques;*
- 8° une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale;*
- 9° une infirmière praticienne spécialisée ayant des fonctions d'enseignement dans un programme de formation universitaire pour l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée;*
- 10° un représentant de la Direction nationale des soins infirmiers du ministère de la Santé et des Services sociaux.*

*Le comité peut s'adjoindre toute personne jugée nécessaire pour l'exécution de son mandat. »*

#### Commentaire :

- Considérant que la formation est intimement liée à la pratique

#### Proposition :

- L'AIPSQ recommande qu'un professeur d'une Faculté des sciences infirmières qui offre la formation aux IPS soit présent sur le comité afin d'être à l'affût des décisions qui seront prises et qui auront un impact sur les programmes de formation, en plus de l'IPS ayant des fonctions d'enseignement dans un programme de formation universitaire pour l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée. Ce professeur fera le lien avec toutes les universités qui offrent le programme de formation s'il y a lieu.

## RÈGLEMENT SUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

### SECTION IV

#### LA SURVEILLANCE DE L'EXERCICE PAR LE MÉDECIN

Libellé visé :

*26. « Le médecin partenaire exerce une surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités liées à l'exercice des activités médicales.*

*La surveillance générale du médecin comporte notamment les éléments suivants :*

- 1° des rencontres pour discuter des mécanismes de collaboration;*
- 2° des discussions de cas choisis par le médecin partenaire ou l'infirmière praticienne spécialisée;*
- 3° la sélection et la révision de dossiers de l'infirmière praticienne spécialisée par le médecin partenaire pour l'évaluation de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par cette dernière;*
- 4° l'évaluation de la prescription de médicaments, d'analyses et d'examen diagnostiques.*

*Les rencontres visées au paragraphe 1° du deuxième alinéa doivent avoir lieu sur une base régulière et peuvent se tenir à distance par des moyens technologiques. »*

#### Commentaires :

- Le terme « surveillance » générale par le médecin partenaire suggère un effet de subordination et entrave la notion de collaboration et d'autonomie de l'IPS.
- Dans une collaboration interprofessionnelle, l'absence de hiérarchisation des rôles et responsabilités est vitale au fonctionnement sain d'une équipe. L'octroi de la surveillance et de l'évaluation de la qualité de l'acte de l'IPS par son médecin partenaire va à l'encontre de ce principe et ainsi peut mettre en péril une bonne collaboration médecin et IPS.
- La surveillance proposée ici devient une responsabilité supplémentaire attribuée au médecin qui signe une entente de partenariat avec une IPS, et cette responsabilité n'est pas souhaitée par l'ensemble de nos médecins partenaires. Elle pourrait même constituer un frein au désir de partenariat et à des retraits de partenariats actuels.
- Le descriptif des points trois et quatre de l'article 26 laisse sous-entendre une surveillance accrue. Il est suggéré de revoir la formulation dans un contexte de collaboration et de partenariat. En effet, il y a échange d'informations régulièrement

entre le ou les médecins partenaires et l'IPS en lien avec des dossiers communs. Cependant, il s'agit d'un échange de bonnes pratiques.

- Une étude de Lowery et coll. de 2016, met en lumière que la réglementation restrictive, la surveillance et le contrôle médical de la pratique des IPS sont inextricablement entrelacés. De plus, la variabilité dans la réglementation provinciale visant la pratique des IPS limite le déploiement complet de ces fournisseurs de soins de santé, menace la qualité et la sécurité des soins livrés par les IPS, et limite le choix du patient dans l'accès aux soins de santé. Ils en concluent qu'une main-d'œuvre souple et bien préparée est nécessaire pour répondre aux besoins de santé des populations. Il est évident qu'une surveillance aussi étroite d'un collaborateur quotidien prédispose à des dérapages anticipés. Aucun autre professionnel certifié n'a de supervision aussi constante après délivrance de son permis.<sup>6</sup>
- À la section III de ce présent règlement, l'article N° 22 prévoit qu'un comité consultatif sur la pratique des IPS est mis sur pied. Ce comité aura pour mandat d'examiner de façon générale la qualité de la pratique clinique des IPS et émettre des recommandations.

#### **Propositions :**

- **L'AIPSQ recommande que l'article 26 du présent règlement soit amendé comme suit : « Le médecin partenaire n'exerce pas de surveillance auprès de l'IPS. Le médecin partenaire possède un rôle de collaborateur afin d'assurer la qualité des soins aux patients suivis conjointement avec l'IPS**
- **Dans le cas où le médecin ou l'IPS se préoccupe de la pratique clinique de son partenaire, les instances pertinentes doivent en être informées afin de maintenir une saine collaboration entre le médecin partenaire et l'IPS.**
- **En raison de la nature spécifique de la pratique de l'IPS, une équipe d'évaluateurs formée d'un médecin partenaire et d'un pair IPS pourrait procéder à l'évaluation du volet médical de l'exercice de l'IPS et émettre des recommandations. Le comité consultatif pourra se pencher sur des recommandations pertinentes pour assurer la surveillance de la qualité de pratique globale des IPS, incluant le volet de pratique médicale. Comme la formation des IPS est maintenant de plus en plus assurée par les IPS elles-mêmes, il faut envisager, dans un avenir rapproché, que la surveillance de toutes les activités puisse être faite par des IPS.**
- **Dans la mesure où il y a raison de croire que l'un ou l'autre des partenaires n'est pas conforme à la pratique, le comité de révision de l'acte médical (pour le médecin) ou le comité consultatif sur la pratique de l'IPS (pour l'IPS) sera sollicité.**

---

<sup>6</sup> [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](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)

## RÈGLEMENT SUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

### ANNEXE I

(a. 17, 2e al.)

### LIMITATION QUANT À LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

Libellé visé :

*1. « L'infirmière praticienne spécialisée ne peut prescrire, ni ajuster, ni renouveler :*  
*1° le cannabis thérapeutique;*  
*2° la méthadone et la buprénorphine / naloxone pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. »*

#### Commentaires :

- Étant donné que le nombre de prescripteurs de méthadone est insuffisant pour répondre à la demande des patients et que moins de 30% des personnes ayant un problème de dépendance ont accès à un traitement de substitution<sup>7</sup>.
- Étant donné que la consommation d'opiacés est en hausse au Québec et que l'injection est un facteur de risque de transmission du VIH et VHC;
- Notez qu'une formation est disponible et accessible aux différents professionnels de la santé afin de s'outiller pour travailler avec les méthodes de substitution<sup>8</sup>.

#### Propositions :

- L'AIPSQ recommande que l'IPS qui possède l'expertise puisse travailler en partenariat avec une équipe en dépendance afin de favoriser l'accès aux moyens de substitution aux opiacés en ayant préalablement l'autorisation d'exemption octroyée par Santé Canada et le Collège des médecins du Québec. Elle aura, au préalable, effectué la formation disponible aux différents professionnels de la santé afin de s'outiller pour travailler avec les méthodes de substitution.

---

<sup>7</sup> <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/le-traitement-de-la-dependance-aux-opioides-tdo>;

<sup>8</sup> <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss/traitement-des-troubles-lies-a-l-usage-d-opioides>

- L'AIPSQ recommande la lecture de l'annexe du présent document s'intitulant : Traitements de substitution lors de dépendance aux opioïdes : Argumentaire pour l'octroi du droit de prescription pour les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

**RÈGLEMENT MODIFIANT LE RÈGLEMENT SUR LES  
CLASSES DE SPÉCIALITÉS DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET  
INFIRMIERS DU QUÉBEC POUR L'EXERCICE DES ACTIVITÉS VISÉES  
À L'ARTICLE 36.1 DE LA LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS**

**LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS**

*(chapitre I-8, a. 14, par. f)*

**SECTION III.2  
COMITÉ CONSULTATIF**

Libellé visé :

*22.3. « Un comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée est constitué. Ce comité a pour mandat :*

*4° d'analyser toute autre liée à l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée. »*

Commentaire :

- *d'analyser toute autre ... (il semble manquer une information) liée à l'exercice de l'infirmière praticienne spécialisée.*



## SECTION II DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

### Libellé visé :

*16. « Le certificat de spécialiste d’infirmière praticienne spécialisée en néphrologie et le certificat de spécialiste d’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie délivrés par l’Ordre avant le (inscrire ici la date d’entrée en vigueur du présent règlement) deviennent un certificat de spécialiste d’infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes. »*

### Commentaires :

- Les IPS en cardiologie et en néphrologie ont fait des études particulières afin de se spécialiser dans un champ de pratique spécifique.
- Les IPS en soins aux adultes formées à la suite de l’adoption du règlement suivront une formation différente qui correspondra au nouveau titre d’emploi.

### Proposition :

- L’AIPSQ recommande que, selon un principe de droit acquis, les IPS 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.

## 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.
- <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/le-traitement-de-la-dependance-aux-opioides-tdo>;
- <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss/traitement-des-troubles-lies-a-l-usage-d-opioides>
- [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](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)

## ANNEXE A

### Traitements de substitution lors de dépendance aux opioïdes

#### Argumentaire pour l'octroi du droit de prescription pour les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL)

Isabelle Têtu, Meggy Fillion, Louis-Thomas Moisan, Matthieu Tancrède  
22/05/2017

---

En regard de la consultation publique qui est en cours visant le nouveau règlement sur la pratique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL), certaines d'entre nous veulent intervenir et faire valoir notre position sur un point de l'annexe 1 qui stipule que *l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ne peut prescrire ni ajuster ni renouveler la méthadone et la buprénorphine/naloxone pour le traitement de la dépendance aux opiacés.*

Étant donné le manque criant de ressources médicales et professionnelles en santé dans le domaine des dépendances aux opiacés et traitements de substitution.

Étant donné que seulement 18% des personnes dépendantes aux opiacés ont accès à un programme de substitution au Québec.

Étant donné la montée fulgurante de la consommation d'opiacés au Québec ces dernières années.

Étant donné la crise des surdoses aux opiacés qui survient dans l'Ouest canadien et en prévision d'une éventuelle crise dans les différentes régions du Québec.

Étant donné que la dépendance est depuis longtemps reconnue comme un problème de santé chronique avec des périodes de rémission et de rechute.

Étant donné que les infirmières praticiennes des autres provinces canadiennes peuvent se prévaloir de l'exemption de Santé Canada pour pouvoir prescrire un traitement de substitution.

Étant donné que le rôle de l'IPSPL au Québec est de travailler en interdisciplinarité afin de prendre en charge des clientèles de 0-99 an aux prises avec une maladie chronique stable.

Étant donné que l'on reconnaît dans le présent projet de loi, l'aptitude est les compétences pour prescrire et assurer le suivi de la majorité des problèmes de santé chroniques de notre clientèle.

Nous demandons au comité formé de l'OIIQ et du CMQ ainsi qu'à l'Office des professions de revoir sa position sur l'annexe 1 dans l'optique d'améliorer l'accessibilité des soins et la qualité de vie de ces patients dans une situation d'extrême vulnérabilité.

# Traitements de substitution lors de dépendance aux opioïdes

## Historique

Le premier programme de traitement de la dépendance aux opioïdes par la méthadone a été mis en place à Montréal par le Dr Pierre Lauzon en 1985. À cette époque, seule une poignée de médecins prescrivaient de la méthadone pour répondre à la clientèle héroïnomane. Aujourd'hui, ce traitement est reconnu à travers le Québec, le Canada et mondialement. Il fait partie intégrante du panier de services en dépendance dans plusieurs régions du Québec depuis 2004 (CRAN, 2011). L'augmentation des cas de dépendance aux opioïdes s'est fait sentir dès les années 70 dans les grands centres urbains du Québec et ne cesse d'augmenter depuis de manière fulgurante et ce, aussi en milieu rural. Or, force est de constater que l'offre n'est pas toujours accessible dans certaines régions voire inexistante.

Pourtant, l'utilité de ces programmes ne fait plus de doute. Comme mentionné dans un rapport produit par le CRAN (2011), les effets bénéfiques démontrés mondialement et supportés par les données probantes sont nombreux : la diminution de l'utilisation de drogues, l'arrêt ou la baisse importante de la consommation d'opioïdes illicites, l'atténuation de l'utilisation d'autres drogues et de l'abus d'alcool et de médicaments, une baisse significative de l'activité criminelle, la réduction de la mortalité, une meilleure santé physique et mentale, la réduction des comportements à risque se rapportant au VIH, au VHC et aux autres agents pathogènes véhiculés par le sang, une meilleure adaptation sociale comme l'accroissement de la capacité à occuper un emploi, l'amplification des revenus, le rehaussement de la qualité de vie et la réduction de complications obstétricales et foetales lors de la grossesse.

## État de situation au Québec

Selon Perreault et Archambault (2017), la prévalence de l'abus d'opioïdes au Canada était estimée à 0,3% en 2013. Les différentes études ont démontré que le traitement basé sur la substitution « est reconnu comme traitement de base de la dépendance aux opioïdes » au niveau international. Les problématiques vécues par les personnes dépendantes aux opioïdes aux quatre coins du globe sont alarmantes. La grande majorité des usagers se trouvent dans une situation d'instabilité résidentielle, sont sans emploi et souvent judiciairisés. Ces personnes souffrent de polyconsommation, souvent de douleur chronique et des troubles de santé mentale. Les taux de VIH et d'hépatite C sont plus élevés au sein de cette population que dans la population générale.

Au Québec, les programmes de substitution sont entièrement financés par l'état et leur modèle de dispense de soins varie d'une région à une autre. Actuellement, on retrouve principalement trois types d'organisation de services sur le territoire québécois : une organisation unique en centre de réadaptation en dépendance (CRD) accompagnée de services multidisciplinaires (médecins, infirmiers

et psychosociaux), une organisation unique avec des médecins pratiquant en première ligne et ayant généralement peu de support de professionnels spécialisés en dépendance, et une organisation mixte combinant des soins en CRD et des soins en première ligne offerts par des médecins exerçant souvent en solo, c'est-à-dire, sans collègues (médecins, infirmières ou intervenants psychosociaux) pour les soutenir (CRAN, 2011).

Or, il s'avère que malgré la diversité des modèles, l'accès à un traitement de substitution est largement insuffisant. En août 2014, le Collège des médecins (CMQ) faisait état du faible nombre de médecins prescripteurs au Québec détenant une exemption permanente pour la méthadone et la buprenorphine/naolxone soit 738 pour l'analgésie et seulement 265 pour la dépendance. Une légère amélioration ces dernières années, mais nettement en dessous du réel besoin pour les personnes dépendantes.

Pourtant, en 1999 le CMQ et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), publiaient *les lignes directrices de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*. Ces deux instances professionnelles soulignaient déjà l'importance d'améliorer l'accès aux programmes de méthadone par une plus grande implication des médecins et pharmaciens. Ce n'est que depuis quelques années que le CMQ et quatre facultés de médecine du Québec ont conclu une entente pour inclure une formation sur le traitement de substitution dans le cursus des futurs médecins en visant une meilleure prise en charge de ces patients.

On estime à 18% des personnes dépendantes aux opiacés de l'ensemble des personnes dépendantes aux opioïdes qui sont rejointes par un programme de substitution avec la méthadone ou le suboxone. La majorité d'entre elles sont dans la région de Montréal suivie des régions de la Montérégie et de Québec (Gouv du Québec, 2006). Force est de constater que les études rigoureuses sont peu nombreuses et plusieurs sous-groupes de personnes vulnérables ou marginalisées demeurent mal étudiés. La participation clinique des IPS dans les traitements de substitutions en fera des intervenantes idéales pour combler ces lacunes au niveau des données probantes, puisqu'elles ont aussi des compétences de recherche scientifique.

Toujours selon le rapport du CRAN (2011), les 11 CRD offrent le traitement de dépendance aux opioïdes (TDO) avec traitement de substitution, 4 CRD offrent le TDO sans traitement de substitution et un CRD n'offre ni le TDO ni la médication. Il s'agit de la Côte-Nord. Trois régions offrent le TDO et la médication de substitution seulement en première ligne. Le temps d'attente pour avoir accès à un programme de substitution varie de deux semaines à plus d'un an.

Bon nombre des patients en programme de substitution ont un traitement parallèle c'est-à-dire qu'ils ont un suivi médical dans une CRD pour la prescription d'un traitement de substitution et un suivi en médecine familiale (pour les rares chanceux) dans un GMF, CLSC ou UMF pour les autres problèmes de santé. Ce qui a pour effet de multiplier les visites médicales inutilement. Les clientèles les plus vulnérables n'ont souvent ni un ni l'autre ou sinon, l'équipe du CRD est leur seul fournisseur de soins. Pourtant, les ressources spécialisées telles que les CRD devraient initier le traitement et transférer les patients vers les ressources de première ligne pour la prise en charge globale. Dans le cadre de référence et guide de bonnes pratiques élaboré par le gouvernement du Québec en 2006, on stipule que « ...les personnes suffisamment stabilisées à la suite d'un traitement de substitution avec la méthadone

*dans un centre spécialisé devraient poursuivre leur traitement dans la communauté. Cette orientation faciliterait leur processus d'insertion sociale et dégagerait une disponibilité pour accueillir d'autres personnes dans ces centres de traitement. » p. 42.*

Même son de cloche de la part des patients recevant une médication telle que la méthadone ou la suboxone. En 2017, Perreault et Archambault ont recueilli l'avis des usagers de programmes de substitution lors de groupes de discussion sur la dispense des soins: « *Tous les participants valorisent une approche médicale globale où le médecin prescripteur pour le traitement de substitution joue aussi le rôle de médecin de famille. Ils estiment que la scission de la prise en charge médicale constitue un dédoublement et s'inscrit dans une gestion contreproductive des services.* » p. 52.

## **La dépendance aux opiacés comme maladie chronique**

La dépendance est malheureusement souvent perçue comme un problème moral ou criminel et les personnes qui en souffrent sont stigmatisées dans la société. C'est aussi vrai auprès des professionnels de la santé d'où la réticence de plusieurs médecins à prendre en charge une telle clientèle. Cet inconfort prend racine parfois dans le manque de connaissances de cette clientèle et de l'effet des drogues. Il peut aussi naître d'une difficulté à discuter de l'abus de substances avec son patient ou tout simplement d'un manque de temps. Pourtant, la dépendance devrait être vue et traitée comme un autre problème de santé chronique. La revue de littérature faite par McLelland et al. (2000) a permis de mettre en lumière que le taux de rechute chez les dépendants aux drogues étaient similaires aux taux de rechute des diabétiques de type 2, aux asthmatiques et aux hypertendus qui ont des facteurs environnementaux, des choix personnels et un héritage génétique équivalents. Or, les récurrences de consultations médicales sont les mêmes pour les quatre problèmes de santé chroniques énoncés ci-haut, mais le traitement ou l'acceptabilité diffère pour les gens souffrants de dépendance.

Selon Lauzon (2000), Perreault et Archambault (2017), le traitement à long terme avec une médication de substitution s'apparente à tout autre problème médical chronique. La prise en charge des personnes souffrant d'un trouble lié l'utilisation d'opioïdes comporte des interventions multidisciplinaires axées sur la prévention, le traitement et la réadaptation. Le suivi nécessite une prise de médication sur une longue période, il doit y avoir des analyses faites et un suivi régulier. Ce suivi comprend des périodes de stabilité et parfois de rechutes, mais est nécessaire au fonctionnement de la personne, voire même vital.

## **IPSPL et prise en charge des clientèles avec maladies chroniques**

En plus de la dépendance aux opiacés, les patients toxicomanes souffrent aussi d'autres maladies telles que les ITSS, l'hypertension, le diabète, les problèmes de santé mentale, etc. Devant ce constat, l'IPSPL peut être une actrice essentielle dans la prise en charge de cette clientèle.

Étant habileté à suivre une clientèle de 0-99 ans avec ou sans problème de santé stable, l'IPSPL assure quotidiennement le suivi de patients en interdisciplinarité avec d'autres professionnels. Visant

la prise en charge d'une clientèle ambulatoire, la pratique a évolué pour plusieurs IPSPL vers des clientèles désaffiliées et où le manque de ressources médicales est criant. Se basant sur une approche à la fois humaniste et pragmatiste telle que la réduction des méfaits, leur rôle est davantage orienté vers la prise en charge de cas complexes et souvent instables en étroite collaboration avec les médecins partenaires. Les ITSS, les infections de la peau et des tissus mous, les troubles concomitants de santé mentale-toxicomanie tels que les psychoses ou les troubles anxieux font partie de leur réalité quotidienne. Or, l'intérêt, les habiletés et les compétences des IPSPL convergent vers le droit de prescription des traitements de substitution dans une logique de continuité de soins, et ce, toujours en partenariat avec les médecins.

D'un point de vue holistique, le traitement de substitution est aussi un moyen de faire de la prévention des maladies et de la promotion de la santé concernant d'autres conditions. Dit autrement, il peut devenir la porte d'entrée dans le système de soins pour des personnes pour qui la toxicomanie limite leur prise en charge de leurs autres comorbidités. L'IPS a l'avantage de visiter deux approches à la santé qui ont chacune leurs modes de pensée et leurs méthodes respectives. Il est ici question des sciences infirmières et de la science médicale. En tirant profit des expertises multiples de chacun, tant qu'infirmière que médicale, l'IPS a l'avantage de pouvoir offrir un soin différent qui augmentera l'offre de service global. Il ne s'agit donc pas de remplacer les médecins en faisant un même travail, mais plutôt de travailler ensemble vers un même but sanitaire en partageant certains outils thérapeutiques, tels qu'ici les traitements de substitution.

En ce qui a trait à la qualité et à la sécurité des soins, de nombreuses études soulignent que les IPS prodiguent des soins comparables sinon meilleurs que leurs collègues médecins, dans les limites de leur champ d'expertise. Au même titre que les médecins, les IPS qui travailleraient avec les traitements de substitutions devraient acquérir les compétences de ce champ d'expertise. Les connaissances et les aptitudes cliniques requises pour travailler sécuritairement avec les traitements de substitution sont à la portée des IPS, si on le leur en permet l'apprentissage.

L'ajout de ce droit de prescription pourrait améliorer voire permettre l'accès dans certaines régions du Québec aux personnes dépendantes à un traitement de substitution aux opiacés. Grâce à la collaboration grandissante entre les médecins et les IPS et au partage de la responsabilité dans le suivi des clientèles ayant des besoins complexes, l'autorisation de ce droit de prescription aux IPS a le potentiel d'encourager les médecins à se prémunir également de l'exemption de Santé Canada.

### **Des bénéfices pour la société, mais surtout pour les patients**

Les traitements de substitution aux opiacés amènent une vaste gamme de bénéfices pour la personne et son environnement, mais aussi sur les coûts pour la société. Dans le rapport du CMQ et OPQ (1999), on mentionne qu'un patient en traitement de maintien à la méthadone coûte environ 4000\$ par année alors qu'il en coûte entre 40 000 et 60 000\$ en frais judiciaires pour un patient sans traitement. À ces frais s'ajoutent ceux d'un traitement VIH de 100 000\$ par an à vie et pour l'hépatite C de 50 000\$ à 120 000\$ avec les nouvelles molécules disponibles en 2017. Dans le cadre de référence et guide de bonnes pratiques élaborés par le gouvernement du Québec en 2006, on



mentionne que pour chaque dollar investi dans le traitement de substitution, on réalise une économie qui varie entre 4 et 13\$ en soins de santé ou sociaux et en productivité de travail.

Ainsi, en soignant adéquatement les personnes au prise avec des problèmes de toxicomanie, les traitements de substitution participent à diminuer le fardeau de la maladie tout en améliorant la contribution à l'effort sociétal. La personne change alors de statut social auprès de ses concitoyens. Le travail est aussi un déterminant social de la santé qui, en plus d'augmenter la richesse du groupe, participe grandement au revenu individuel qui aura un impact successif sur le logement, l'alimentation et les autres déterminants sociaux de la santé qui auront une influence importante sur la trajectoire de vie de la personne-famille tel que mentionné en première partie de ce texte.

La personne dépendante aux opioïdes doit être considérée comme toute autre personne nécessitant des soins au Québec. Tout comme les autres patients qui souffrent d'une maladie chronique, elle doit avoir accès à un professionnel de la santé qui va l'évaluer, la renseigner, la supporter et lui donner le traitement adéquat. Dre Julie Bruneau énonçait dans un article de l'OIIQ en 2013, « *On n'accepterait jamais qu'un diabétique ne puisse avoir accès à son traitement. Alors pourquoi notre société tolère-t-elle qu'un toxicomane ne puisse recevoir le traitement qui lui sauvera la vie ?* ». Effectivement, il existe un non-sens à ne pas fournir un traitement disponible aux plus vulnérables de notre société. Cela brime directement leurs droits fondamentaux. À ce titre, pourquoi ne pas mettre à contribution les IPSPL? Sur quel fondement, argumentaire ou étude se base cette décision d'exclure les IPSPL qui désirent se prévaloir du droit de prescrire un traitement de substitution en demandant l'exemption de Santé Canada? Nous sommes conscientes que cette pratique doit tenir compte de plusieurs éléments et exige un travail d'équipe (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens et intervenants communautaires), ce à quoi nous adhérons déjà dans notre pratique actuelle.

À la lumière des arguments fournis dans ce document, nous vous demandons de revoir votre position en tenant compte de la situation actuelle du Québec, soit l'augmentation du nombre de personnes dépendantes aux opiacés, du faible nombre de médecins prescripteurs, de la crise des opioïdes et des surdoses actuelles, de la venue des sites d'injection supervisée et de l'habileté reconnue des IPSPL à assurer le suivi des patients.

## Bibliographie

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2014). *Les prescripteurs de méthadone*. Direction de l'amélioration de l'exercice. Capsule no 8 – octobre 2014.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (1999). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : Lignes directrices*. Montréal : CMQ. 36 p.

CRAN (2011). *La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitution au Québec*. 72 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques. Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 86 P.

LAUZON, P. (2000). *Le traitement à long terme avec la méthadone : le rôle du médecin de famille*. *Médecin du Québec*, volume 35, numéro 5, mai 2000.

MCLELLAND et al. (2000). *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. *JAMA* 2000 oct 4; 284 (13): 1689-95

PERREAULT, M. et ARCHAMBAULT, L. (2017). *Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal*. CRAN et CIUSSS de de l'ouest de l'île -de Montréal. 95 p

SABOURIN, G (2013). *La méthadone : réduire la transmission du VIH*. Perspectives infirmières, OIIQ. Vol 10, no 3.