



+ Fortes unies

**AVIS DE LA FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (FSQ-CSQ)
SUR LE PROJET DE RÈGLEMENT SUR
LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES
TRANSMIS AU PRÉSIDENT DE L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC**

31 mai 2017

Le Projet de règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées¹, publié dans la Gazette officielle du Québec le 19 avril dernier, propose de multiples changements qui, espérons-le, devraient améliorer l'accessibilité et la continuité des soins pour la population québécoise en permettant une pratique professionnelle moins restrictive pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

C'est reconnu, favoriser une meilleure contribution des compétences des IPS, notamment en augmentant leur pouvoir de prescription, assure des interventions plus précoces et, par le fait même, réduit les complications, les taux d'hospitalisation et de réadmission, et la durée des séjours hospitaliers. Assurer une meilleure utilisation des ressources professionnelles en santé ne peut qu'améliorer globalement notre système de santé et de services sociaux. Bien que ce projet de règlement soit un grand pas dans la bonne direction, de nouveaux éléments soulèvent des questionnements, d'autres suscitent d'importantes insatisfactions.

La reconnaissance entière de l'expertise et des droits de pratique plus étendus aux IPS, et le respect de leur autonomie professionnelle, sont des valeurs très chères à notre organisation et aux membres que nous représentons. C'est pourquoi nous tenons à vous soumettre certaines préoccupations partagées par des IPS de diverses régions du Québec et quelques recommandations visant à favoriser, notamment, une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Parmi les sujets que nous souhaitons porter à votre attention dans le cadre de la présente consultation publique, mentionnons les enjeux liés à la formulation de certains diagnostics, à la prescription de médicaments pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, à la conclusion d'ententes de partenariat avec les médecins, à la constitution d'un nouveau comité consultatif sur la pratique de l'IPS et enfin, les conditions qui permettraient un réel accès à la formation.

1. La droit de formuler certains diagnostics

D'entrée de jeu, rappelons que le Québec est la seule province canadienne où les infirmières praticiennes ne sont toujours pas autorisées à formuler et à communiquer un diagnostic médical, malgré leur formation universitaire de 2^e cycle largement supérieure en heures d'enseignements théorique et pratique, leur champ d'expertise et leurs compétences clairement reconnues; seule une « impression diagnostique » peut être établie, avec toutes les limites et les contraintes que cela implique.

¹ GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC, 19 avril 2017, 149^e année, no 16, Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=66467.pdf>

Une étude de la Nurse Practitioners' Association of Ontario sur le champ de pratique des infirmières praticiennes, publiée en décembre 2015, indique que toutes les IPS au Canada, sauf au Québec, peuvent poser des diagnostics, à différents degrés.²

Nous croyons fermement que cette activité clinique doit être intégrée au champ d'exercice de l'IPS, bien sûr selon des règles et des contextes bien établis. Donc, contrairement à ce qui est présenté à l'article 9 du projet de règlement, nous ne croyons pas qu'une maladie chronique stable doit nécessairement avoir fait l'objet d'un diagnostic établi par un médecin et d'un plan de traitement médical donnant les résultats attendus.

À ce sujet, nous appuyons entièrement l'analyse et l'argumentaire mis de l'avant par le Comité des IPS de l'est du Québec (CIDEQ) qui regroupe plusieurs de nos membres :

- L'IPS possède par sa formation et son expérience, les connaissances et la compétences nécessaires afin d'assurer une pratique sécuritaire ;
- La démarche clinique de l'IPS à l'égard de problèmes de santé chroniques non diagnostiqués ne diffère pas de celle du médecin (cueillette des informations essentielles à la consultation, examen physique ciblé et pertinent selon l'histoire de la personne, prescription d'examen diagnostics appropriés) ;
- Le diagnostic de plusieurs maladies chroniques est établi en fonction de valeurs normatives, leur prise en charge est encadrée par des guides de pratique élaborés et soutenus par les experts de chaque domaine de spécialité ; l'IPS utilise les mêmes références scientifiques que les médecins afin de satisfaire aux normes de bonnes pratiques ;
- Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'IPS peut constater les problèmes de santé courant, souvent complexes et non établis en fonction de valeurs normatives, et prescrire les examens diagnostiques et le plan thérapeutique nécessaire à la situation. Or, 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 pour les problèmes de santé courants ;

² Nurse Practitioners' Association of Ontario (décembre 2015). A Pan---Canadian Environmental Scan of the Scope of Practice of Nurse Practitioners. http://npao.org/pdf/A_Pan-Canadian_Environmental_Scan_of_NPs_2015.pdf

- La dispensation de soins sécuritaires par l'IPS à la population est déjà très bien encadrée (pratique assujettie au Code de déontologie des infirmières et des infirmiers, obligation d'agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles, de consulter ou de référer le client dont l'état de santé l'exige vers une autre ressource professionnelle compétente, d'assurer la mise à jour et le développement de ses compétences).

De plus, l'article 15 du projet de loi prévoit de façon très explicite les diverses situations où l'IPS doit demander l'intervention du médecin partenaire.

Nous croyons qu'en vertu de l'ensemble des mesures et réalités énoncées précédemment, cette limitation au rôle de l'IPS n'a pas sa raison d'être et que, dans l'optique de favoriser une réelle collaboration interprofessionnelle et un meilleur accès aux services de première ligne :

L'IPS doit être autorisée à émettre au diagnostic pour l'ensemble des problèmes de santé courants et des maladies chroniques au sein de la population, et ce, dans les limites de ses compétences et de son champ de pratique.

2. Le droit de prescrire certains médicaments pour le traitement de la dépendance aux opioïdes

La crise des opioïdes ne cesse de faire la une de l'actualité médiatique. Nous le savons tous, elle est devenue un problème de santé publique d'envergure qui nécessite une action urgente et globale. Nous croyons que l'adoption d'un nouveau règlement sur la pratique clinique des IPS est une occasion d'apporter un élément de solution professionnelle à ce problème en forte progression.

Or, il est très surprenant de constater, dans l'annexe 1 du projet de règlement, que les législateurs n'envisagent pas cette solution et qu'une limitation quant à la prescription est explicitement prévue :

L'infirmière praticienne spécialisée ne peut prescrire, ni ajuster, ni renouveler la méthadone et la buprénorphine / naloxone pour le traitement de la dépendance aux opioïdes (article 1, paragraphe 2^o).

Notre fédération partage les préoccupations et l'évaluation du CIDEQ qui réfère à l'étude de Têtu, Fillion, Moisan et Tancrede (2017)³.

Étant donné :

- le manque criant de ressources médicales et professionnelles en santé dans le domaine des dépendances aux opiacés et traitements de substitution;
- que seulement 18% des personnes dépendantes aux opiacés ont accès à un programme de substitution au Québec;
- la montée fulgurante de la consommation d'opiacés au Québec ces dernières années;
- 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;
- que la dépendance est depuis longtemps reconnue comme un problème de santé chronique avec des périodes de rémission et de rechute;
- que les infirmières praticiennes des autres provinces canadiennes peuvent se prévaloir de l'exemption de Santé Canada pour pouvoir prescrire un traitement de substitution;
- que le rôle de l'IPS en soins de première ligne au Québec est de travailler en interdisciplinarité afin de prendre en charge des clientèles de 0-99 ans aux prises avec une maladie chronique stable;

Et surtout parce que le présent projet de règlement reconnaît aux IPS l'aptitude et les compétences pour prescrire et assurer le suivi de la majorité des problèmes de santé chroniques de la clientèle, nous croyons que :

L'IPS en soins de première ligne est une professionnelle hautement qualifiée et habilitée pour intervenir auprès de la clientèle nécessitant un traitement pharmacologique pour la dépendance aux opioïdes et, à ce titre, elle doit pouvoir prescrire, ajuster et renouveler la méthadone et la buprénorphine / naloxone pour le traitement de la dépendance aux opioïdes

³ Têtu, I., Fillion, M., Moisan, L-T. & Tancrede, M. (2017). Traitement 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. Québec.

3. Des ententes de partenariat qui soulèvent bien des questions

L'article 13 du projet de règlement prévoit que lorsqu'une IPS exerce les activités prévues au présent règlement en partenariat avec un médecin qui exerce dans les domaines visés par la pratique de l'infirmière, 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.

L'obligation d'avoir une telle entente écrite s'appliquerait donc maintenant à l'ensemble des milieux de pratique, centres hospitaliers, groupes de médecine de famille, centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc., et viserait l'ensemble des IPS, et non seulement les IPS en soins de première ligne.

Dans la réglementation actuelle, l'entente de partenariat écrite est obligatoire seulement lorsque l'IPS en soins de première ligne exerce ailleurs que dans un centre exploité par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). Selon l'article 42.1 de la *Loi médicale* (c. M-9), le médecin partenaire doit alors effectuer la surveillance des activités médicales de l'IPSPL.

Or, selon l'OIIQ⁴ :

- L'entente de partenariat établit un lien de collaboration étroit et exclusif dont les partenaires sont appelés à définir eux-mêmes les limites en fonction de leurs objectifs;
- La surveillance, par le médecin partenaire, des activités médicales de l'IPSPL ou de la CIPSPL est une surveillance de nature générale et n'a pas pour effet de créer un lien de subordination ou d'autorité;
- Il s'agit d'une surveillance des activités médicales semblable à celle qui est exercée par un chef de département clinique à l'égard des médecins ou des IPS pratiquant en établissement, conformément à l'article 190 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*
- Par ailleurs, la supervision de la pratique des activités médicales de la CIPSPL, qui incombe au médecin partenaire, n'implique pas nécessairement un contrôle étroit sur le travail de la candidate. Elle peut

⁴ Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une IPS en soins de première ligne ou une candidate IPS en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1408-entente-partenariat-ipspl.pdf>

prendre des degrés variables de contrôle, allant d'un suivi étroit, telle une surveillance directe, immédiate ou au cas par cas, jusqu'à un accompagnement professionnel où le médecin partenaire agit comme un guide, une personne-ressource en mesure de vérifier le travail et d'intervenir au besoin.

En somme, selon le guide de pratique de l'OIIQ, l'entente qui donne effet au partenariat, donc à une relation de collaboration, ne doit pas être considérée comme un contrat de travail impliquant une relation employé-employeur de subordination et de contrôle

Le projet de règlement prévoit les modalités de l'entente de partenariat écrite qui devront prévoir au minimum :

- 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 IV⁵;
- 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.

Difficultés en vue ...

⁵ La surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales par le 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'IPS; 3° la sélection et la révision de dossiers de IPS 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.

Cette nouvelle obligation élargie à l'ensemble des IPS, bien qu'elle vise à clarifier les attentes et besoins respectifs, soulève un certain nombre de préoccupations majeures.

- Les ententes de partenariat risquent de reposer de façon importante sur le bon vouloir et la disponibilité effective des médecins partenaires, qui sont eux-mêmes fortement bousculés par les multiples transformations du système de santé et de services sociaux; de telles ententes à la pièce pourraient engendrer diverses formes d'iniquités dans la pratique clinique des IPS;
- Des difficultés à intégrer ces nouveaux modèles de collaboration au projet clinique et organisationnel des centres intégrés (CISSS, CIUSSS) pourraient s'observer. Ces derniers ont la responsabilité de déterminer les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis et l'offre de services requise, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau (LSSSS, art. 99.5);
- Une certaine confusion dans les rôles et responsabilités en matière de supervision est à prévoir, notamment en ce qui a trait à la surveillance des activités cliniques dans les centres exploités par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, où la ligne entre l'autorité fonctionnelle parfois implicite (médecin) et l'autorité hiérarchique (chef de département clinique) est quelques fois bien mince;
- Les mécanismes proposés pour assurer la surveillance générale de la qualité et de la pertinence des activités médicales exercées par les IPS nous semblent très contraignants, d'autant plus que l'IPSPL est considérée, par son ordre professionnel, autonome dans l'exercice des activités professionnelles qu'elle est autorisée à pratiquer et qu'elle est responsable de sa conduite professionnelle;
- Aucune procédure de conciliation des différends (de nature médicale ou administrative), dans l'éventualité où des difficultés d'application de l'entente surviendraient, n'est prévue. Or plusieurs éléments liés aux partenariats pourraient être sources de difficultés, voire de conflits (horaire de travail, disponibilités des membres de l'équipe, non respect de certains droits, notamment syndicaux, etc.) Des délais induits en réponse à une demande d'intervention urgente du médecin est un exemple parmi bien d'autres.

Il nous apparaît prématuré de généraliser une telle pratique à tous les milieux de pratique, sans prévoir de mécanisme transitoire d'évaluation.

Nous croyons qu'il est essentiel de prévoir un mécanisme permettant de collectiviser et d'analyser les difficultés rencontrées par les IPS lors de l'élaboration et de l'application des ententes de partenariats écrites avec les médecins partenaires; les informations dénominalisées devraient être transmises au comité consultatif chargé d'analyser toute question liée à l'exercice de l'IPS.

Nous demandons que tout élément mettant au jeu des dispositions de la convention collective soit automatiquement transmis aux instances syndicales responsables de faire respecter les obligations conventionnées.

4. Un comité consultatif bien accueilli

La création d'un comité consultatif sur la pratique de l'IPS chargé d'examiner de façon générale la qualité de la pratique clinique de l'IPS dans les différentes spécialités, de recommander de nouvelles pratiques cliniques, de faire des recommandations aux conseils d'administration de l'OIIQ et du CMQ et d'analyser toute question liée à l'exercice de l'IPS nous apparaît être une formule plutôt intéressante.

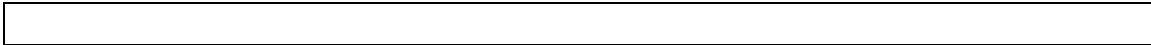
Le fait que la majorité de ses membres (6 sur 11) soit des IPS issues de chacun des secteurs de spécialités, dont l'une ayant des fonctions d'enseignement dans un programme de formation universitaire, est fort pertinent en termes de représentativité professionnelle.

Nous recommandons qu'une IPS issue d'une région isolée puisse siéger d'office au comité consultatif.

Puisque ce comité consultatif aurait pour responsabilité, notamment :

- d'examiner de façon générale la qualité de la pratique clinique de l'IPS, notamment la qualité de la collaboration interprofessionnelle, dont une part importante relève des liens entretenus avec le médecin partenaire;
- de recommander de nouvelles pratiques cliniques;
- et d'analyser toute question liée à l'exercice de l'IPS;

Nous recommandons qu'un mécanisme permettant d'identifier proactivement les difficultés liées à la collaboration interprofessionnelle et d'alimenter les travaux du comité consultatif soit mis en place.



5. L'accès à la formation continue à améliorer

Nous le savons, les IPS doivent se conformer à la norme professionnelle de formation continue et ainsi assurer la mise à jour et le développement de leurs compétences.

Tel que stipulé dans les lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'IPS, ces dernières doivent effectuer au moins 80 heures de formation continue tous les deux ans.

Compte tenu des environnements de travail de plus en plus exigeants, du rehaussement des responsabilités professionnelles, des multiples transformations organisationnelles qui chambardent constamment le système de santé, bref de la surcharge et de l'épuisement professionnel qui guettent bon nombre d'IPS, nous croyons qu'il faut faciliter l'accès à la formation continue, notamment pour les IPS en régions éloignées qui doivent souvent parcourir de très longues distances et assumer de nombreux frais directs et indirects afin de maintenir ou améliorer leur niveau de compétences professionnelles.

Une pratique clinique de qualité passe par une formation réellement accessible !

Nous recommandons que les IPS puisse avoir accès à des congés de formation payés et que les frais afférents liés à l'éloignement soient remboursés.

Les IPS, des partenaires essentielles à reconnaître pleinement

La FSQ est très fière du travail accompli par les IPS. Les défis que ces dernières doivent relever sont nombreux, complexes et ils évoluent constamment.

Les recommandations et les mises en garde formulées dans cet avis visent à les soutenir dans leur pratique professionnelle, et surtout, à faire en sorte que l'on reconnaisse pleinement leur expertise et leur importante contribution dans l'amélioration de notre système de santé et de services sociaux.

Bien que le projet de loi soumis à la consultation publique propose de nombreuses améliorations, ce dernier génère aussi diverses préoccupations et insatisfactions. Nous espérons que les éléments soumis sauront nourrir votre réflexion.

Claire Montour
Présidente
Fédération de la Santé du Québec

Profil de la FSQ-CSQ

La Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ) représente près de (?) infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et puéricultrices travaillant dans des établissements de tous les secteurs de la santé : centre hospitalier, centre de santé et de services sociaux (CSSS), centre de réadaptation, dispensaire, agence de la santé et des services sociaux, centre jeunesse et Héma-Québec. Elle est membre de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) qui représente plus de 200 000 membres, dont près de 130 000 dans le secteur public.